

**JOSÉ MANUEL AZEVEDO LOPES E RIBEIRO DE CASTRO**

**“A CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA”: UM ESTUDO  
DE PREVALÊNCIA DO INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Instituto Universitário de Ciências da Saúde**

**5º Ano**

**ORIENTADOR: TERESA VALE**

**Dissertação para obtenção do Grau de Mestre**

**Gandra, 21 de junho de 2017**

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

**JOSÉ MANUEL AZEVEDO LOPES E RIBEIRO DE CASTRO**, estudante do **CURSO DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste **Relatório de Estágio**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio.

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

## DECLARAÇÃO

### Aceitação do Orientador

Eu, **Teresa Celeste Maurício Pereira do Vale**, com a categoria profissional de **Professora Auxiliar** pelo Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **“A consulta de Odontopediatria”: Um estudo de prevalência do Instituto Universitário de Ciências da Saúde** do Aluno, **José Manuel Azevedo Lopes e Ribeiro de Castro**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 20 de Junho de 2017

O Orientador

Teresa Celeste Maurício Pereira do Vale

## Agradecimentos

Aos funcionários do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Aos meus colegas de Curso pela entreaajuda e companheirismo.

Aos meus professores, pela dedicação e partilha de conhecimentos transmitidos.

À Professora Doutora Teresa Vale, pelo suporte prestado na realização deste trabalho.

À minha família, pelos princípios transmitidos de perseverança na conquista dos sonhos.

À minha esposa e à minha filha, por todo o apoio para que pudesse alcançar este objetivo.

Muito Obrigado.

<b>Índice geral</b>	
I. Introdução	3
II. Objetivos	6
III. Material e métodos	6
3.1. Amostra	7
3.2. População alvo	7
3.3. Recolha de dados	7
3.4. Tratamento estatístico dos dados	7
IV. Resultados	8
4.1. Caracterização da amostra	8
4.2. Descrição dos resultados	8
V. Discussão	21
VI. Conclusão	24
VII. Bibliografia	25
VIII. Anexos	29
IX. Relatório dos estágios	39

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição do número de atos médico-dentários segundo o género	8
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição do número de atos médico-dentários por ano	14
<b>Gráfico 3.</b> Distribuição do número de exodontias por ano	14
<b>Gráfico 4.</b> Distribuição do número de atos médico-dentários curativos e preventivos por ano	15
<b>Gráfico 5.</b> Distribuição do número de aplicações de flúor por ano	15
<b>Gráfico 6.</b> Distribuição do número de destartarizações por ano	15
<b>Gráfico 7.</b> Distribuição do número de aplicações de flúor segundo o género	16
<b>Gráfico 8.</b> Distribuição do número de consultas simples segundo o género	16
<b>Gráfico 9.</b> Distribuição do número de restaurações provisórias segundo o género	16
<b>Gráfico 10.</b> Distribuição do número de aplicação de selante de fissuras por dente segundo o género	17
<b>Gráfico 11.</b> Distribuição do número de sessões de esclarecimento segundo o género	17
<b>Gráfico 12.</b> Distribuição do número de triagens segundo o género	17
<b>Gráfico 13.</b> Distribuição do número de consultas de urgência segundo o género	18
<b>Gráfico 14.</b> Distribuição do número de destartarizações segundo o género	18
<b>Gráfico 15.</b> Distribuição do número de endodontias segundo o género	18
<b>Gráfico 16.</b> Distribuição do número de exodontias de dentes permanentes segundo o género	19
<b>Gráfico 17.</b> Distribuição do número de exodontias de dentes decíduos segundo o género	19

<b>Gráfico 18.</b> Distribuição do número de exodontias de dentes inclusos segundo o gênero	19
<b>Gráfico 19.</b> Distribuição do número de pulpectomias segundo o gênero	20
<b>Gráfico 20.</b> Distribuição do número de pulpotomias segundo o gênero	20
<b>Gráfico 21.</b> Distribuição do número de repetições de tratamentos segundo o gênero	20
<b>Gráfico 22.</b> Distribuição do número de restaurações definitivas segundo o gênero	21
<b>Gráfico 23.</b> Distribuição do número de aplicação de selante de fissuras por quadrante segundo o gênero	21

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2011	8
<b>Tabela 2.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2012	9
<b>Tabela 3.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2013	10
<b>Tabela 4.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2014	11
<b>Tabela 5.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2015	11
<b>Tabela 6.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2016	12
<b>Tabela 7.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários de janeiro a março 2017	13
<b>Tabela 8.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários de janeiro de 2011 a março 2017	31
<b>Tabela 9.</b> Frequência média de idades	32
<b>Tabela 10.</b> Teste do Qui-quadrado	33
<b>Tabela 11.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários por ano	34
<b>Tabela 12.</b> Frequência e percentagem dos atos médico-dentários segundo o género	35
<b>Tabela 13.</b> Teste Z	36
<b>Tabela 14.</b> Teste do Qui-quadrado Pearson	37
<b>Tabela 15.</b> Comparação de proporções	38
<b>Tabela 16.</b> Frequência dos atos médico-dentários no Estágio Voluntário de Verão	39
<b>Tabela 17.</b> Frequência dos atos médico-dentários no Estágio em Clínica Hospitalar	40
<b>Tabela 18.</b> Frequência dos atos médico-dentários no Estágio de Clínica Geral Dentária	40

<b>Tabela 19.</b> Frequência de Levantamento de Dados no Agrupamento de Escolas	
Vallis Longus – Valongo	41
<b>Tabela 20.</b> Frequência de Levantamento de Dados no Agrupamento Escolas de	
Lordelo	41
<b>Tabela 21.</b> Frequência de Levantamento de Dados no Agrupamento Escolas de	
Cristelo	41

## Resumo

**Introdução:** Da saúde geral, faz parte integrante a saúde oral e promovê-la e mantê-la é uma prioridade. Conhecer os tratamentos médico-dentários mais prevalentes que atingem a população desde a infância à juventude tem reforçado a importância dada à saúde oral, nomeadamente à cárie dentária e tratamentos preventivos.

**Objetivos:** Com este trabalho de investigação, os autores pretendem recolher informações relativas ao número de atos médico-dentários realizados, aos tratamentos mais prevalentes, ao número de tratamentos curativos e tratamentos preventivos e identificar se as diferenças de género são significativas.

**Material e Métodos:** A amostra é constituída por 5694 atos médico-dentários realizados em pacientes com idade pediátrica, atendidos no Serviço de Saúde Oral Infantil e Prevenção da Clínica Universitária Filinto Baptista do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, entre 2011 e o 1º trimestre de 2017.

**Resultados:** Os pacientes odontopediátricos têm uma média de idade de 12,67 anos. Dos 5694 atos médico-dentários, observou-se que o ano de 2015 foi o ano com maior número de atos (17,6%) e que o ano com menor número foi o de 2011 (11,0%). Quer em 2015, quer no 1º trimestre de 2017, a proporção de restaurações definitivas foi superior às registadas em 2011, 2012, 2013, 2014 e 2016. Verificam-se mais tratamentos curativos do que preventivos, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre géneros ( $p=0,068$ ).

**Conclusão:** Relativamente ao trabalho realizado podemos concluir que os tratamentos mais prevalentes foram a restauração definitiva, a aplicação de selante de fissuras e os tratamentos endodônticos. De acordo com os dados encontrados, conclui-se que existe ainda um longo trabalho multidisciplinar e familiar de forma a termos no futuro crianças livres de patologia oral.

**Palavras-chave:** Odontopediatria; Tratamento dentário de crianças; Cárie dentária; Prevenção oral; Saúde oral.

## **Abstract**

**Introduction:** From general health, oral health is an integral part and promoting it and maintaining it is a priority. To know the most prevalent dental treatments that produce a population from childhood to youth with a reinforcement of importance given to oral health, specific for dental caries and preventive treatments.

**Objectives:** With this research, the authors intend to collect information regarding the number of medical-dental acts performed, the most prevalent treatments, the number of curative treatments and preventive treatments and to identify if gender differences are significant.

**Material and Methods:** The sample consists of 5694 medical dental acts performed in patients with pediatric age, attended at the Office of Oral Health and Prevention of the Filinto Baptista University Clinic of the Instituto Universitário de Ciências da Saúde between 2011 and the first quarter of 2017.

**Results:** Pediatric dentistry patients have a mean age of 12.67 years. Of the 5694 medical dental acts, it was observed that the year 2015 was the year with the greatest number of acts (17.6%) and that the year with the lowest number was that of 2011 (11.0%). In 2015 and in the first quarter of 2017, the proportion of definitive restorations was higher than those registered in 2011, 2012, 2013, 2014 and 2016. There are more curative than preventive treatments, there are no statistically significant differences between genders ( $p = 0.068$ ).

**Conclusion:** With regard to the work done, we can conclude that the most prevalent treatments were the final restoration, the application of fissure sealant and endodontic treatments, and there were no statistically significant differences between genders ( $p = 0.068$ ). According to the data found, it is concluded that there is still a long multidisciplinary and familiar work so that in the future we will have children free of oral pathology.

**Key-words:** Pediatric dentistry; Dental treatment of children; Dental caries; Oral prevention; Oral health.

## I. Introdução

A Odontopediatria tem como máxima que as crianças cheguem a adultos livres de doenças relacionadas com a cavidade oral. O seu espectro de ação inicia-se na futura mãe que planeia engravidar, durante a gestação, continuando após o nascimento do bebé. Fazem parte do processo preventivo, uma alimentação cuidada rica em vitaminas, nomeadamente a vitamina D, pelo seu importante papel na maturação dentária, e, informações sobre os cuidados orais relacionados com a grávida e o bebé.<sup>1</sup>

Apesar dos atuais veículos de informação, sobre a importância de cuidados sobre a saúde oral desde a mais tenra idade, prevalecia o conceito de que a criança deveria receber atenção odontopediátrica por volta dos 3 anos de idade.<sup>1</sup>

De acordo com a Academia Americana de Odontopediatria, recomenda desde 1992, que logo após a erupção do primeiro dente seja realizado o primeiro exame do estado de saúde oral e nunca depois dos 12 meses de idade.<sup>2</sup> A manutenção da saúde oral implica uma responsabilidade não só do médico dentista como também dos profissionais da área de saúde em geral. Estes, devem atuar para que a prioridade não seja a doença mas sim a promoção de saúde.<sup>3</sup> Médicos de família, obstetras e pediatras estão numa posição privilegiada pelo contacto frequente com as crianças desde o seu nascimento <sup>4,5,6,7,8,9,10</sup> e durante os primeiros anos de vida, quando se iniciam hábitos alimentares e hábitos orais recorrentes.<sup>11, 12</sup> Na prevenção de doenças orais e deteção de doenças sistémicas, com manifestações orais deverá existir entre médicos dentistas e pediatras uma colaboração mútua.<sup>12</sup>

A obtenção do sucesso relativo aos hábitos de higiene oral na criança passa inicialmente pela responsabilização e consciencialização dos pais quanto à higiene oral dos seus filhos.<sup>5,12,13</sup> O importante papel da mãe relativamente à saúde oral e implementação de medidas preventivas deverão ser incutidas no período de gestação, uma vez que, as mulheres se encontram mais sensibilizadas e psicologicamente mais recetivas à informação, tornando-se imperioso na aquisição e alteração de hábitos de higiene que visem o bem-estar e o bom desenvolvimento da criança.<sup>13, 14, 15</sup>

Desde cedo, a criança deve adquirir comportamentos saudáveis, através de medidas preventivas associadas ao desenvolvimento e funcionamento de uma saúde oral e geral ideais.<sup>16</sup>

São entendidas como crianças, segundo o estado português desde 1990 de acordo com a convenção dos direitos da criança «como todo o ser humano menor de 18 anos», constituindo um grupo prioritário por parte dos profissionais de saúde.<sup>17</sup>

O adiamento do diagnóstico de doenças oro-faciais aumenta progressivamente o risco de evolução de patologias mais complexas e graves, podendo comprometer a cooperação da criança na consulta de medicina dentária, aumentando os custos decorrentes do tratamento. A importância de referenciar o mais cedo possível a criança para o médico dentista é extrema, de forma a ser realizada uma avaliação oral completa, nomeadamente, dos tecidos duros e moles intraorais, o risco de cárie dentária, a higiene oral, e o comportamento da criança.<sup>2</sup>

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) das consultas com o médico de família/ pediatra, fazem parte dos parâmetros a serem analisados, a avaliação da erupção dentária, o ensino e incentivo aos cuidados para uma boa saúde oral.<sup>18</sup> Segundo estas diretrizes, devem ser realizadas até aos 3 anos de idade um total de 11 consultas, onde são registados os dados no boletim de saúde infantil e juvenil da criança, para posterior referência para profissionais de saúde oral.<sup>19</sup> No entanto, os estudos revelam resultados de baixa taxa de registo de preenchimento dos dados relativos à saúde oral.<sup>19</sup>

Segundo a estratégia europeia e as metas da Organização Mundial de Saúde para 2020, pelo menos 80% das crianças com seis anos deveriam estar livres de cárie. <sup>cit 20, 21</sup>

Os prestadores de cuidados de saúde após diagnosticarem doenças orais ou traumatismos devem encaminhar o paciente para receber os devidos tratamentos, sendo a intervenção imediata necessária, para evitar uma maior destruição dentária.<sup>22</sup>

O controlo dos fatores etiológicos da doença e a adoção de medidas de prevenção tornam-se necessárias para reduzir a incidência da cárie dentária.<sup>20, 23, 24, 25</sup>

Embora metabolicamente inerte, no esmalte dentário intervêm reações físico-químicas complexas caracterizadas por fenómenos de desmineralização e remineralização que,

alternando-se ciclicamente, desempenham um papel importante na evolução da cárie dentária, impedindo por vezes a sua progressão.<sup>26</sup> O esmalte dentário é uma estrutura biológica acelular e desprovida de vasos e nervos, razão pela qual as lesões se desenvolverem sem despertarem uma reação inflamatória.<sup>26</sup>

De acordo com as últimas orientações da Academia Americana de Odontopediatria, o risco de cárie dentária pode mudar rapidamente durante as diferentes fases de erupção, especialmente durante o período pós-eruptivo.<sup>27, 28, 29</sup>

As crianças que apresentam maior risco de desenvolverem cárie dentária, beneficiariam de consultas regulares de 6 em 6 meses <sup>30, 31, 32</sup> permitindo a aplicação profissional de fluoretos e a reavaliação de mudanças comportamentais efetivas.<sup>32, 33, 34</sup> Neste sentido seria benéfico a criação de um plano preventivo individualizado, com demonstração de métodos e técnicas de higiene oral adequadas e remoção da placa bacteriana.<sup>28, 35, 36</sup>

Os tratamentos profissionais como aplicação tópica de fluoretos, devem basear-se na avaliação do risco de cárie <sup>37</sup> não sendo a placa bacteriana uma barreira à captação de flúor no esmalte. <sup>38</sup>

O intervalo de frequência dos serviços profissionais de prevenção é baseado no risco de cárie dentária e doença periodontal.<sup>30, 31, 39, 40, 41</sup> A gengivite é quase universal em crianças e adolescentes.<sup>27</sup> Geralmente responde positivamente com a remoção dos depósitos bacterianos e melhoria da higiene oral.<sup>27, 29</sup>

Ainda de acordo com a Associação Americana de Odontopediatria, os selantes de fissuras reduzem o risco de cárie <sup>cit 42, 43</sup> sendo indicados para dentes decíduos e dentes permanentes predispostos à retenção de placa bacteriana.<sup>44</sup> Ao longo da vida do paciente, vão ocorrendo diversas alterações nos hábitos alimentares e cuidados de higiene oral, aumentando o risco de cárie, pelo que sulcos, fossas e fissuras deve ser selados o mais rapidamente possível.<sup>42,</sup>

<sup>45</sup> Os selantes devem ser reparados ou substituídos sempre que necessário.<sup>44, 45</sup>

Nos últimos anos, a saúde em Portugal tem vindo a receber especial atenção, nomeadamente nas duas primeiras décadas de vida.<sup>17</sup>

Fatores como contexto de vida, culturais, políticos, socioeconómicos, género e recursos comunitários, bem como o acesso aos serviços de saúde e a cuidados primários, constituíram elementos chave para que tal evolução acontecesse.<sup>17</sup>

As atualizações sofridas ao longo do tempo e o impacto positivo do Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, criado em 1992, através da Circular Normativa 9/DSI, de 6 de outubro, da então direção geral dos cuidados de Saúde Primários, tem vindo a revelar-se uma garantia de cuidados de saúde adequados e eficazes.<sup>17</sup>

## **II. Objetivos**

Com este trabalho de investigação, os autores pretendem recolher informações precisas relativamente aos atos médico-dentários realizados em pacientes com idade pediátrica atendidos no Serviço de Saúde Oral Infantil e Prevenção na consulta de Odontopediatria da Clínica Universitária Filinto Baptista do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, entre os anos de 2011 e o 1º trimestre de 2017.

1. Quantificar o número de atos médico-dentários.
2. Quantificar os tratamentos mais prevalentes.
3. Quantificar o número de tratamentos curativos e tratamentos preventivos.
4. Identificar se as diferenças de género são significativas nos atos médico-dentários.

## **III. Material e métodos**

Procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed, sobre o estado geral da saúde oral em Portugal e suas medidas preventivas. Foram selecionados apenas os artigos que correspondiam aos critérios descritos.

### **3.1 Amostra**

A amostra é constituída por 5694 atos médico-dentários. Quanto ao género, é constituída por atos praticados em percentagem semelhante, sendo que existem (N=2726) atos em pacientes do género feminino e (N=2968) atos em pacientes do género masculino.

As idades dos pacientes estão compreendidas entre os 2 e os 18 anos (M=12,67; DP=3,291).

### **3.2 População alvo**

A população alvo deste estudo é constituída pelos pacientes em idade pediátrica, atendidos no Serviço de Saúde Oral Infantil e Prevenção, na consulta de Odontopediatria da Clínica Universitária Filinto Baptista do Instituto Universitário de Ciências da Saúde entre 2011 e o 1º trimestre de 2017.

### **3.3 Recolha de dados**

Os dados deste estudo foram recolhidos mediante autorização por parte da direção clínica (Anexo I). A sua análise realizou-se no 2º trimestre de 2017, através da análise quantitativa do registo dos atos médico-dentários do Serviço de Saúde Oral Infantil e Prevenção entre 2011 e o 1º trimestre de 2017.

### **3.4 Tratamento estatístico dos dados**

Foi efetuada a análise estatística dos dados utilizando o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 24. Numa fase inicial realizou-se uma análise descritiva das variáveis estudadas através de gráficos de barras e tabelas de frequência. Posteriormente aplicou-se o teste Qui-Quadrado com o objetivo de analisar os diferentes atos médicos por ano. Com o objetivo de determinar onde residiam as diferenças nos atos médico-dentários praticados entre 2011 e o 1º trimestre de 2017 recorreu-se ao teste Z.

## IV. Resultados

### 4.1 Caracterização da amostra

Da amostra foram selecionados os atos médico-dentários praticados em pacientes com idades compreendidas entre os 0 anos e os 18 anos de idade. Dos 5890 atos médico-dentários, foram excluídos 196 atos por não se tratarem de atos realizados em pacientes em idade pediátrica. A amostra final foi de 5694 atos clínicos. No gráfico 1 apresenta-se a distribuição da amostra segundo o género.

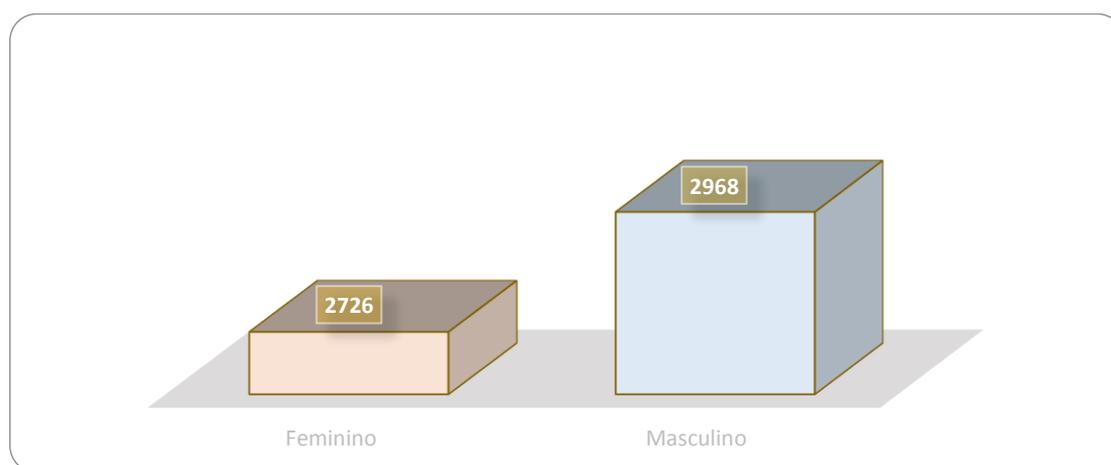


Gráfico 1. Distribuição do número de atos médico-dentários segundo o género

### 4.2 Descrição dos resultados

Relativamente aos atos médico-dentários realizados no ano de 2011, prevaleceu a restauração definitiva (N=135), selante de fissuras (N=103) e tratamentos endodônticos (N=60).

Tabela 1. Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2011

Amostra (n = 624)		
	N	Percentagem
Aplicação de flúor	3	,5%
Triagem	64	10,3%
Consulta simples	42	6,7%
Consulta de urgência	0	,0%
Destartarização	24	3,8%

Endodontia	16	2,6%
Exodontia permanente	33	5,3%
Exodontia decíduo	26	4,2%
Exodontia incluso	1	,2%
Pulpectomia	19	3,0%
Pulpotomia	25	4,0%
Repetição tratamento	0	,0%
Restauração definitiva	135	21,6%
Restauração provisória	26	4,2%
Selante dente	53	8,5%
Selante quadrante	50	8,0%
Sessão de esclarecimento	13	2,1%
Outros tratamentos	94	15,1%

Em 2012 prevaleceram as restaurações definitivas (N=213), selante de fissuras (N=118) e consultas simples (N=93).

**Tabela 2. Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2012**

Amostra (n = 859)		
	N	Percentagem
Aplicação de flúor	4	,5%
Triagem	63	7,3%
Consulta simples	93	10,8%
Consulta de urgência	0	,0%
Destartarização	25	2,9%
Endodontia	30	3,5%
Exodontia permanente	46	5,4%
Exodontia decíduo	29	3,4%
Exodontia incluso	0	,0%
Pulpectomia	17	2,0%
Pulpotomia	28	3,3%
Repetição tratamento	4	,5%
Restauração definitiva	213	24,8%
Restauração provisória	22	2,6%
Selante dente	34	4,0%
Selante quadrante	84	9,8%

Sessão de esclarecimento	8	,9%
Outros tratamentos	159	18,5%

Em 2013 os atos médico-dentários mais prevalentes foram a restauração definitiva (N=207), aplicação de selante de fissuras (N=129) e tratamentos endodônticos (N=81).

**Tabela 3. Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2013**

Amostra (n = 994)		
	N	Percentagem
Aplicação de flúor	12	1,2%
Triagem	75	7,5%
Consulta simples	76	7,6%
Consulta de urgência	3	,3%
Destarização	22	2,2%
Endodontia	41	4,1%
Exodontia permanente	56	5,6%
Exodontia decíduo	32	3,2%
Exodontia incluso	0	,0%
Pulpectomia	19	1,9%
Pulpotomia	21	2,1%
Repetição tratamento	89	9,0%
Restauração definitiva	207	20,8%
Restauração provisória	20	2,0%
Selante dente	45	4,5%
Selante quadrante	84	8,5%
Sessão de esclarecimento	15	1,5%
Outros tratamentos	177	17,8%

Em 2014 salienta-se a restauração definitiva (N=244), aplicação de selante de fissuras (N=107) e tratamentos endodônticos (N=88).

**Tabela 4. Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2014**

Amostra (n = 968)		
	N	Percentagem
Aplicação de flúor	7	,7%
Triagem	83	8,6%
Consulta simples	87	9,0%
Consulta de urgência	1	,1%
Destartarização	36	3,7%
Endodontia	39	4,0%
Exodontia permanente	65	6,7%
Exodontia decíduo	22	2,3%
Exodontia incluso	1	,1%
Pulpectomia	20	2,1%
Pulpotomia	29	3,0%
Repetição tratamento	20	2,1%
Restauração definitiva	244	25,2%
Restauração provisória	37	3,8%
Selante dente	41	4,2%
Selante quadrante	66	6,8%
Sessão de esclarecimento	11	1,1%
Outros tratamentos	159	16,4%

Em 2015 os atos mais expressivos em número foram a restauração definitiva (N=301), aplicação de selante de fissuras (N=118) e tratamentos endodônticos (N= 98)

**Tabela 5. Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2015**

Amostra (n = 1009)		
	N	Percentagem
Aplicação de flúor	2	,2%
Triagem	115	11,4%
Consulta simples	50	5,0%
Consulta de urgência	1	,1%
Destartarização	47	4,7%

Endodontia	52	5,2%
Exodontia permanente	56	5,6%
Exodontia decíduo	22	2,2%
Exodontia incluso	1	,1%
Pulpectomia	24	2,4%
Pulpotomia	22	2,2%
Repetição tratamento	16	1,6%
Restauração definitiva	301	29,8%
Restauração provisória	49	4,9%
Selante dente	45	4,5%
Selante quadrante	73	7,2%
Sessão de esclarecimento	9	,9%
Outros tratamentos	124	12,3%

Em 2016 salienta-se a restauração definitiva (N=292), aplicação de selante de fissuras (N=129) e tratamentos endodônticos (N= 81).

**Tabela 6. Frequência e percentagem dos atos médico-dentários em 2016**

Amostra (n =991)		
	N	Percentagem
Aplicação de flúor	12	1,2%
Triagem	99	10,0%
Consulta simples	51	5,1%
Consulta de urgência	0	,0%
Destarização	36	3,6%
Endodontia	44	4,4%
Exodontia permanente	69	7,0%
Exodontia decíduo	16	1,6%
Exodontia incluso	1	,1%
Pulpectomia	23	2,3%
Pulpotomia	14	1,4%
Repetição tratamento	3	,3%
Restauração definitiva	292	29,5%
Restauração provisória	39	3,9%
Selante dente	51	5,1%
Selante quadrante	78	7,9%

Sessão de esclarecimento	3	,3%
Outros tratamentos	160	16,1%

Em 2017 no 1º trimestre também se salientam a restauração definitiva (N=85), aplicação de selante de fissuras (N=35) e tratamentos endodônticos (N=25).

**Tabela 7. Frequência e percentagem dos atos médico-dentários de janeiro a março 2017**

Amostra (n =249)		
	N	Percentagem
Aplicação de flúor	1	,4%
Triagem	20	8,0%
Consulta simples	17	6,8%
Consulta de urgência	0	,0%
Destartarização	15	6,0%
Endodontia	12	4,8%
Exodontia permanente	9	3,6%
Exodontia decíduo	5	2,0%
Exodontia incluso	0	,0%
Pulpectomia	4	1,6%
Pulpotomia	9	3,6%
Repetição tratamento	0	,0%
Restauração definitiva	85	34,1%
Restauração provisória	8	3,2%
Selante dente	13	5,2%
Selante quadrante	22	8,8%
Sessão de esclarecimento	0	,0%
Outros tratamentos	29	11,6%

Nos gráficos 2 a 6 representa-se a distribuição da amostra segundo o número de atos médico-dentários por ano.

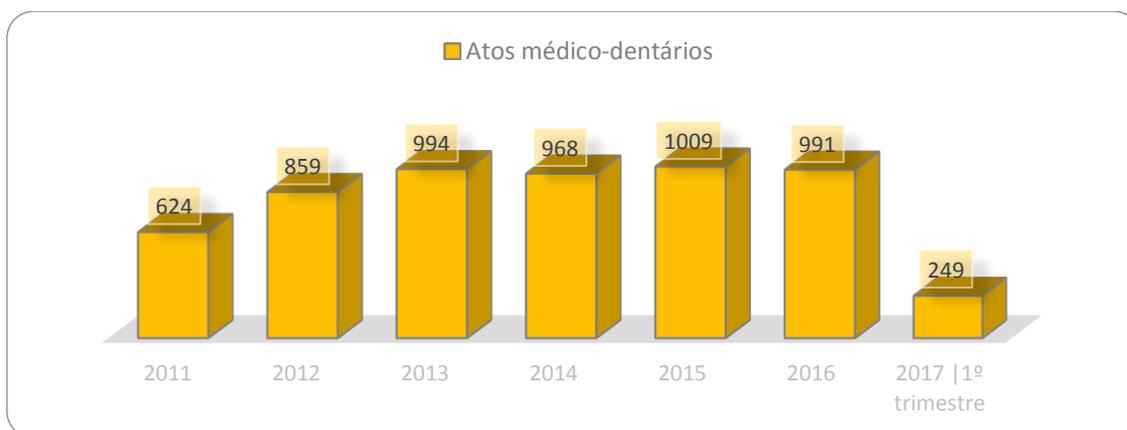


Gráfico 2. Distribuição do número de atos médico-dentários por ano

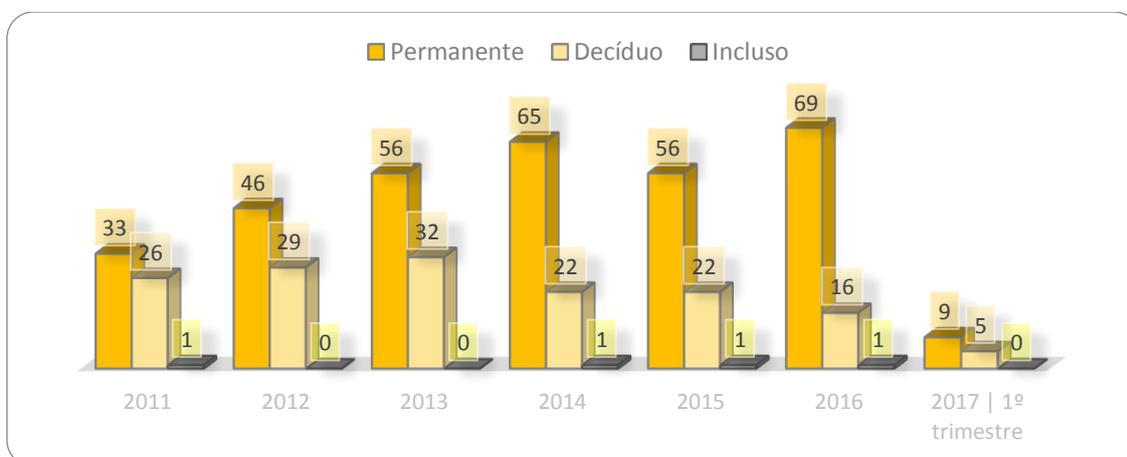


Gráfico 3. Distribuição do número de exodontias por ano

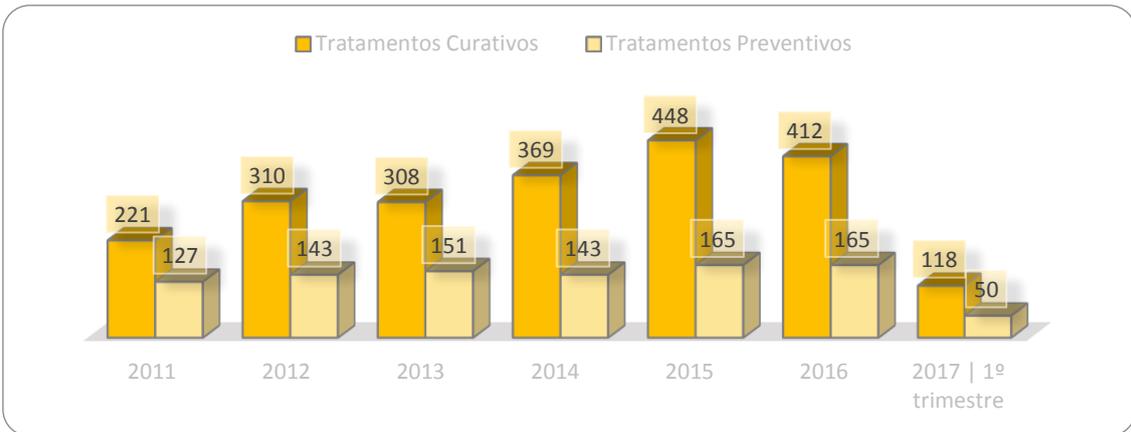


Gráfico 4. Distribuição do número de atos médico-dentários curativos e preventivos por ano

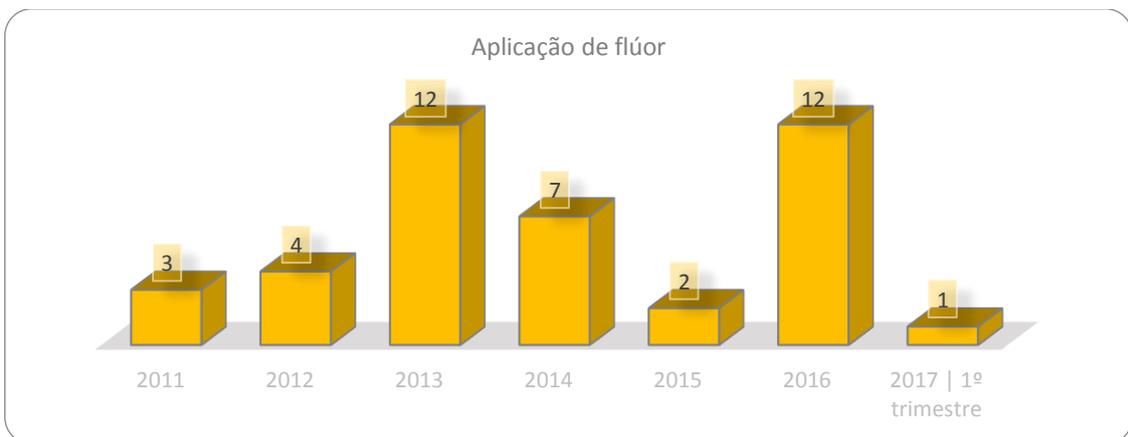


Gráfico 5. Distribuição do número de aplicações de flúor por ano

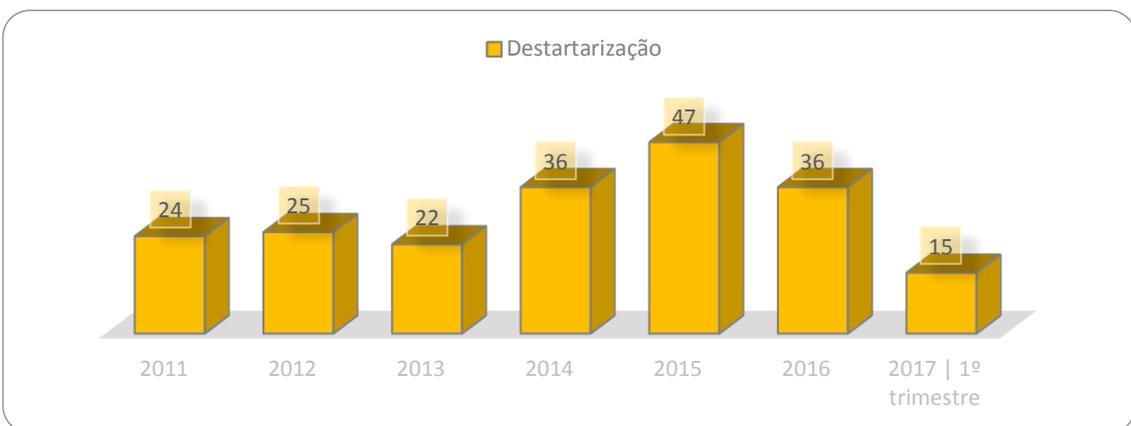


Gráfico 6. Distribuição do número de destartarizações por ano

Nos gráficos 7 a 23 representa-se a distribuição da amostra segundo o género

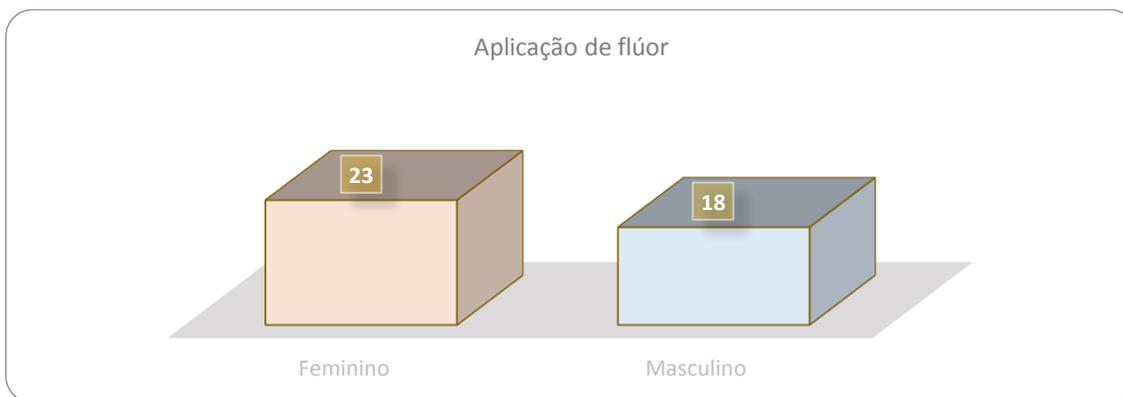


Gráfico 7. Distribuição do número de aplicações de flúor segundo o género

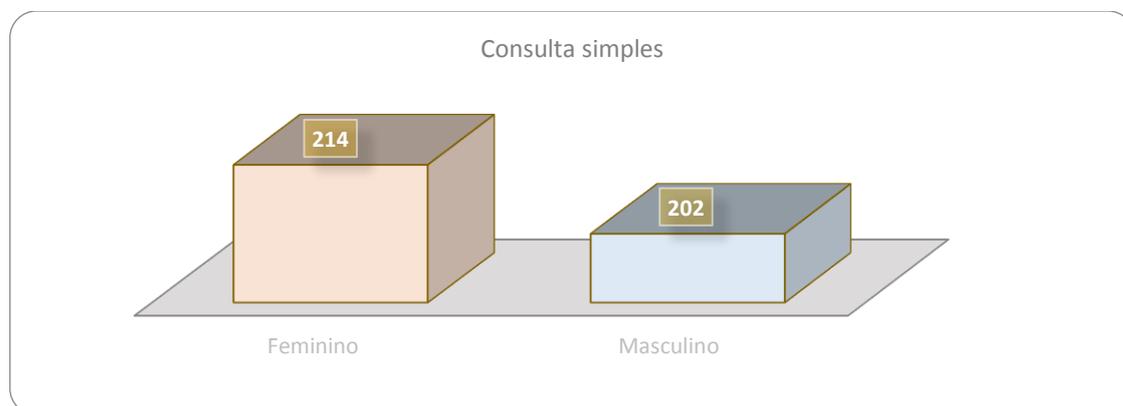


Gráfico 8. Distribuição do número de consultas simples segundo o género

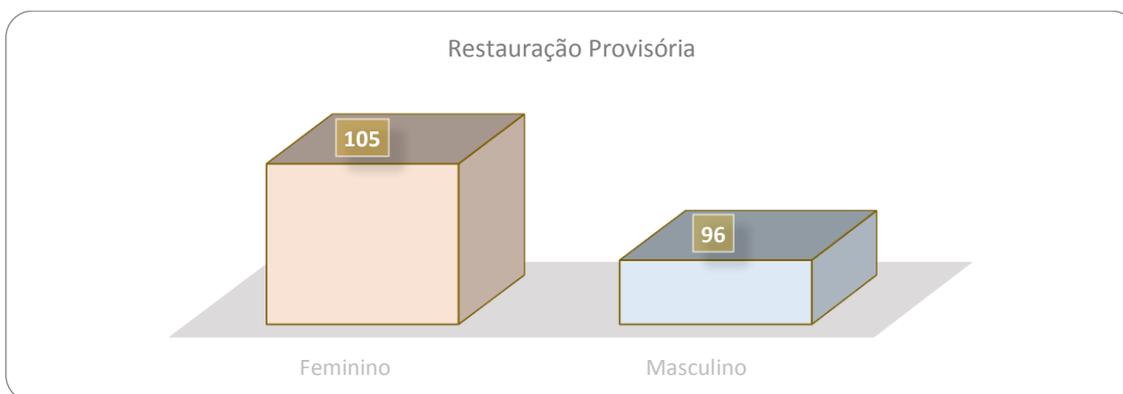


Gráfico 9. Distribuição do número de restaurações provisórias segundo o género

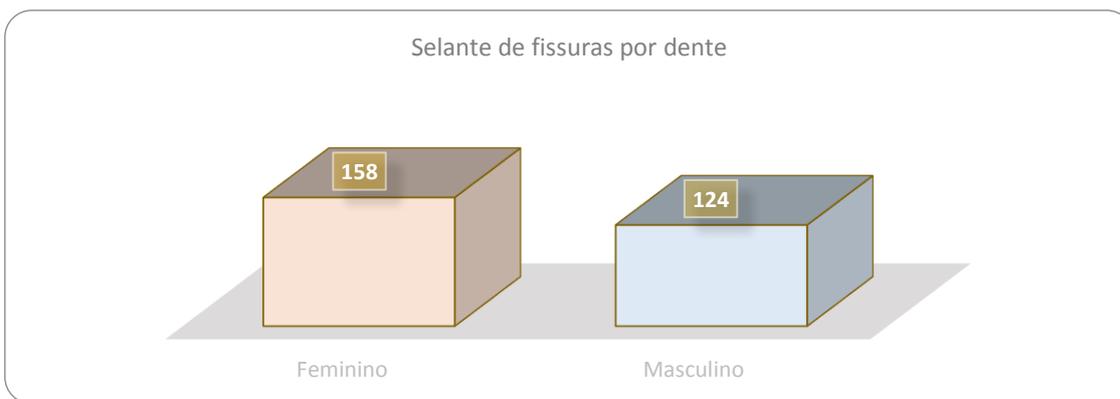


Gráfico 10. Distribuição do número de aplicação de selante de fissuras por dente segundo o género

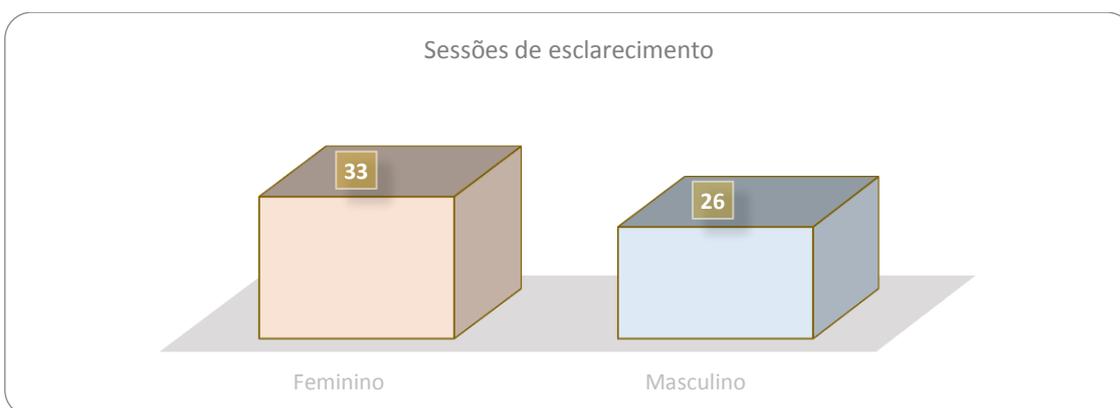


Gráfico 11. Distribuição do número de sessões de esclarecimento segundo o género

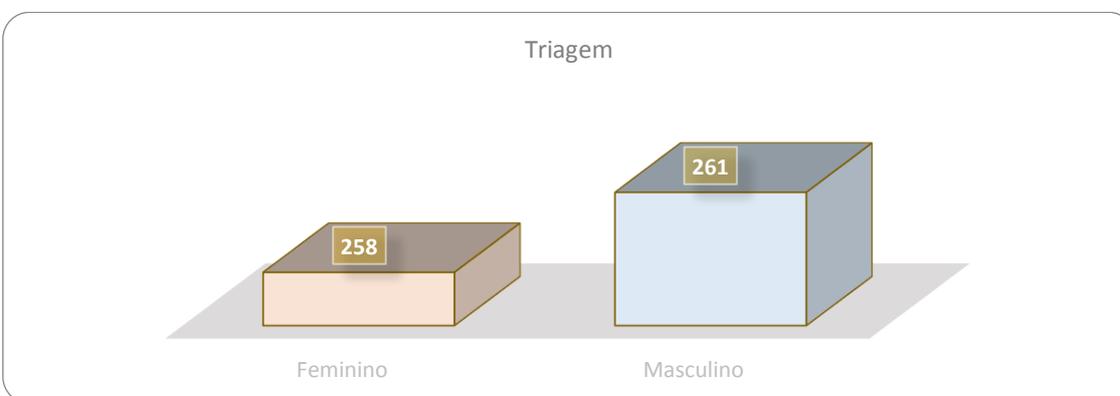


Gráfico 12. Distribuição do número de triagens segundo o género

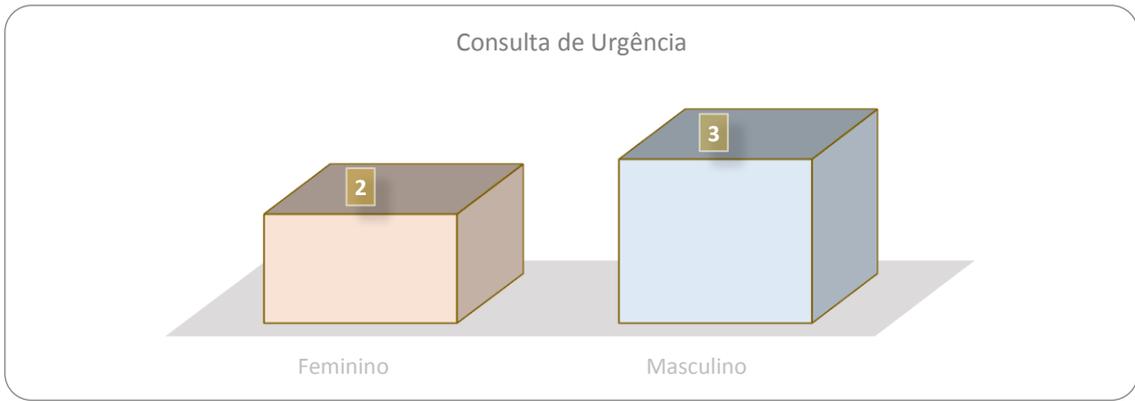


Gráfico 13. Distribuição do número de consultas de urgência segundo o gênero

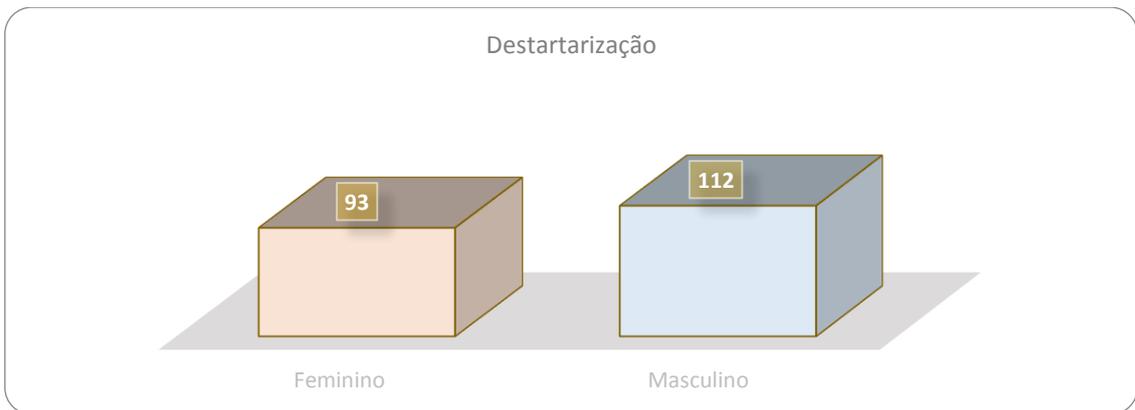


Gráfico 14. Distribuição do número de destartarizações segundo o gênero

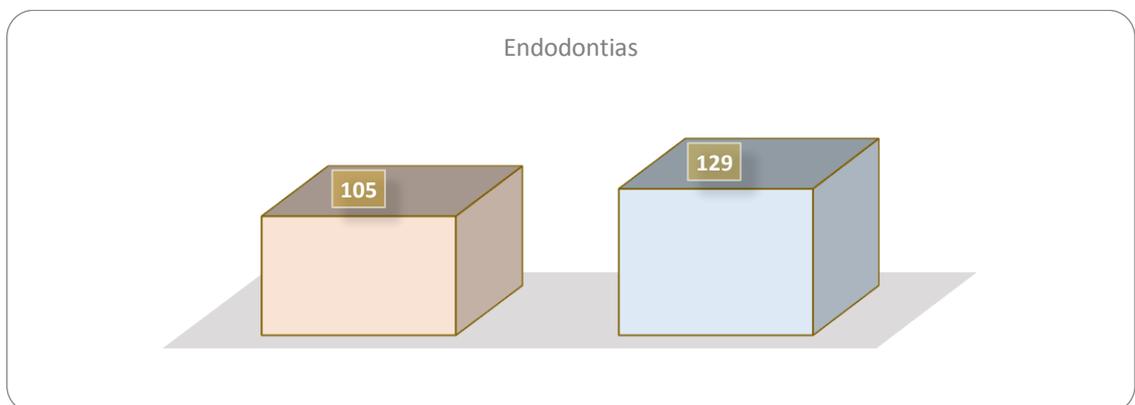


Gráfico 15. Distribuição do número de endodontias segundo o gênero

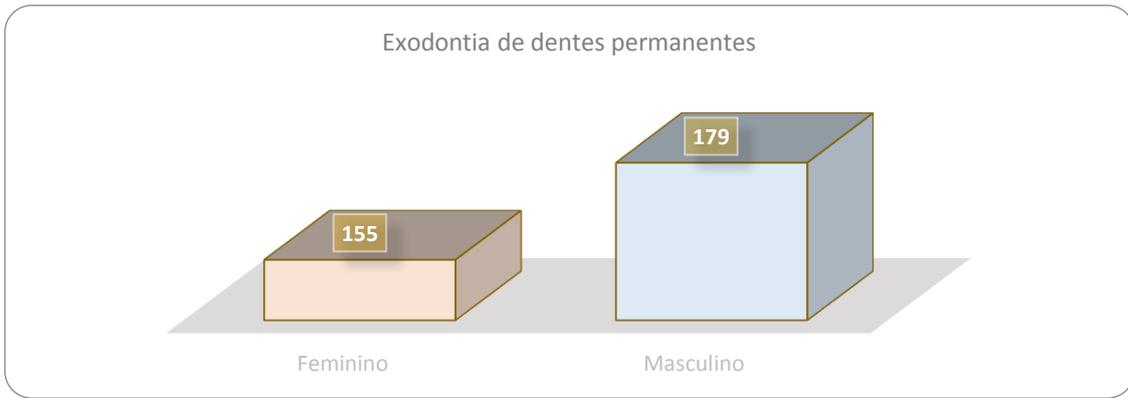


Gráfico 16. Distribuição do número de exodontias de dentes permanentes segundo o gênero

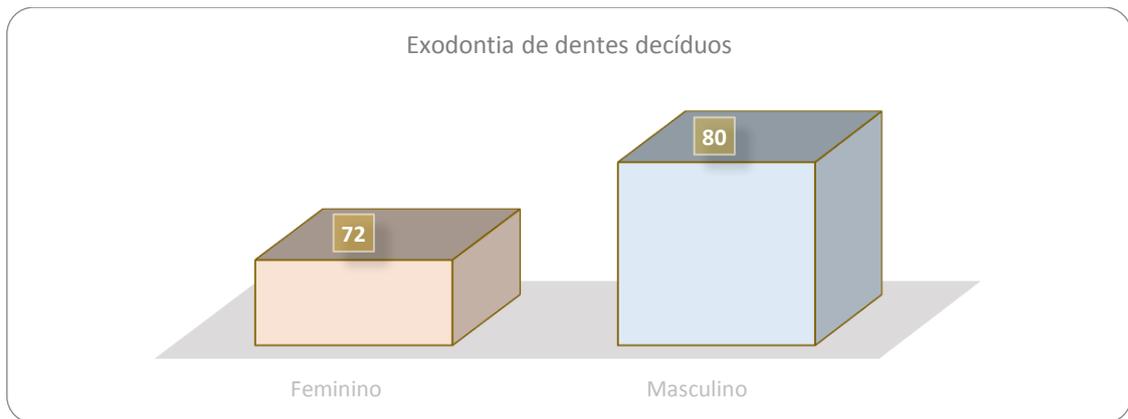


Gráfico 17. Distribuição do número de exodontias de dentes decíduos segundo o gênero

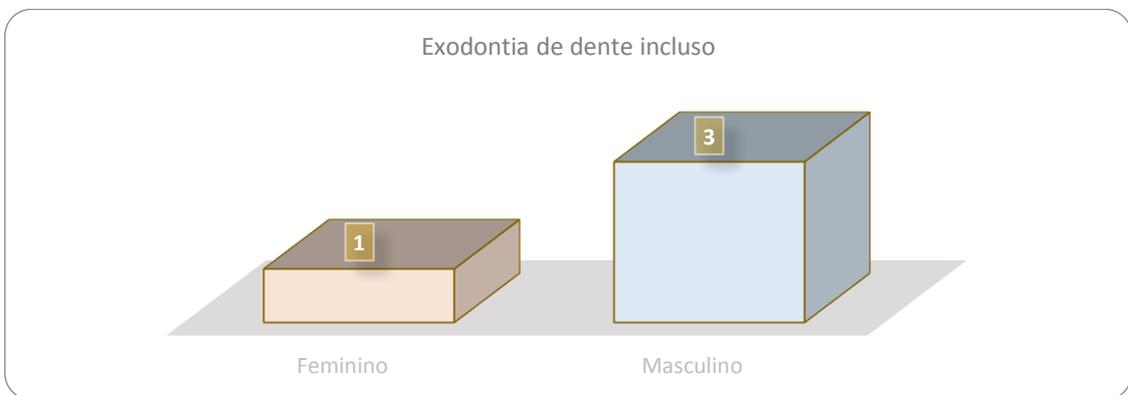


Gráfico 18. Distribuição do número de exodontias de dentes inclusos segundo o gênero

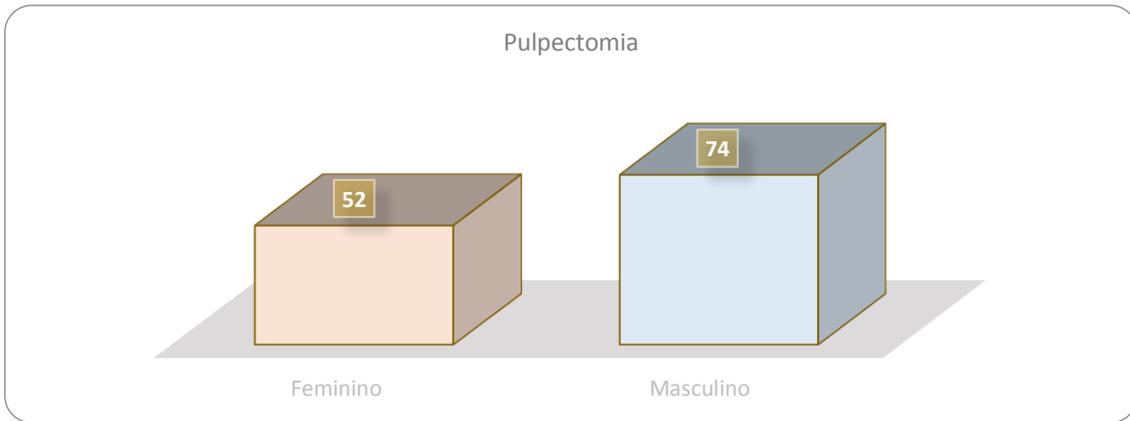


Gráfico 19. Distribuição do número de pulpectomias segundo o gênero

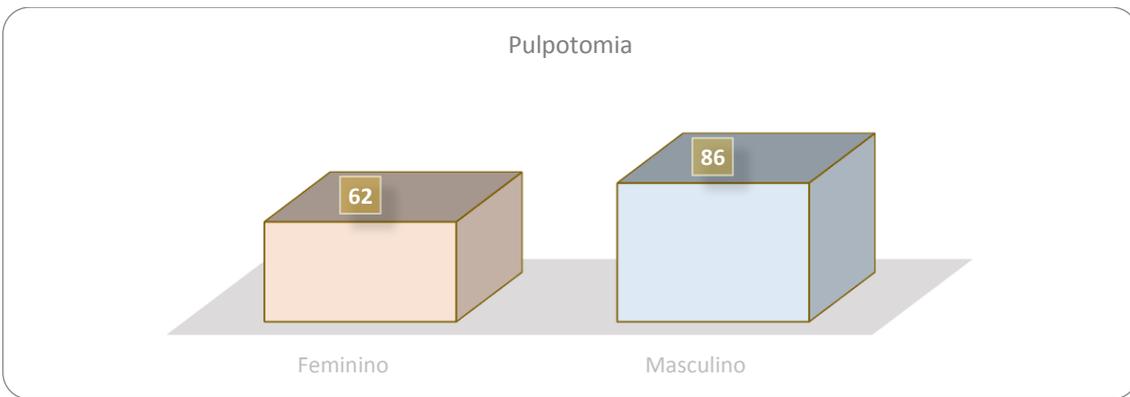


Gráfico 20. Distribuição do número de pulpotomias segundo o gênero

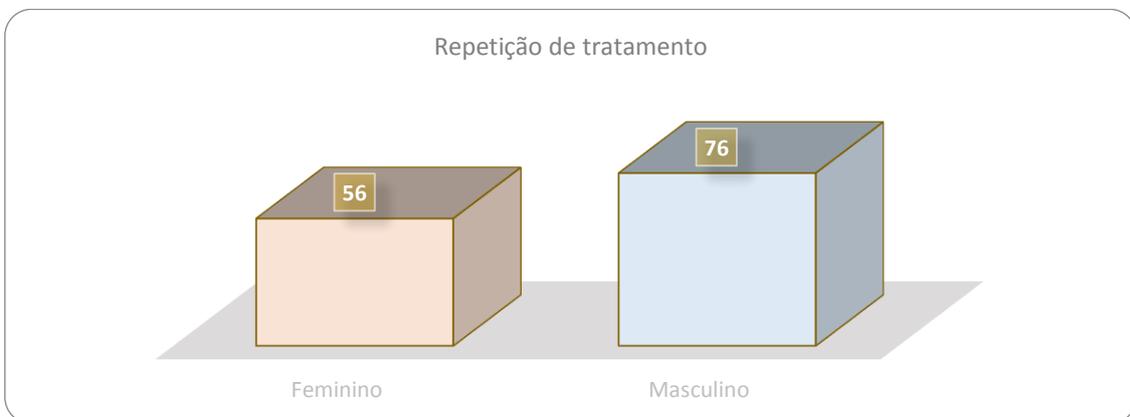


Gráfico 21. Distribuição do número de repetições de tratamentos segundo o gênero

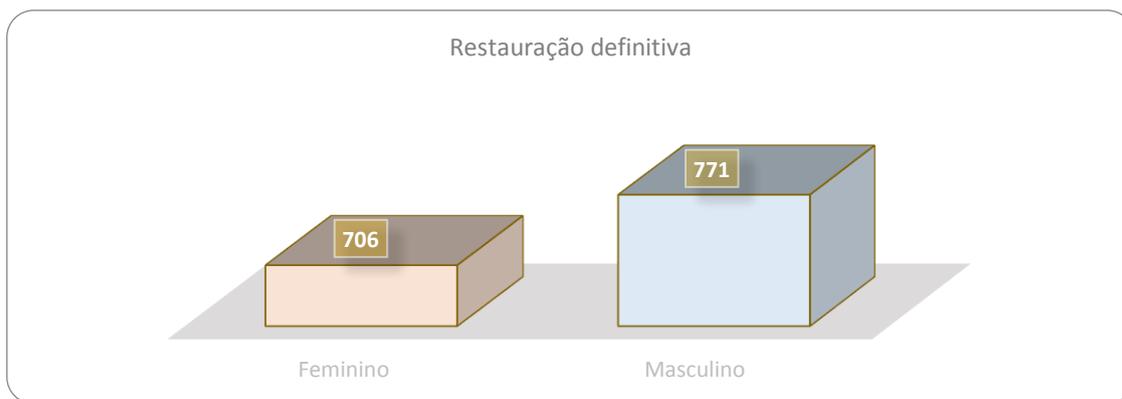


Gráfico 22. Distribuição do número de restaurações definitivas segundo o gênero

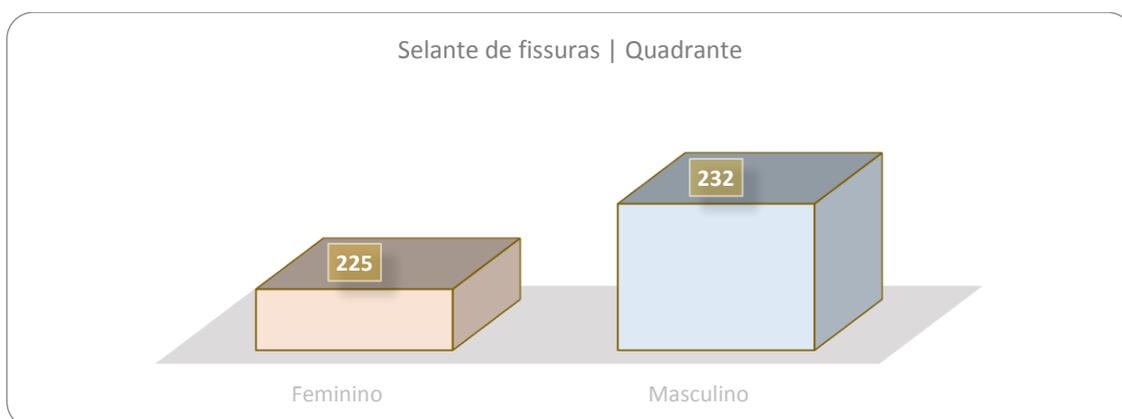


Gráfico 23. Distribuição do número de aplicação de selante de fissuras por quadrante segundo o gênero

## V. Discussão

Com este estudo pretendeu-se aferir o número de atos médico-dentários, procurando diferenciar os atos entre preventivos e curativos. Observou-se que os pacientes odontopediátricos têm uma média de idade de 12,67 anos.

Relativamente aos atos médico-dentários observou-se que ao longo dos anos, as restaurações definitivas e a aplicação de selante de fissuras foram os atos mais realizados seguidos dos tratamentos endodônticos.

Em 2012 verificou-se uma maior prevalência de consultas simples relativamente aos tratamentos endodônticos.

Observou-se ainda, que as consultas de urgência foram escassas e que apenas se verificaram entre os anos de 2013 a 2015.

A Exodontia de dentes inclusos é um ato médico-dentário pouco frequente, tendo-se apenas verificado um caso por ano.

A aplicação de flúor é um ato pouco frequente, variando entre (N=1) no 1º trimestre de 2017 e (N=12) em 2013 e 2016.

Relativamente à destartarização existe um crescendo de atos em 2015 (N=47) com uma redução em 2016 (N=36)

Relativamente às diferenças de género nos atos médico-dentários, os resultados não permitiram evidenciar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No entanto pode referir-se que as percentagens são muito semelhantes ( $p= 0,068$ ) (Anexo VIII).

Verifica-se que o género feminino realizou um maior número de aplicações de flúor (56,1%), consultas simples (51,4%), restaurações provisórias (52,2%), aplicação de selante de fissuras por dente (56,0%) e sessões de esclarecimento (55,9%).

Relativamente ao género masculino observa-se que realizou um maior número de consultas de triagem (50,3%), consultas de urgência (60,0%), destartarizações (54,6%), exodontia de dentes permanentes (53,6%), decíduos (52,6%) e inclusos (75,0%), endodontias (55,1%), pulpectomia (58,7%), pulpotomia (58,1%), repetição de tratamento (57,6%), restauração definitiva (52,2%) e selante de fissuras por quadrante (50,8%).

Pretendeu-se analisar se os tratamentos foram diferentes ao longo dos anos. Aplicado o teste do Qui-quadrado, verificou-se que existia uma relação estatisticamente significativa entre o ano e o tipo de ato dentário ( $\chi^2=478,081$ ;  $p= 0,000$ ) (Anexo IV).

No entanto, pela análise das proporções, observou-se que a única diferença significativa residiu no selante de fissuras por dente, em que o género feminino apresentou uma proporção superior à do género masculino (Anexo IX).

Para determinar onde residiam as diferenças nos atos médico-dentários praticados nos diferentes anos de 2011 ao 1º trimestre de 2017 recorreu-se ao teste Z, que permitiu tirar algumas conclusões (Anexo VII).

A proporção de exodontia de dentes decíduos, de pulpotomia e de sessões de esclarecimento foi superior em 2011 do que em 2016. Também o uso de selante de fissuras por dente foi superior em 2011 relativamente aos anos de 2012 a 2015.

No ano de 2012 a proporção de consultas simples foi superior à proporção registada nos anos de 2011, 2013, 2015, 2016 e 2017.

Em 2013 a proporção da repetição de tratamentos foi superior à proporção registada nos anos de 2012, 2014, 2015 e 2016.

Quer em 2015, quer no 1º trimestre de 2017, a proporção de restaurações definitivas foi superior às registadas em 2011, 2012, 2013, 2014 e 2016.

Do total da amostra observa-se um crescendo relativamente ao número de atos realizados entre 2011 e 2015. Dos 5694 atos médico-dentários, observou-se que o ano de 2015 foi o ano com maior número de atos (17,6%) e que o ano com menor número foi o de 2011 (11,0%) com exceção do 1º trimestre de 2017 (4,4%).

De acordo com o gráfico 3 observa-se que o número de exodontias de dentes permanentes acompanhou a tendência do aumento de atos médico-dentários, contudo verifica-se que o número de exodontias de dentes decíduos foi diminuindo desde 2013.

Quando procuramos quantificar o número de tratamentos curativos e tratamentos preventivos propostos neste trabalho, procurou-se agrupar os tratamentos de dentisteria operatória e tratamentos endodônticos como tratamentos curativos, e agrupar, selante de fissuras e destarização como tratamentos preventivos, verificando-se pelo gráfico 4 uma diferença superior ao seu dobro dos atos curativos em relação aos preventivos.

## VI. Conclusão

Relativamente ao trabalho realizado podemos concluir que entre 2011 e o 1º trimestre de 2017:

1. Efetuaram-se 5694 atos médico-dentários em pacientes com idade pediátrica atendidos no Serviço de Saúde Oral Infantil e Prevenção da Clínica Universitária Filinto Baptista do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.
2. Os tratamentos mais prevalentes foram a dentisteria operatória, a aplicação de selante de fissuras e os tratamentos endodônticos.
3. Foram mais prevalentes tratamentos curativos do que preventivos.
4. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, relativamente aos atos médico-dentários realizados.

## VII. Bibliografia

- <sup>1</sup> Figueiredo MC, Rosito DB, Michel J. A. Avaliação de 07 anos de um programa odontológico para bebês com bases educativas, preventivas e restauradoras. *J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 1998; 1(2):33-40.
- <sup>2</sup> American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance, and oral treatment for children. *Clin Pract Guidel.* 2013;37(6):123-30.
- <sup>3</sup> Menezes C, Couto G. A importância dos conhecimentos dos médicos pediatras e obstetras sobre a promoção de saúde bucal: uma revisão de literatura. *Odontol Clín-Cient.* 2011;Suppl:425-430.
- <sup>4</sup> Figueiredo M, Palmira A, Rodrigues R. A importância da interação pediatra-odontopediatra no atendimento integral a crianças. *RFO UPF.* 1997;2(2):11-18.
- <sup>5</sup> Silva R, Mendes S, Bernardo M, Barros L. Práticas e conhecimentos de pediatras e médicos de família relativamente à cárie dentária. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2012;53(3):135-142.
- <sup>6</sup> Ferro R, Bonow M, Romano A, Torriani D. Integração entre pediatria e odontopediatria: uma abordagem transdisciplinar na saúde bucal infantil. *Rev AMRIGS.* 2011; 55(1):31-36.
- <sup>7</sup> Dalto V, Turini B, Junior L. Conhecimento e atitudes de pediatras em relação à cárie dentária. *Interface.* 2008;12(24):205-210.
- <sup>8</sup> Migueli E, Cardim F, Lucchesi G, Ferreira S, Almeida E, Barbosa T, Albatadejo A. Pediatria e Saúde Bucal na Primeira Infância. *Rev Paul Pediatria.* 2000; 18(3): 125-131.
- <sup>9</sup> Schaff-Blass E, Rozier R, Chattapadhyay A, Quiñonez R, Vann Jr W. Effectiveness of an Educational Intervention in Oral Health for Pediatric Residents. *Ambul Pediatr.* 2006;6(3):157-164.
- <sup>10</sup> Cruz G, Rozier R, Slade G. Dental Screening and Referral of Young Children by Pediatric Primary Care Providers. *Pediatrics.* 2004; 114(5): 642-652.

- <sup>11</sup> Douglass A, Douglass J, Krol D. Educating Pediatricians and Family Physicians in children's Oral Health. *Acad Pediatr*.2009;9(6):452-6.
- <sup>12</sup> Mouradian W. The face of a child: children's oral health and dental education. *J Dent Educ*. 2001;65(9):821-830.
- <sup>13</sup> Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade C, Guedes-Pinto. Cárie precoce da infância – o estado da arte. *Acta Pediatr Port*.2010;41(5):217-221.
- <sup>14</sup> Ramos-Gomez F. Early maternal exposure to children's oral health may be correlated with lower early childhood caries prevalence in their children. *J Evid Base Dent Pract*.2012;12:113-115.
- <sup>15</sup> Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Guimarães H, Andrade C. Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediatr Port*.2009;40(3):126-132.
- <sup>16</sup> Kumar S, Kroon J, Lalloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(1):41.
- <sup>17</sup> Portugal. Direção-Geral da Saúde. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional / Direção-Geral da Saúde, 2012. Lisboa; 5-7; 89-93
- <sup>18</sup> Menezes B, Oliveira D, Sasseti L, Prazeres V. Norma da Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. 2013.
- <sup>19</sup> Ana D, Cruz C, Henriques DM. Boletim de Saúde Infantil e Juvenil: Uma Avaliação dos Registos. *Acta Pediátrica Port*. 2015;46:305-10.
- <sup>20</sup> Gomez SS, Weber AA. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *Int J Paediatr Dent* 2001 Mar; 11; 117-22.
- <sup>21</sup> Zanata RL, Navarro MF, Pereira JC, Franco EB, Lauris JR, Barbosa SH. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. *Braz Dent J* 2003; 14: 75-81.
- <sup>22</sup> American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on ethical responsibility to treat or refer. *Pediatr Dent* 2013;35:106.

- <sup>23</sup> Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Devo RA. The role of the paediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics* 2000; 106-84.
- <sup>24</sup> Okeigbemen SA, The prevalence of dental caries among 12 to 15 year old school children in Nigeria: Report of a local survey and campaign. *Oral health Prev Dent* 2004; 2: 27-31.
- <sup>25</sup> Bruno-Ambrosius K, Swanholm G, Twetman S. Eating habits, smoking and tooth brushing in relation to dental caries: a 3-year study in Swedish female teenagers. *Int J Paediatric Dent* 2005 M; 15 :190-6.
- <sup>26</sup> Marsh PD, Nyvad B. A microbiota oral e biofilmes formados sobre os dentes. *In: Fejerskov O, Kidd E. Cárie Dentária: a doença e o seu tratamento clínico. Cap.3. Santos Ed. 2005. S. Paulo.*
- <sup>27</sup> Califano JV, Research Science and Therapy Committee American Academy of Periodontology. Periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol* 2003;74(11):1696-704.
- <sup>28</sup> Clerehugh V. Periodontal diseases in children and adolescents. *British Dental J* 2008;204(8):469-71.
- <sup>29</sup> American Academy of Periodontology. Comprehensive periodontal therapy: A statement by the American Academy of Periodontology. *J Periodontol* 2011;82(7):943-9.
- <sup>30</sup> Beil HA, Rozier RG. Primary health care providers' advice for a dental checkup and dental use in children. *Pediatr* 2010;126(2):435-41.
- <sup>31</sup> Pahel BT, Rozier RG, Stearns SC, Quiñonez RB. Effectiveness of preventive dental treatments by physicians for young Medicaid enrollees. *Pediatr* 2011;127(3):682-9.
- <sup>32</sup> Ramos-Gomez F, Ng MW. Into the future: Keeping healthy teeth caries free: Pediatric CAMBRA protocols. *J Calif Dent Assoc* 2011;39(10):723-33.
- <sup>33</sup> Featherstone JDB. Caries prevention and reversal based on the caries balance. *Pediatr Dent* 2006;28(2):128-32.
- <sup>34</sup> Anderson MH, Shi W. A probiotic approach to caries management. *Pediatr Dent* 2006;28(2):151-3.

- <sup>35</sup> Pienihakkinen K, Jokela J, Alanen P. Risk-based early prevention in comparison with routine prevention of dental caries: A 7-year follow-up of a controlled clinical trial; clinical and economic results. *BMC Oral Health* 2005;5(2):1-5.
- <sup>36</sup> Clerehugh V, Tugnait A. Periodontal diseases in children and adolescents: 2. Management. *Dent Update* 2001;28(6):274-81.
- <sup>37</sup> Facts about Fluoride. *CDS Rev* 2006;99(1):44.
- <sup>38</sup> Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of selected caries prevention and management methods. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(6):399-411.
- <sup>39</sup> Ramos-Gomez FJ, Crystal YO, Ng MW, Crall JJ, Featherstone JBD. Pediatric dental care: Prevention and management protocols based on caries risk assessment. *CDAJ* 2010;38(10):746-61.
- <sup>40</sup> Patel S, Bay RC, Glick M. A systematic review of dental recall intervals and incidence of dental caries. *J Am Dent Assoc* 2010;141(5):527-39.
- <sup>41</sup> Domejean S, White JM, Featherstone JD. Validation of the CDA CAMBRA caries risk assessment: A six year retrospective study. *J Calif Dent Assoc* 2011;39(10):709-15.
- <sup>42</sup> Feigal RJ. The use of pit and fissure sealants. *Pediatr Dent* 2002;24(5):415-22.
- <sup>43</sup> Isman R. Dental sealants: A public health perspective. *Calif Dent Assoc J* 2010;38(10):735-45.
- <sup>44</sup> Beauchamp J, Caufield PW, Crall JJ, et al. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit and fissure sealants. *J Am Dent Assoc* 2008;139(3):257-67.
- <sup>45</sup> Sasa I, Donly KJ. Dental sealants: A review of the materials. *Calif Dent Assoc J* 2010;38(10):730-4.

## VIII. Anexos

## Anexo I

Assunto: Pedido de autorização de recolha de dados para realização do relatório de estágio

Prof. Doutor José Júlio Pacheco

Diretor Clínico da Clínica de Medicina Dentária – CESPU

Eu, José Manuel Azevedo Lopes e Ribeiro de Castro, com o código de aluno 21389, estudante do 5º ano do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, venho por este meio solicitar a autorização para aceder aos processos da clínica de medicina dentária, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação na unidade curricular Relatório de Estágio.

Sob meu compromisso de honra, o funcionamento da instituição não será posto em causa, mantendo-se os dados recolhidos confidenciais.

Por motivos éticos, assumo o compromisso de devolver os processos dos doentes e mostrar os resultados obtidos

Muito agradeço a atenção dispensada,

Gandra, 25 de janeiro de 2017

  
José Castro

*Autorização de recolha de dados para realização do relatório de estágio  
em processo de revisão.  
Gandra, 01/02/2017  
D. André Ribeiro  
V2 - Gandra  
A. Ribeiro*

## Anexo II

Tabela 8. Frequência e porcentagem dos atos médico-dentários de janeiro de 2011 a março 2017

Amostra (n =5694)

	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aplicação de flúor	3	,5%	4	,5%	12	1,2%	7	,7%	2	,2%	12	1,2%	1	,4%
Triagem	64	10,3%	63	7,3%	75	7,5%	83	8,6%	115	11,4%	99	10,0%	20	8,0%
Consulta simples	42	6,7%	93	10,8%	76	7,6%	87	9,0%	50	5,0%	51	5,1%	17	6,8%
Consulta de urgência	0	,0%	0	,0%	3	,3%	1	,1%	1	,1%	0	,0%	0	,0%
Destartarização	24	3,8%	25	2,9%	22	2,2%	36	3,7%	47	4,7%	36	3,6%	15	6,0%
Endodontia	16	2,6%	30	3,5%	41	4,1%	39	4,0%	52	5,2%	44	4,4%	12	4,8%
Exodontia permanente	33	5,3%	46	5,4%	56	5,6%	65	6,7%	56	5,6%	69	7,0%	9	3,6%
Exodontia decíduo	26	4,2%	29	3,4%	32	3,2%	22	2,3%	22	2,2%	16	1,6%	5	2,0%
Exodontia incluso	1	,2%	0	,0%	0	,0%	1	,1%	1	,1%	1	,1%	0	,0%
Pulpectomia	19	3,0%	17	2,0%	19	1,9%	20	2,1%	24	2,4%	23	2,3%	4	1,6%
Pulpotomia	25	4,0%	28	3,3%	21	2,1%	29	3,0%	22	2,2%	14	1,4%	9	3,6%
Repetição tratamento	0	,0%	4	,5%	89	9,0%	20	2,1%	16	1,6%	3	,3%	0	,0%
Restauração definitiva	135	21,6%	213	24,8%	207	20,8%	244	25,2%	301	29,8%	292	29,5%	85	34,1%
Restauração provisoria	26	4,2%	22	2,6%	20	2,0%	37	3,8%	49	4,9%	39	3,9%	8	3,2%
Selante dente	53	8,5%	34	4,0%	45	4,5%	41	4,2%	45	4,5%	51	5,1%	13	5,2%
Selante quadrante	50	8,0%	84	9,8%	84	8,5%	66	6,8%	73	7,2%	78	7,9%	22	8,8%
Sessão de esclarecimento	13	2,1%	8	,9%	15	1,5%	11	1,1%	9	,9%	3	,3%	0	,0%
Outros tratamentos	94	15,1%	159	18,5%	177	17,8%	159	16,4%	124	12,3%	160	16,1%	29	11,6%

## Anexo III

Tabela 9. Frequência média de idades

N		M	DP	Min.	Max.
Validados	Não validados				
5694	0	12,67	3,291	2,18	18,48

## Anexo IV

**Tabela 10.** Teste do Qui-quadrado

Chi-square	478,081
df	102
Sig.	,000 <sup>a</sup>

## Anexo V

Tabela 11. Frequência e percentagem dos atos médico-dentários por ano

Amostra (n =5694)		N	%
ANO	2011	624	11,0%
	2012	859	15,1%
	2013	994	17,5%
	2014	968	17,0%
	2015	1009	17,6%
	2016	991	17,4%
	2017	249	4,4%
Total		5694	100,0%

## Anexo VI

**Tabela 12. Frequência e percentagem dos atos médico-dentários segundo o género**

Amostra (n =5694)	Género			
	F		M	
	N	%	N	%
Aplicação de flúor	23	56,1%	18	43,9%
Triagem	258	49,7%	261	50,3%
Consulta simples	214	51,4%	202	48,6%
Consulta de urgência	2	40,0%	3	60,0%
Destartarização	93	45,4%	112	54,6%
Endodontia	105	44,9%	129	55,1%
Exodontia permanente	155	46,4%	179	53,6%
Exodontia decíduo	72	47,4%	80	52,6%
Exodontia incluso	1	25,0%	3	75,0%
Pulpectomia	52	41,3%	74	58,7%
Pulpotomia	62	41,9%	86	58,1%
Repetição tratamento	56	42,4%	76	57,6%
Restauração definitiva	706	47,8%	771	52,2%
Restauração provisória	105	52,2%	96	47,8%
Selante dente	158	56,0%	124	44,0%
Selante quadrante	225	49,2%	232	50,8%
Sessão de esclarecimento	33	55,9%	26	44,1%
Outros tratamentos	406	45,0%	496	55,0%
Total	2726	47,9%	2968	52,1%

## Anexo VII

Tabela 13. Teste Z

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
Aplicação de flúor							
Triagem							
Consulta simples		E F		E F			
Consulta de urgência	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>				. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>
Destartarização							C
Endodontia							
Exodontia permanente							
Exodontia decíduo	F						
Exodontia incluso		. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>				. <sup>a</sup>
Pulpectomia							
Pulpotomia	F						
Repetição de tratamento	. <sup>a</sup>		B D E F	B F	F		. <sup>a</sup>
Restauração definitiva					A C	A C	A C
Restauração provisória					C		
Selante dente	B C D E						
Selante quadrante							
Sessão de esclarecimento	F						. <sup>a</sup>
Outros tratamentos		E	E				

## Anexo VIII

Tabela 14. Teste do Qui-quadrado Pearson

	Género
Chi-square	26,348
df	17
Sig.	,068

## Anexo IX

Tabela 15. Comparação de proporções

	Género	
	F	M
	(A)	(B)
Aplicação de flúor		
Triagem		
Consulta simples		
Consulta de urgência		
Destarização		
Endodontia		
Exodontia permanente		
Exodontia decíduo		
Exodontia incluso		
Pulpectomia		
Pulpotomia		
Repetição de tratamento		
Restauração definitiva		
Restauração provisória		
Selante dente	B	
Selante quadrante		
Sessão de esclarecimento		
Outros tratamentos		

## IX. Relatório dos Estágios

### Introdução

O Estágio de Medicina dentária é o período no qual o aluno complementa os conhecimentos teóricos com a prática clínica, tendo como objetivo a preparação para o exercício profissional. O Estágio no Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte, está dividido em quatro componentes: Estágio Voluntário de Verão, Estágio de Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio de Saúde Oral Comunitária, que decorreram no período compreendido entre agosto de 2016 e junho de 2017.

## 9. Relatório de Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio

### 9.1. Estágio Voluntário de Verão

O Estágio Voluntário decorreu na Clínica Universitária Filinto Baptista do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, entre 1 de Agosto de 2016 a 16 de Agosto de 2016, onde foi supervisionado pela Prof<sup>a</sup> Doutora Maria do Pranto.

O estágio compreendeu um total de 42 horas onde teve como objetivo proporcionar ao aluno competências médico-dentárias, profissionalismo e relação com o paciente.

**Tabela 16. Frequência dos atos médico-dentários no Estágio Voluntário de Verão**

Total (n = 35)			
Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	3	4	7
Exodontia	3	1	4
Destartarização	2	1	2
Endodontia	1	1	1
Triagem	0	0	0
Outros	0	1	1
Total	9	8	18

## 9.2. Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio Hospitalar foi realizado no Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, EPE. Teve início no dia 16 de Setembro de 2016 e terminou a 9 de Junho de 2017, sendo realizado à sexta-feira entre as 9h e as 12h30. Decorreu sob a supervisão do Dr. Fernando Figueira. Compreendeu um total de 280 horas de trabalho. Este estágio apresenta uma dinâmica que permite ao aluno melhorar a sua qualidade de trabalho e autonomia. Foi também importante interagir com pacientes com limitações cognitivas e/ou motoras, pacientes polimedicados e com patologias de várias especialidades médicas, permitindo correlacionar conceitos teóricos com a prática clínica.

**Tabela 17. Frequência dos atos médico-dentários no Estágio em Clínica Hospitalar**

Total (n = 502)			
Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	20	32	52
Exodontia	66	42	108
Destararização	34	23	57
Endodontia	6	12	18
Triagem	5	5	10
Outros	4	2	6
Total	135	116	251

## 9.3. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio de Clínica Geral Dentária decorreu na Clínica Universitária Filinto Baptista do Instituto Superior de Ciências da Saúde, num período de 5 horas semanais à terça-feira das 19h00 às 00h00 de 13 de Setembro de 2016 a 13 de Junho de 2017, sendo supervisionado pelo Mestre João Baptista e pela Mestre Paula Malheiro. O estágio compreendeu um total de 196 horas tendo como objetivo proporcionar ao aluno competências médico-dentárias de forma a aprimorar a sua autonomia, profissionalismo e relação com o paciente.

**Tabela 18. Frequência dos atos médico-dentários no Estágio de Clínica Geral Dentária**

Total (n = 152)			
Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	13	16	29

Exodontia	5	6	11
Destartarização	7	5	12
Endodontia	12	8	20
Triagem	1	0	1
Outros	2	1	3
Total	40	36	76

#### 9.4. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio de Saúde Oral Comunitária decorreu à segunda-feira, entre as 9h e as 12h30, de 12 de Setembro de 2016 a 12 de Junho de 2017, num total de 196 horas sob a supervisão do Prof. Doutor Paulo Rompante. Numa primeira fase de setembro a dezembro de 2016, decorreu no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, sendo executado e organizado o plano de atividades. Numa segunda fase foi implementado posteriormente na Escola Nova de Valongo no período de janeiro a junho de 2017, tendo como base o Programa Nacional de Promoção e Saúde Oral. Fizeram parte deste estágio o levantamento de dados epidemiológicos, apresentações em PowerPoint, jogos didáticos e a realização de uma atividade prática de escovagem dentária para os alunos. Todas as atividades tiveram o objetivo a promoção e manutenção da saúde oral.

**Tabela 19. Frequência de Levantamento de Dados no Agrupamento de Escolas Vallis Longus - Valongo**

Total (n = 52)							
Turma	P1N	P2N	1AN	2AN	2BN	3AN	4AN
Escola Básica Nova de Valongo	7	7	8	8	9	6	7

**Tabela 20. Frequência de Levantamento de Dados no Agrupamento de Escolas de Lordelo**

Total (n = 77)										
Turma	OA2	OB2	OC2	OD2	1A2	1B2	2A2	2B2	3A2	4A2
Escola Básica Nº2 de Lordelo	6	8	7	6	7	6	6	9	9	8

**Tabela 21. Frequência de Levantamento de Dados no Agrupamento Escolas de Cristelo**

Jardim de Infância de Barreiras	5
---------------------------------	---