



Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Prevalência de Próteses Removíveis numa população
da sub-região do Alto Tâmega

Autor:

Ricardo Jorge Salgueiro Fernandes da Costa

Orientador:

Prof. Dr. António Correia Pinto

2019



Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Prevalência de Próteses Removíveis numa população
da sub-região do Alto Tâmega

Ricardo Costa

2019

Declaração de Integridade

Eu, **Ricardo Jorge Salgueiro Fernandes da Costa**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **“Prevalência de Próteses Removíveis numa população da sub-região do Alto Tâmega”**

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

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

O aluno,

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. António Correia Pinto

Aceitação do Orientador

Eu, **António Correia Pinto**, com a categoria profissional de **Professor Auxiliar** do **Instituto Universitário de Ciências da Saúde**, tendo assumido o papel de **Orientador** da Dissertação de Mestrado intitulada “**Prevalência de Próteses Removíveis numa população da sub-região do Alto Tâmega**”, do aluno **Ricardo Jorge Salgueiro Fernandes da Costa**, declaro que sou de parecer favorável para que a Dissertação possa ser presente ao Júri para Admissão a provas do **Mestrado Integrado em Medicina Dentária**, conducentes à obtenção do Grau de **Mestre em Medicina Dentária**

Gandra, 27 de Maio de 2019

O Orientador,

Agradecimentos

À minha família, pela ajuda e presença constantes que foram fundamentais ao longo deste caminho.

À minha namorada, pela companhia diária e pela capacidade de conseguir reverter os meus piores momentos.

Aos meus grandes amigos, colegas, e ex-colegas, quer estejam perto ou longe, com quem partilhei alegrias e frustrações durante os anos de ensino.

Ao meu orientador, pela paciência e pela sabedoria transmitida.

A todos os docentes com quem trabalhei, pela influência que tiveram neste percurso.

Muito Obrigado

Resumo

Introdução: A perda dentária, devido a todas as consequências estéticas e funcionais que origina, deve ser seguida de um tratamento de reabilitação oral. Dentro das opções reabilitadoras, as próteses removíveis são as mais utilizadas não só em Portugal como no Mundo inteiro, principalmente pela população idosa. O envelhecimento populacional crescente da sub-região do Alto Tâmega torna relevante o estudo da prevalência de próteses removíveis na sua população institucionalizada.

Objetivo: Estudar a prevalência de próteses removíveis em indivíduos institucionalizados na sub-região do Alto Tâmega, assim como relacionar o uso das mesmas com variáveis como a idade, género, entre outras. Entender qual o grau de satisfação dos portadores de prótese removível e qual a sua principal causa de perda dentária.

Materiais e Métodos: Foi realizado um questionário, respondido por 161 participantes, com idades compreendidas entre os 50 e os 98 anos, residentes em instituições de 3ª Idade de diferentes concelhos da sub-região do Alto Tâmega (Chaves, Montalegre, Valpaços, Vila Pouca de Aguiar, Ribeira de Pena e Boticas).

Resultados: Os resultados indicaram que a prevalência de próteses removíveis é de 50,3%. Há um aumento do número de portadores à medida que a idade avança. 56,7% das mulheres são portadoras de prótese removível, contrastando com apenas 38,6% da amostra masculina. 84% dos questionados relataram que a sua satisfação com a prótese removível é "Normal" ou melhor. As duas principais causas de perda dentária foram a doença periodontal (67,9%) e a cárie dentária (28,4%).

Conclusão: Cerca de metade dos indivíduos institucionalizados na sub-região do Alto Tâmega usam prótese removível. Em idades maiores o uso de prótese removível é significativamente maior. A amostra feminina usa mais próteses removíveis do que a amostra masculina. Uma grande parte dos portadores estão satisfeitos com as suas próteses removíveis. A principal causa de perda dentária dos portadores foi a doença periodontal, seguida pela cárie dentária.

Palavras-chave: Prótese Removível, Prevalência; Institucionalizada; Perda Dentária.

Abstract

Introduction: Tooth loss, due to all the aesthetic and functional consequences that it causes, must be followed by an oral rehabilitation treatment. Within the rehabilitation options, removable prostheses are the most used not only in Portugal but throughout the world, mainly by the elderly population. The rising population aging of the Alto Tâmega sub-region makes relevant the study of the prevalence of removable prostheses in its institutionalized population.

Objective: Study the prevalence of removable prostheses in institutionalized individuals in the Alto Tâmega sub-region, as well as to relate their use to variables such as age, gender, and others. Understand the degree of satisfaction of removable prosthesis wearers and their main cause of tooth loss.

Materials and Methods: A questionnaire, answered by 161 participants, aged between 50 and 98 years, was carried out in institutions of the 3rd Age of different municipalities of the Alto Tâmega sub-region (Chaves, Montalegre, Valpaços, Vila Pouca de Aguiar, Ribeira of Pena and Boticas).

Results: The results indicated that the prevalence of removable prostheses is 50.3%. There is an increase in the number of carriers as age advances. 56.7% of the women are carriers of removable prosthesis, contrasting with only 38.6% of the male sample. 84% of respondents reported that their satisfaction with the removable prosthesis is "Normal" or better. The two main causes of tooth loss were periodontal disease (67.9%) and tooth decay (28.4%).

Conclusion: About half of the institutionalized individuals in the Alto Tâmega sub-region use removable prosthesis. In older ages the use of removable prosthesis is significantly higher. The female sample uses more removable prostheses than the male sample. A large proportion of the respondents are satisfied with their removable dentures. The main cause of tooth loss of the carriers was periodontal disease, followed by dental caries.

Keywords: Removable Prosthesis, Prevalence; Institutionalized; Tooth Loss.

Índice Geral

Capítulo I - Fundamentação Teórica.....	1
1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	3
2.1. Objetivo Principal.....	3
2.2. Objetivos Específicos.....	3
3. Materiais e Métodos.....	3
3.1. Metodologia de Pesquisa Bibliográfica.....	3
3.2. Metodologia de Investigação.....	4
3.2.1. Critérios de Inclusão.....	4
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	4
3.2.3. Procedimento de Recolha.....	5
3.2.4. Análise Estatística.....	5
3.2.5. Descrição de Variáveis.....	6
4. Resultados.....	7
4.1 Prevalência do uso de PR.....	7
4.2 Relação das variáveis em estudo com o uso de PR.....	8
4.2.1 Idade.....	8
4.2.2 Género.....	8
4.2.3 Concelho.....	9
4.2.4 Tabagismo.....	9
4.2.5 Diabetes.....	10
4.3 Distribuição dos tipos de PR.....	10
4.4 Grau de Satisfação de portadores de PR.....	12
4.5 Principal Causa de Perda Dentária de portadores de PR.....	13
5. Discussão.....	14

6. Conclusão	16
7. Bibliografia.....	17
8. Anexos	20
8.1. Declaração de Autorização	20
8.2. Declaração de Consentimento Informado	21
8.3. Questionário para Investigação	22
Capítulo II – Relatório de estágios	23
1.Introdução.....	23
1.1 Estágio em regime de Voluntariado	24
1.2 Estágio em Clínica Geral Dentária.....	25
1.3 Estágio em Clínica Hospitalar.....	26
1.4 Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	27
2. Considerações Finais	29

Índice de Tabelas

Tabela 4.1 – Prevalência de PR

Tabela 4.2 – Distribuição do uso de PR segundo a Idade (escalões etários)

Tabela 4.3 – Distribuição do uso de PR segundo Género

Tabela 4.4 – Distribuição do uso de PR segundo Concelhos

Tabela 4.5 – Distribuição do uso de PR segundo Tabagismo

Tabela 4.6 – Distribuição do uso de PR segundo a Diabetes

Tabela 4.7 – Distribuição do tipo de PR segundo o seu material

Tabela 4.8 – Distribuição do tipo de PR segundo a arcada dentária

Tabela 4.9 – Distribuição do tipo de PR segundo a extensão

Tabela 4.10 – Distribuição do tipo de PR segundo a extensão e arcada

Tabela 4.11 – Distribuição do tipo de PR segundo o uso por arcada

Tabela 4.12 – Distribuição do grau de satisfação dos portadores de PR

Tabela 4.13 – Distribuição da causa de perda dentária dos portadores de PR

Lista de Abreviaturas

PR – Prótese Removível

PPR – Prótese Parcial Removível

PTR – Prótese Total Removível

PRA – Prótese Removível Acrílica

PRE – Prótese Removível Esquelética

PRS – Prótese Removível Superior

PRI – Prótese Removível Inferior

Capítulo I - Fundamentação Teórica

1. Introdução

Os dentes, enquanto constituintes do sistema estomatognático, são órgãos essenciais tanto a nível estético como funcional. A falta de dentes interfere não só com a componente estética do sorriso, mas também com a morfologia dos tecidos peri-orbitulares, devido à reabsorção óssea e atrofia muscular consequente, influenciando assim a harmonia facial. Para além das consequências visuais, o edentulismo acarreta dificuldades funcionais, sendo a mastigação e a fonação as que mais impacto têm sobre os pacientes, interferindo inevitavelmente na estabilidade social e emocional dos mesmos. A diminuição da eficiência mastigatória pode levar ao aparecimento ou agravamento de problemas nutricionais. Certos estudos referem até uma relação entre a falta dentária com a hipertensão, obesidade, deficiência nutricional, disfunção cognitiva e aumento do risco de mortalidade, evidenciando assim a gravidade desta condição. ^(1,2,3,4,5)

A quantidade de dentes perdidos é um bom indicador da história clínica dentária de um paciente ao longo da sua vida, refletindo vários aspetos como os cuidados de higiene oral, o acesso a serviços de Medicina Dentária, a eficiência das medidas preventivas comunitárias, entre outras. Não obstante, é uma das melhores medidas para avaliar a saúde oral numa comunidade, havendo uma monitorização dos seus valores em alguns países. Globalmente, apesar de uma redução no número de população edêntula, a prevalência era de 2,8% em 2010, ou seja, cerca de 158 milhões de pessoas apresentavam falta de dentes.^(6,7)

Vários estudos referem que os principais fatores etiológicos da perda dentária (dentes permanentes extraídos ou com indicação de extração) são as cáries e as doenças periodontais. As cáries são a principal razão para o edentulismo em indivíduos jovens e adultos jovens, enquanto as doenças periodontais atingem mais a população adulta e idosa. O tabagismo é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas periodontais, e por consequência, para o aumento da morbilidade dentária. Com o envelhecimento há uma maior perda de dentes anteriores e uma menor perda de dentes posteriores. Outras causas que levam à perda dentária são fatores iatrogénicos/acidentais, problemas de erupção, trauma, entre outros. ^(8,9,10,11)

O edentulismo é mais prevalente em comunidades com baixas condições socioeconómicas, em idosos, e de modo geral, em mulheres. Alguns estudos relataram maior prevalência de idosos desdentados em instituições de terceira idade do que idosos independentes. ^(11,12,13)

Atualmente existem várias opções para reabilitar oralmente, tais como próteses removíveis ou fixas, quer sejam muco-suportadas, muco-dento-suportadas, dento-suportadas ou implanto-suportadas. A substituição dentária é fundamental para devolver a estética, a função e o conforto aos pacientes, e conseqüentemente melhorar a sua própria qualidade de vida. Dentro destes tipos de reabilitações, as PR são as que apresentam menos melhorias na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. São também as que apresentam menor custo e as mais utilizadas pelos portugueses desdentados (com perda de 1 ou mais dentes) visto que cerca de 38% desta população utiliza esta opção contra 7,4% de pacientes cuja escolha recai sobre as reabilitações fixas. Uma vez que os pacientes idosos apresentam maior falta de dentes, é também nesta faixa etária que há maior nº de portadores de próteses, principalmente removíveis. Estima-se que no Mundo Ocidental mais de metade da população idosa use PR, sendo o baixo custo a razão pela qual é a tendência, apesar da menor satisfação que proporciona aos seus portadores relativamente a outras opções protéticas. ^(14,15,16)

O Alto Tâmega é uma sub-região estatística de Nível III da Região do Norte, estando composta por 6 municípios (por ordem decrescente de população): Chaves, Valpaços, Vila Pouca de Aguiar, Montalegre, Ribeira de Pena e Boticas. Abrange uma área de 2 922 km² e uma população de 87 549 habitantes (2017). É uma sub-região que tem perdido progressivamente jovens e adultos, atraídos por oportunidades profissionais mais aliciantes nos grandes centros populacionais do país e até no estrangeiro. Desde o início do século XXI (2001) até 2017 a população do Alto Tâmega decresceu 16% (de 104.342 para 87.549), contudo a população idosa (>65 anos) cresceu 9,5% (de 23.562 para 26.031). Estes valores refletem perfeitamente a diminuição populacional e o seu envelhecimento nesta sub-região. Tal facto leva a que haja uma elevada prevalência de desdentados, uma vez que em idades mais avançadas existem níveis mais altos de perda dentária. ^(11,17)

A quantidade de população envelhecida reflete-se naturalmente num grande número de indivíduos institucionalizados, grupo no qual se estima haver um maior edentulismo. Torna-se então relevante o estudo da prevalência de PR na população institucionalizada da sub-

região do Alto Tâmega, devido às questões demográficas e socioeconómicas que a caracterizam.^(11,12)

2. Objetivos

2.1. Objetivo Principal

O principal objetivo deste trabalho é estudar qual a prevalência de próteses removíveis em indivíduos institucionalizados na sub-região do Alto Tâmega.

2.2. Objetivos Específicos

- Avaliar a relação entre o uso de PR e a idade
- Avaliar a relação entre o uso de PR e o género
- Avaliar a relação entre o uso de PR e o concelho
- Avaliar a relação entre o uso de PR e o tabagismo
- Avaliar a relação entre o uso de PR e a Diabetes Mellitus
- Avaliar o tipo de PR mais prevalentes (PTR/PPR; PRA/PRE; PRS/PRI)
- Avaliar o nível de satisfação dos portadores de PR
- Avaliar qual o principal motivo de perda dentária dos portadores de PR

3. Materiais e Métodos

3.1. Metodologia de Pesquisa Bibliográfica

Para a realização da Fundamentação Teórica foi realizado um levantamento bibliográfico (nas bases de dados PubMed, EBSCO, Google Académico, Repositório Aberto da Universidade do Porto). Foram lidos 104 artigos, entre Novembro de 2018 e Maio de 2019, dos quais apenas 25 foram de acordos com os critérios de inclusão selecionados:

- Artigos publicados entre 1990 e 2018;
- Artigos com texto completo;
- Artigos escritos em português, inglês ou espanhol;
- Artigos que tratassem a temática da perda dentária e uso de PR.

Os critérios de exclusão definidos foram os seguintes:

- Artigos publicados em anos anteriores a 1990;
- Artigos com acesso restrito;
- Artigos não gratuitos.

3.2. Metodologia de Investigação

Este estudo é do tipo observacional transversal. Foram realizados 161 inquéritos a idosos em instituições de terceira idade nos diferentes concelhos do Alto Tâmega de modo a calcular a prevalência de PR. Fazem parte da amostra 57 homens e 104 mulheres entre os 50 e os 98 anos.

3.2.1. Critérios de Inclusão

Os 161 inquéritos foram realizados a indivíduos que foram de acordo aos seguintes critérios de inclusão:

- Residentes em instituições de terceira idade da sub-região do Alto Tâmega;
- Residentes no concelho onde fosse feito o questionário antes de serem institucionalizados;
- Indivíduos com capacidade de realizar um diálogo de forma perceptível;
- Indivíduos com as capacidades cognitivas e mentais inalteradas;
- Indivíduos que aceitaram, após completa explicação sobre o estudo em causa, responder ao questionário.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo indivíduos:

- Com dificuldades em dialogar de forma perceptível;
- Cujas capacidades auditivas foram insuficientes para realizar um diálogo;
- Diagnosticados com Doença de Alzheimer;
- Que recusaram responder ao questionário.

3.2.3. Procedimento de Recolha

O procedimento de recolha para este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário de Ciências da Saúde – CESPU. Foram contactados os Provedores das Santas Casas da Misericórdia e os Diretores dos Lares, de modo a obter autorização para proceder aos inquéritos. Os inquéritos foram realizados nas instituições cujos responsáveis aprovaram a recolha de dados.

Foi realizada uma recolha presencial através de questionários físicos nas diferentes instituições, entre 19 de Fevereiro e 2 de Abril. Cada participante assinou uma declaração de consentimento informado, caso tivesse capacidade para tal, a assegurar a confidencialidade e a anonimidade dos dados. Nos casos de incapacidade em realizar uma assinatura, a declaração foi assinada por um responsável pelo inquirido. As instituições visitadas foram: Santa Casa da Misericórdia de Boticas; Santa Casa da Misericórdia de Montalegre; Santa Casa da Misericórdia de Ribeira de Pena; Lar de Santa Marta, Hotel Geriátrico de Valdanta, Resort Sénior Flavicórdia (Chaves); Hotel Geriátrico das Romanas (Vila Pouca de Aguiar); Lar Nossa Sra. da Encarnação (Valpaços). Todos os inquéritos foram realizados pelo autor do Relatório Final de Estágio.

3.2.4. Análise Estatística

Os dados obtidos foram inseridos no programa Microsoft Office Excel e de seguida exportados para o IBM SPSS Statistics 21.0, de modo a realizar testes estatísticos.

Foi realizado um teste Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade das variáveis, uma vez que a amostra é superior a 50 (para amostras inferiores a 50 realiza-se o teste de Shapiro-Wilk). Se se confirmasse a normalidade, realizar-se-ia um teste Levene, para avaliar se se prosseguiria com testes paramétricos. Uma vez que se rejeitou a hipótese nula (existência de normalidade de dados) para todas as variáveis exceto "Idade" não se procedeu à realização do Teste Levene, e não se realizaram testes paramétricos (avaliam diferenças de acordo com a média) mas sim testes não paramétricos (avaliam diferenças de acordo com a mediana). Os testes não paramétricos realizados foram o de Mann-Whitney U (para 2 variáveis) e o de Kruskal-Wallis (para mais de 2 variáveis). Foram feitos cálculos da regressão logística, para avaliar quanto o modelo consegue explicar os valores observados e confirmar se há ou não relação estatisticamente significativa entre certas variáveis e o uso de PR, de acordo com o valor-p. Considerou-se

um valor-p de 5%, ou seja, um intervalo de confiança de 95% (IC 95%) . Estatisticamente, amostras em que cada grupo envolve mais do que 30 elementos são consideradas significativas, o que confere significância estatística à amostra deste estudo.

3.2.5. Descrição de Variáveis

3.2.5.1. Idade

Variável Ordinal. Decidiu-se dividir as idades por 5 escalões etários: <65; 65-74; 75-84; 85-94; >95.

3.2.5.2. Género

Variável Nominal Binária, com as opções "Masculino" e "Feminino".

3.2.5.3. Local de Residência

Variável Nominal, cujas possibilidades são os 6 concelhos do Alto Tâmega: "Chaves", "Valpaços", "Vila Pouca de Aguiar", "Montalegre", "Ribeira de Pena" e "Boticas".

3.2.5.4. Tabagismo

Variável Nominal Binária, com as respostas "Sim" e "Não" à questão "Já foi/É fumador?".

3.2.5.5. Anos enquanto fumador

Variável Ordinal. Em caso de resposta afirmativa à variável 3.4.4. é questionada duração dos hábitos tabágicos. Os grupos definidos para a questão "Há/Durante quantos anos fuma/fumou?" foram 4 : <10; 10-20; 20-30; >30.

3.2.5.6. Diabetes

Variável Nominal Binária, com as divisões "Sim" e "Não".

3.2.5.7. Uso de PR

Variável Nominal Binária, com as opções "Sim" e " Não". Foi considerada a opção "Não" para participantes que têm PR mas que não a usam.

As variáveis 3.4.8. , 3.4.9. , 3.4.10. , 3.4.11 só foram alvo de resposta caso fosse confirmado o uso de PR na variável 3.4.7.

3.2.5.8. Tipo de prótese e arcada

Variável Nominal, com várias possibilidades: "Acrílica Superior Total", "Acrílica Superior Parcial", "Esquelética Superior", "Acrílica Inferior Total", "Acrílica Inferior Parcial" e "Esquelética Inferior".

3.2.5.9. Número de dentes na prótese

Variável Numérica, com 4 divisões : ≤ 4 ; 5-8; 9-13; 14. Criada uma opção para a resposta 14, uma vez que é o nº de dentes habitual numa PTR, quer seja maxilar ou mandibular.

3.2.5.10. Grau de Satisfação com a prótese

Variável Numérica. Apresentam 5 opções : "1 – Muito Insatisfeito" , "2 – Insatisfeito" , "3 – Normal" , "4 – Satisfeito" , "5 – Muito Satisfeito".

3.2.5.11. Principal causa de perda dentária dos portadores de PR

Variável Nominal, com as seguintes respostas: "Cárie", "Trauma", "Periodontal", "Não sei" e "Outros", na qual se inseriram causas como o "Bruxismo". Nesta questão foi necessário recorrer a expressões não científicas e questionar os intervenientes relativamente a sinais orais que se recordem relativamente aos dentes que perderam.

4. Resultados

4.1 Prevalência do uso de PR

A prevalência de PR é de 50,3%, uma vez que 81 dos 161 participantes relataram a utilização desta forma de reabilitação oral. 49,7% dos inquiridos não usam PR.

Uso de PR	n (%)
Sim	81 (50,3)
Não	80 (49,7)
Total	161 (100)

Tabela 4.1 – Prevalência de PR

4.2 Relação das variáveis em estudo com o uso de PR

4.2.1 Idade

A amostra consiste em 161 utentes de instituições de 3ª Idade, entre os 50 e os 98 anos (média de aproximadamente 83 anos). O escalão etário prevalente na amostra é o 85-94 (68 (42,2%)), seguido do 75-84 (64 (39,8%)), 65-74 (16 (9,9%)), >95 (9 (5,6%)) e <65 (4 (2,5%)).

Escalões etários (anos)	Usa PR (%)	Não usa PR (%)	Total (%)	p
<65	0 (0)	4 (100)	4 (2,5)	
65-74	5 (31,3)	11 (68,7)	16 (9,9)	
75-84	33 (51,6)	31 (48,4)	64 (39,8)	
85-94	37 (54,4)	31 (45,6)	68 (42,2)	
>95	6 (66,6)	3 (33,3)	9 (5,6)	
Total (%)	81 (50,3)	80 (49,7)	161 (100)	<u>0,042</u>

Tabela 4.2 – Distribuição do uso de PR segundo a Idade (escalões etários)

Com um valor-p de 0,042, que é $p < 0,05$ rejeita-se a hipótese nula, ou seja, há evidência estatística que a variável "Idade" é significativa para o modelo. Quanto maior a idade do indivíduo, a probabilidade de usar PR é 0,046 vezes maior, mantendo todas as outras variáveis estudadas do modelo constantes.

4.2.2 Género

Relativamente ao género dos inquiridos, 104 são Mulheres (64,6%) e 57 são Homens (35,4%).

Sexo	Usa PR (%)	Não usa PR (%)	Total (%)	p
Feminino	59 (56,7)	45 (43,3)	104 (64,6)	
Masculino	22 (38,6)	35 (61,4)	57 (35,4)	
Total (%)	81 (50,3)	80 (49,7)	161 (100)	<u>0,020</u>

Tabela 4.3 – Distribuição do uso de PR segundo Género

Com um valor-p de 0,020, que é $p < 0,05$ rejeita-se a hipótese nula, ou seja, há evidência estatística que a variável “Gênero” é significativa para o modelo. A probabilidade do inquirido usar PR é 1,622 vezes maior para participantes do sexo feminino do que sexo masculino, mantendo todas as outras variáveis estudadas do modelo constantes.

4.2.3 Concelho

Foram incluídos 6 concelhos diferentes pertencentes à sub-região do Alto Tâmega. O concelho onde foram reunidos mais inquiridos foi Chaves (49 (30,4%)), seguido de Montalegre (34 (21,1%)), Valpaços (22 (13,7%)), Ribeira de Pena (22 (13,7%)), Vila Pouca de Aguiar (19 (11,8%)) e Boticas (15 (9,3%)).

Concelhos	Usa PR (%)	Não usa PR	Total (%)
Boticas	9 (60,0)	6 (40,0)	15 (9,3)
Vila Pouca de Aguiar	9 (47,4)	10 (52,6)	19 (11,8)
Ribeira de Pena	10 (45,4)	12 (54,6)	22 (13,7)
Valpaços	11 (50,0)	11 (50,0)	22 (13,7)
Montalegre	14 (41,2)	20 (58,8)	34 (21,1)
Chaves	28 (57,1)	21 (42,9)	49 (30,4)
Total (%)	81 (50,3)	80 (49,7)	161 (100)

Tabela 4.4 – Distribuição do uso de PR segundo Concelhos

Não é possível realizar a interpretação econométrica entre o uso de PR e a variável “Concelho” uma vez que se trata de uma variável nominal não binária. O concelho com maior prevalência de uso de PR foi Boticas (60,0%), contudo apresenta uma amostra baixa. O município com menor prevalência de uso de PR foi Montalegre (41,2%).

4.2.4 Tabagismo

Dos 161 questionados, 22 (13,7%) têm ou já tiveram hábitos tabágicos, enquanto 139 negaram qualquer uso de tabaco ao longo da sua vida.

Fumador(a)	Usa PR	Não usa PR	Total (%)	p
Sim	9 (40,9)	13 (59,1)	22 (13,7)	
Não	72 (51,8)	67 (48,2)	139 (86,3)	
Total (%)	81 (50,3)	80 (49,7)	161 (100)	0,612

Tabela 4.5 – Distribuição do uso de PR segundo Tabagismo

Com um valor-p de 0,612, que é $p > 0,05$ não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há evidência estatística que a variável “Tabagismo” é significativa para o modelo. No grupo dos fumadores há um menor uso (sem significado estatístico) de PR do que no de não fumadores.

4.2.5 Diabetes

A Diabetes Mellitus está presente em 40 (24,8%) intervenientes, enquanto os restantes 121 (75,2%) não são diabéticos.

Diabético/a	Usa PR	Não usa PR	Total (%)	p
Sim	21 (52,5)	19 (47,5)	40 (24,8)	
Não	60 (49,6)	61 (50,4)	121 (75,2)	
Total (%)	81 (50,3)	80 (49,7)	161 (100)	0,521

Tabela 4.6 – Distribuição do uso de PR segundo a Diabetes

Com um valor-p de 0,521, que é $p > 0,05$ não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há evidência estatística que a variável “Diabetes” é significativa para o modelo. O uso de PR é ligeiramente superior em intervenientes diabéticos, mas sem relevância estatística.

4.3 Distribuição dos tipos de PR

No total há 150 próteses removíveis, havendo 146 (97,3%) acrílicas e apenas 4 (2,7%) esqueléticas.

Tipo de PR (material)	n (%)
PRA	146 (97,3)
PRE	4 (2,7)
Total (%)	150 (100)

Tabela 4.7 – Distribuição do tipo de PR segundo o seu material

Em relação às arcadas, verificou-se que 76 (50,7%) das próteses removíveis são superiores e 74 (49,3%) são inferiores.

Tipo de PR (arcada)	n (%)
Superior	76 (50,7)
Inferior	74 (49,3)
Total (%)	150 (100)

Tabela 4.8 – Distribuição do tipo de PR segundo a arcada dentária

Relativamente à extensão das próteses, 109 (72,7%) são Totais e apenas 41 (27,3%) são Parciais.

Tipo de PR (extensão)	n (%)
Totais	109 (72,7)
Parciais	41 (27,3)
Total (%)	150 (100)

Tabela 4.9 – Distribuição do tipo de PR segundo a extensão

Tendo em conta a extensão e a arcada das próteses, concluiu-se que 55 (36,7%) são Totais Superiores, 54 (36,0%) são Totais Inferiores, 21 (14,4%) são Parciais Superiores e 20 (13,3%) são Parciais Inferiores.

Tipo de PR (extensão e arcada)	n (%)
Total Superior	55 (36,7)
Total Inferior	54 (36,0)
Parcial Superior	21 (14,0)
Parcial Inferior	20 (13,3)
Total (%)	150 (100)

Tabela 4.10 – Distribuição do tipo de PR segundo a extensão e arcada

Dos 81 portadores de Próteses Removíveis, 67 (82,7%) usam prótese superior e inferior, enquanto 8 (9,9%) usam apenas superior e 6 (7,4%) usam somente inferior.

Tipo de PR (uso por arcada)	n (%)
Só Superior	8 (9,9)
Só Inferior	6 (7,4)
Superior e Inferior	67 (82,7)
Total (%)	81 (100)

Tabela 4.11 – Distribuição do tipo de PR segundo o uso por arcada

Um dado relevante que surgiu nos resultados deste estudo foi o número de indivíduos portadores de Próteses Totais, tanto Superior como Inferior – 46 , valor que representa 56,8% (46 em 81) dos portadores de próteses removíveis e 28,6%(46 em 161) da amostra populacional.

4.4 Grau de Satisfação de portadores de PR

O Grau de Satisfação relativamente às Próteses Removíveis teve uma média de 3,43, mediana de 4 e moda de 4, numa escala de 1 a 5. O Grau 5 foi escolhido por 19 (23,5%) inquiridos, o Grau 4 por 26 (32,1%), o Grau 3 por 23 (28,4%), o Grau 2 por 7 (8,6%) e o Grau 1 por 6 (7,4%).

Grau de Satisfação	n (%)
1	6 (7,4)
2	7 (8,6)
3	23 (28,4)
4	26 (32,1)
5	19 (23,5)
Total	81 (100)

Tabela 4.12 – Distribuição do grau de satisfação dos portadores de PR

\bar{X} = 3,56

Mediana=4

Moda=4

4.5 Principal Causa de Perda Dentária de portadores de PR

Os portadores de Prótese Removível têm como principal causa de perda dentária a doença periodontal (55 (67,9%)), seguida da cárie dentária (23 (28,4%)), trauma (2 (2,5%)) e bruxismo (1 (1,2%)).

Causa de Perda Dentária	n (%)
Periodontal	55 (67,9)
Cárie	23 (28,4)
Trauma	2 (2,5)
Outro (Bruxismo)	1 (1,2)
Total	81 (100)

Tabela 4.13 – Distribuição da causa de perda dentária dos portadores de PR

5. Discussão

A prevalência do uso de PR encontrada na amostra populacional institucionalizada da sub-região do Alto Tâmega foi de 50,3%. Fernandes, Braz e Magalhães estudaram uma população de residentes em instituições de 3ª idade no Porto. A prevalência do uso de PR descoberta por Fernandes foi de encontro ao resultado obtido neste estudo (49,8%), enquanto os valores encontrados por Braz foram superiores (57,0%) e os de Magalhães ligeiramente inferiores (46,9%).^(18,19,20)

Gavinha obteve uma prevalência de 49,0% numa população sénior (superior a 65 anos) independente da cidade de Vila Nova de Gaia, que se assemelha à prevalência neste estudo. Não se encontrou assim uma grande diferença entre idosos institucionalizados e independentes, na área metropolitana do Porto.⁽²¹⁾

Braz estudou uma população institucionalizada do concelho de Vila Real, capital do distrito onde se insere a sub-região do Alto Tâmega e portanto numa localização geográfica praticamente coincidente. Concluiu que a prevalência do uso de prótese era de 43,1%, valor ligeiramente inferior ao obtido neste trabalho.⁽¹⁹⁾

Comparando com estudos a uma escala internacional, verificaram-se semelhanças com residentes em instituições de 3ª idade em Espanha (50,0%), na Polónia (48,3%) e na Noruega (58,0%), mas bastante discordância em relação a resultados obtidos na Índia (16,7%).^(22,23,24,25)

Dos 161 inquiridos deve-se salientar que 82% se encontravam entre as idades 75 e 94, enquanto apenas 5,6 % estavam acima deste escalão etário e 12,4% abaixo. Neste trabalho verificou-se que a variável "Idade" foi estatisticamente significativa para o modelo, indicando que quanto maior a idade do participante maior em 0,046 vezes é a chance de usar PR. Braz e Fernandes, observaram também que o uso de PR foi estatisticamente significativa em relação à idade, existindo uma tendência para o aumento do número de portadores de PR à medida que a idade avança. Assim sendo, estes resultados são condicentes com os obtidos neste estudo.^(18,19)

Da amostra populacional estudada, 64,6% dos inquiridos eram do sexo feminino, facto que pode ser explicado em boa parte pela maior esperança média de vida neste género. Também se concluiu que a percentagem de mulheres portadoras de PR (56,7%) era

significativamente maior, a nível estatístico, que a percentagem de portadores de PR do sexo masculino (38,6%). No estudo de Braz foi igualmente encontrada uma diferença estatisticamente significativa na variável "Género", sendo o uso de PR maior em participantes do sexo feminino. Por outro lado, Fernandes não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis. ^(18,19)

Na área metropolitana do Porto, Magalhães, Fernandes e Braz encontraram uma percentagem de PTR de, respetivamente, 73,9%, 61,6% e 54,26%, sendo as restantes PPR. Neste estudo, 72,7% são PTR e 27,3% são PPR, valor que se assemelha ao obtido por Magalhães mas se distancia dos restantes, apesar das PTR serem prevalentes em todos os referidos. No concelho de Vila Real, Braz concluiu que 47,0% das PR eram PTR e 53,0% seriam PPR, resultados que são substancialmente diferentes aos deste estudo, apesar de geograficamente serem áreas próximas. ^(18,19,20)

Em relação ao tipo das PR verificou-se que 97,3% eram acrílicas e apenas 2,7% eram esqueléticas. No estudo de Fernandes os resultados obtidos foram praticamente iguais, com percentagens de 97,4% de acrílicas e 2,6% de esqueléticas. Neste estudo, 50,7% das PR estudadas eram PRS e 49,3% PRI, valores relativamente semelhantes aos que Fernandes relatou, com 55,7% das PR a serem PRS e 44,3% PRI. Houve, em ambas as amostras, um predomínio de PRS. ⁽¹⁸⁾

Um valor relevante desta investigação foi o número de portadores de PTR superiores e inferiores. 46 dos 161 inquiridos usavam PTR superior e inferior, o que corresponde a 56,8% dos portadores de PR e a 28,6% da amostra populacional total. Este valor indica que pelo menos 46 dos intervenientes eram completamente edêntulos. No estudo realizado por Magalhães, 25,3% da população estudada usavam PTR superior e inferior, resultado próximo do obtido. ⁽²⁰⁾

O nível de satisfação dos questionados em relação à sua PR foi organizado em 5 níveis: 1 (Muito Insatisfeito), 2 (Insatisfeito), 3 (Normal), 4 (Satisfeito) e 5 (Muito Satisfeito). O nível mais escolhido foi o 4 (32,1%), seguido do 3 (28,4%), 5 (23,5%), 2 (8,6%) e 1 (7,4%). A média de satisfação foi de 3,56. 84% dos portadores classificaram a sua satisfação como Normal ou melhor, enquanto apenas 16% se demonstraram insatisfeitos (Nível 1 ou 2) com a sua reabilitação oral com PR. Areias realizou um inquérito de satisfação a portadores de PR com apenas 2 respostas (Satisfeito/Insatisfeito). Nesse estudo, 84% dos inquiridos relataram

estar satisfeitos com as suas PR, percentagem igual à encontrada neste estudo para o conjunto dos graus de satisfação "Normal", "Satisfeito" e "Muito Satisfeito".⁽²⁶⁾

Dentro dos portadores de PR verificou-se que a principal causa de perda dentária foi a doença periodontal (67,9%), seguida da doença de cárie dentária (28,4%), trauma (2,5%) e Bruxismo (1,2%). A doença periodontal e a cárie dentária são as principais causas de perda dentária em 96% da amostra obtida, o que vai de encontro ao descrito na literatura – são os principais fatores desencadeantes do edentulismo - a primeira numa altura mais tardia da vida, e a segunda numa fase mais precoce.^(9,10,11)

6. Conclusão

- A prevalência de PR na amostra de indivíduos institucionalizados na sub-região do Alto Tâmega foi de 50,3%;
- O uso de PR aumentou de forma estatisticamente significativa com o avançar da idade;
- O uso de PR foi estatisticamente significativa superior para o sexo feminino;
- As prevalências do uso de PR foram semelhantes nos diferentes concelhos do Alto Tâmega;
- O tabagismo não foi um fator estatisticamente significativo para o uso de PR;
- Não foi verificada significância estatística entre a Diabetes Mellitus e o uso de PR;
- O tipo de PR prevalente foi a PTR;
- 97% das PR encontradas eram PRA e apenas 3% eram PRE;
- A nível de arcada , foram mais prevalente as PRS;
- 84% dos inquiridos considerou o seu nível de satisfação com a PR de "Normal" ou melhor;
- A principal causa de perda dentária dos portadores de PR foi a doença periodontal, seguida da cárie dentária, trauma e bruxismo.

7. Bibliografia

1. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2001;29(3):195–203.
2. Davis D, Fiske J, Scott B, Davis DD. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *British Dental Journal*. Maio de 2000;188(09):503–6.
3. Peres MA, Tsakos G, Barbato PR, Silva DAS, Peres KG. Tooth loss is associated with increased blood pressure in adults—a multidisciplinary population-based study. *J Clin Periodontol*. Setembro de 2012;39(9):824–33.
4. Abnet CC, Qiao Y-L, Dawsey SM, Dong Z-W, Taylor PR, Mark SD. Tooth loss is associated with increased risk of total death and death from upper gastrointestinal cancer, heart disease, and stroke in a Chinese population-based cohort. *Int J Epidemiol*. Abril de 2005;34(2):467–74.
5. Peres MA, Bastos JL, Watt RG, Xavier AJ, Barbato PR, D’Orsi E. Tooth loss is associated with severe cognitive impairment among older people: findings from a population-based study in Brazil. *Aging Ment Health*. 2015;19(10):876–84.
6. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global Burden of Severe Tooth Loss. *J Dent Res*. Julho de 2014;93(7):20-28.
7. Mojon P, Thomason JM, Walls AWG. The impact of falling rates of edentulism. *International Journal of Prosthodontics*. Agosto de 2004;17(4):434–40.
8. Albandar JM, Streckfus CF, Adesanya MR, Winn DM. Cigar, Pipe, and Cigarette Smoking as Risk Factors for Periodontal Disease and Tooth Loss. *Journal of Periodontology*. Dezembro de 2000;71(12):1874–81.
9. Eklund SA, Burt BA. Risk Factors for Total Tooth Loss in the United States; Longitudinal Analysis of National Data. *Journal of Public Health Dentistry*. Janeiro de 1994;54(1):5–14.

10. Burt BA, Ismail AI, Morrison EC, Beltran ED. Risk Factors for Tooth Loss Over a 28-year Period. *Journal of Dental Research*. Maio de 1990;69(5):1126–30.
11. Muller, Frauke, Naharro, Manuel, Carlsson, Gunnar E. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral Implants*. 2007;18(3):2–14.
12. McMillan AS1, Wong MC, Lo EC, Allen PF. The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. *Journal of Oral Rehabilitation*. Janeiro de 2003;30(1):46–54.
13. Cornejo M, Pérez G, de Lima KC, Casals-Pedro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Março de 2013;18(2):e285–92.
14. Swelem AA, Gurevich KG, Fabrikant EG, Hassan MHA, Aqou S. Oral health-related quality of life in partially edentulous patients treated with removable, fixed, fixed-removable, and implant-supported prostheses. *Int J Prosthodont*. Agosto de 2014;27(4):338–47.
15. Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. A 5-year follow-up study on the prosthetic rehabilitation of the elderly in Helsinki, Finland. *J Oral Rehabil*. Julho de 2004;31(7):647–52.
16. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro da Ordem dos Médicos Dentistas - 2018. Portugal; 2018 p. 9–11.
17. INE/PORDATA . População residente segundo os censos: total e por grandes grupos etários(2017).Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/população+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grandes+grupos+etários-22>.
18. JC Fernandes. Necessidades Protéticas na População Portuguesa Institucionalizada. Porto; 1995 p. 92–6.
19. Braz MP. Estudo da Saúde Oral e Necessidades de Tratamento em Idosos Institucionalizado. Porto; 2011 p. 72–4.

20. Magalhães A. Levantamento das necessidades de tratamento em saúde oral na população sénior institucionalizada do concelho de Vila Nova de Gaia e apresentação de um programa para solucionar as necessidades encontradas. Vila Nova de Gaia; 2000 p. 29, 51.
21. Gavinha S. Saúde Oral Sénior. Porto; 2000 p. 92–5.
22. Corchero AM. Oral Health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain. Vigo; 2005 p. 5–6.
23. Gaszynska E., Szatko F., Godala M., Gaszynska T. Oral Health Status, dental treatment needs, and barriers to dental care of elderly care home residents in Lodz, Poland. *Clinical Interventions in Aging*. Setembro de 2014;9:1637–44.
24. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontologica Scandinavica*. Janeiro de 2008;66(6):368–73.
25. Ajay Kumar G., Maheswar G., Malathi S., Sridevi K., Someshwar B., Ratnakar P. Dental Prosthetic Status and Prosthetic Needs of the Institutionalized Elderly Living in Geriatric Homes in Hyderabad: A Pilot Study. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. Dezembro de 2013;14(6):1169–72.
26. Areias C., Figueiral MH, Fonseca P. Satisfação dos pacientes portadores de prótese removível. *JADA*. Agosto de 2007;7(4):49–53.

8. Anexos

8.1. Declaração de Autorização



Comissão de Ética
Instituto Universitário de Ciências
da Saúde
Contacto: 224 157 136
E-mail: carla.ribeiro@cespu.pt

CARTA RESPOSTA

Título do projeto: Prevalência de Próteses removíveis numa sub-região do Alto-Tâmega

Investigador responsável: Ricardo Jorge Salgueiro Fernandes da Costa

Orientador: Prof. Doutor António Correia Pinto

Nº Registo: 05/CE-IUCS/2019

Parecer:

Exmo(a). Senhor(a),

Em resposta ao pedido efetuado por V. Exa. a esta Comissão de Ética, para emissão de parecer sobre o projeto de investigação supra identificado, somos a informar que, e de acordo com o regulamento, o mesmo recebeu parecer favorável por parte desta Comissão.

Gandra, 5 de fevereiro de 2019


Prof. Doutor Jorge Brandão
Presidente da Comissão de Ética
CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Central de Gandra, 1317
4585-116 GANDRA PRO • Portugal
T. +351 224157100 • E. +351 224157101
www.cespu.pt



CESPU - INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RUA CENTRAL DE GANDRA, 1317 . 4585 116 . GANDRA PRO . T.:+351 224 157 100 . F.:351 224 157 101
CESPU - COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL
CONTR: 501 577 840 . CAP. SOCIAL 1.250.000,00 EUR . MAT.CONS. R. C. PORTO Nº 216 . WWW.CESPU.PT

8.2. Declaração de Consentimento Informado



Declaração de Consentimento Informado

No âmbito do Relatório Final de Estágio, estou a realizar um estudo sobre a **Prevalência de Próteses Removíveis numa população da sub-região do Alto Tâmega**.

Desse modo, solicito a sua participação através do preenchimento de um questionário curto, que demorará no máximo 5 minutos. Em caso de engano pode riscar o quadrado assinalado e fazer uma cruz na resposta mais indicada.

A participação neste questionário é totalmente **voluntária**, estando no seu direito de negar a participação a qualquer altura enquanto o estudo estiver a decorrer. Todos os dados são totalmente **anónimos e confidenciais**, e poderão ser usados para trabalhos científicos futuros, sempre devidamente anonimizados. Não é cobrado qualquer valor monetário pelo preenchimento do questionário.

Se tiver necessidade de entrar em contacto com o autor deste trabalho, contacte através do e-mail ricardojsfc27@gmail.com (Ricardo Costa).

Tomei conhecimento da informação relativa à investigação realizada pelo aluno Ricardo Jorge Salgueiro Fernandes da Costa, nº23183, do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde - CESPU, e declaro que aceito participar neste trabalho:

Aceito participar Não aceito participar

_____ , / /

(assinatura do participante, quando aplicável)

(assinatura do responsável pelo participante)

**Obrigado pela sua
colaboração!!**

Investigador

Ricardo Costa

Orientador

[Assinatura]

8.3. Questionário para Investigação



Questionário para Investigação

Prevalência de Próteses Removíveis numa população da sub-região do Alto Tâmega

- Idade: _____

- Género: Masculino Feminino

- Concelho de Residência : _____

- Já foi/é Fumador? Sim Não
Se sim, há/durante quantos anos fuma/fumou? _____ anos

- É diabético? Sim Não

- Usa Prótese Dentária Removível? Sim Não

Se usa, em que arcada e de que tipo?

Acrílica Sup. → Total Parcial

Acrílica Inf. → Total Parcial

Esquelética Sup.

Esquelética Inf.

Se usa, quantos dentes tem a prótese? _____ a superior; _____ a inferior

Se usa, numa escala de 1 a 5 com que número definiria a sua satisfação com a prótese? (Escala de Likert - *A technique for the measurement of attitudes* - Rensis, Likert)

1 - Muito Insatisfeito

2 - Insatisfeito

3 - Normal

4 - Satisfeito

5 - Muito Satisfeito

- Qual o principal motivo para a perda dos dentes?

Cáries Traumas/Acidentes Problemas das gengivas/periodontais

Outros (especificar quais): _____ Não sei

Investigador

Ricardo Costa

Orientador

Luís Gomes ST

Capítulo II – Relatório de estágios

1. Introdução

No presente relatório é efetuada uma exposição das atividades realizadas nas quatro componentes de estágio: Estágio em Regime de Voluntariado, Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio em Clínica Hospitalar e Estágio em Saúde Oral Comunitária, que são parte integrante do 5º ano do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária no ano letivo de 2018/2019.

Estes estágios tiveram como finalidade o contacto direto dos alunos com unidades de saúde, clínicas e hospitalares, o que diversifica e conseqüentemente aumenta a experiência clínica, facilitando deste modo a transição supervisionada para a prática profissional independente.

O estágio de Medicina Dentária é um período supervisionado, que tem como objetivo a preparação do aluno para a prática clínica futura, através de uma constante aquisição de conhecimentos teóricos e a sua aplicação. Deste modo, o estágio torna-se uma ferramenta indispensável para melhorar a autonomia dos alunos, bem como aumentar a consciência de responsabilidade relativamente às atividades médicas.

O estágio abrange 4 componentes: Estágio em regime de Voluntariado, Estágio em Clínica Geral Dentária (ECGD), Estágio em Clínica Hospitalar (ECH) e Estágio em Saúde Oral Comunitária (ESOC), que decorreram entre Agosto de 2018 e Junho de 2019.

1.1 Estágio em regime de Voluntariado

O Estágio em regime de Voluntariado decorreu na Clínica Universitária Filinto Baptista, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, nos meses de Agosto e Setembro de 2018. Foi supervisionado pelo Mestre João Baptista, Mestre Luís Santos, Mestre Sónia Machado e Prof. Dra. Maria do Pranto Braz. Foi importante na obtenção de autonomia, confiança e método de trabalho, permitindo realizar bastantes atos numa fase inicial da preparação clínica. Na tabela 1 encontram-se esquematizados os atos realizados neste regime.

Tabela 1: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o Estágio em regime de Voluntariado

Ato Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
Triagem	4	2	6
Destartarização Total	0	2	2
Exodontia	4	1	5
Dentisteria	2	4	6
Endodontia	2	2	4
Outros	1	1	2
TOTAL	13	12	25

1.2 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde na Clínica Filinto Baptista, num período de 5 horas semanais, entre Setembro de 2018 e Junho de 2019.

As horas estipuladas para o estágio foram cumpridas, não se registando faltas. O estágio foi supervisionado pelo Mestre João Baptista e pela Mestre Paula Malheiro. Decorreu á terça-feira, entre as 19h e as 24h. Este Estágio teve como objetivo proporcionar competências médico-dentárias visando aprimorar a autonomia, o profissionalismo e a relação com o paciente. O total de atos clínicos efetuados encontra-se na tabela abaixo (Tabela 2).

Tabela 2: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o Estágio em Clínica Geral Dentária

Ato Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
Triagem	4	1	5
Destartarização Total	4	6	10
Exodontia	1	2	3
Dentisteria	12	12	24
Endodontia	4	3	7
Outros	1	2	3
TOTAL	26	26	52

1.3 Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar decorreu no Serviço de Estomatologia/ Medicina Dentária do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Unidade de Amarante, num período de 3 horas e 30 minutos semanais com início a 14 de Setembro e término a 14 de Junho de 2019, perfazendo um total de 120 horas. O estágio foi supervisionado pelo Mestre Tiago Resende.

O Estágio em Clínica Hospitalar foi extremamente benéfico, pois permite alcançar maior destreza na prática dos atos médico-dentários, devido ao elevado número de pacientes comparativamente à carga horária disponível para a realização do ato clínico. Por outro lado, foi motivante do ponto de vista clínico interagir com pacientes com patologias diversas, o que abriu portas para o raciocínio clínico a efetuar na prática clínica futura. O número total de atos clínicos realizados encontra-se na tabela abaixo (Tabela 3).

Tabela 3: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o Estágio em Clínica Hospitalar

Ato Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
Triagem	6	8	14
Destartarização Total	15	21	36
Exodontia	7	9	16
Dentisteria	51	42	93
Endodontia	3	6	9
Outros	3	4	7
TOTAL	85	90	175

1.4 Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária decorreu todas as segundas-feiras, entre as 9h e as 13h, desde o dia 10/9/2018 até ao dia 3/6/2019. Foi supervisionado pelo Prof. Dr. Paulo Rompante. Consistiu na realização de tarefas dentro da vertente comunitária e na prática clínica no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira e no Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso.

As tarefas realizadas foram as seguintes: Projeto de Intervenção Comunitária num Estabelecimento Prisional; Projeto de Intervenção Comunitária num Hospital da Misericórdia; Projeto de Intervenção Comunitária de Rua; Patologias sistémicas com repercussões na cavidade oral. Conhecer e saber como proceder; Patologia benigna dos tecidos moles em Odontopediatria. Diagnóstico e terapêutica em ambulatório; Patologia oral maligna em Odontopediatria. Diagnóstico e o que saber para fazer terapêutica em ambulatório; Implementação do Projeto de Intervenção Comunitária de Rua (Porto, 3/6/2019).

Os trabalhos no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira iniciaram-se no dia 8/10/2018, tendo terminado no dia 3/6/2019, enquanto o estágio no Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso teve início no dia 19/11/2018 e fim no dia 3/6/2019. Os atos clínicos realizados tanto no Hospital como no Estabelecimento Prisional em causa encontram-se organizados na tabela 4. Na tabela 5 está exposto o Plano de Atividades da disciplina, durante todo o ano letivo.

Tabela 4: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente durante o Estágio em Saúde Oral Comunitária

Ato Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
Triagem	1	2	3
Destartarização Total	1	2	3
Exodontia	4	7	11
Dentisteria	2	4	6

Endodontia	1	2	3
Outros	2	2	4
TOTAL	11	19	30

Tabela 5: Plano de Atividades do Estágio em Saúde Oral Comunitária

Dia	Local	Atividade realizada
15/10/2018	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira	Estágio de intervenção comunitária
26/11/2018	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira	Estágio de intervenção comunitária
3/12/2018	Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso	Estágio de intervenção comunitária
28/1/2019	Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso	Estágio de intervenção comunitária
23/2/2019	IX Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria (SPOP) 2019	Patologias sistémicas com repercussões na cavidade oral
23/2/2019	IX Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria (SPOP) 2019	Patologia benigna dos tecidos moles em Odontopediatria. Diagnóstico e terapêutica em ambulatório
23/2/2019	IX Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria (SPOP) 2019	Patologia oral maligna em Odontopediatria. Diagnóstico e o que saber para fazer terapêutica em ambulatório
4/3/2019	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira	Estágio de intervenção comunitária
11/3/2019	Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso	Estágio de intervenção comunitária
15/4/2019	Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira	Estágio de intervenção comunitária
29/4/2019	Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso	Estágio de intervenção comunitária

3/6/2019	Estação de metro Trindade , Porto	Implementação do Projeto de Intervenção Comunitária de Rua
----------	-----------------------------------	--

2. Considerações Finais

A natureza diversificada dos estágios realizados complementam-se de forma perfeita no intuito do estudante adquirir maior confiança e habilidade clínica prática, aliando inevitavelmente um crescimento a nível da componente teórica. Os diferentes meios em que se inserem os estágios conferem não só um maior nível de experiência derivado dos diversos materiais e técnicas à disposição, como também possibilitam um contacto com diferentes populações em meios significativamente distintos.