

Rui Tiago Escobar Teixeira e Silva

Caracterização das necessidades e da procura de tratamentos  
Médico – Dentários, dos pacientes das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária  
da Universidade Fernando Pessoa.

Faculdade de Ciências da Saúde  
Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2008

Rui Tiago Escobar Teixeira e Silva

Caracterização das necessidades e da procura de tratamentos  
Médico – Dentários, dos pacientes das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária  
da Universidade Fernando Pessoa.

Rui Tiago Escobar Teixeira e Silva

Monografia apresentada  
à Universidade Fernando Pessoa  
como parte integrante dos requisitos para a  
obtenção do grau de licenciado em Medicina Dentária

## Resumo

A OMS define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e considera que 5 a 10% da despesa em saúde pública remete para a saúde oral. Os serviços de saúde devem conhecer as necessidades da população e prestar cuidados apropriados, através de um correcto planeamento, aumentando o acesso e a prevenção primária. Porém, existe uma mentalidade “curativo – restauradora” enraizada na população, que deve ser modificada através da educação e da diminuição dos factores de risco, criando-se ambientes de saúde, especialmente em populações desfavorecidas. Para que tal aconteça, têm-se desenvolvido estratégias para melhorar a saúde oral da população portuguesa, descritas no Plano Nacional de Saúde (PNS), nomeadamente os Projectos de Saúde Oral que visam suprir as necessidades de crianças, grávidas e idosos. As Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP atendem em média, 120 pacientes por dia prestando à comunidade um serviço Médico-Dentário de características sociais.

**Objectivos:** Caracterizar uma amostra populacional, relativamente ao motivo pelo qual procuram a consulta Médico Dentária das clínicas pedagógicas, as necessidades em saúde oral, os tratamentos efectivamente recebidos e a capacidade de resposta destas Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP. **Material e Métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica que nos serviu de base para o desenvolvimento e para a elaboração/aplicação do questionário. A amostra de conveniência incluiu 126 indivíduos, que assistiam à primeira consulta nas Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP, freguesia de Paranhos, Porto. A aplicação do questionário decorreu em duas fazes, a primeira no período desde o dia 6 de Novembro de 2007 até ao dia 21 de Fevereiro de 2008, e a segunda passados 4 meses. A análise estatística foi realizada no programa Epi Info™ versão 6,04, com um índice de confiança (IC) de 95%, com um erro  $\alpha = 5\%$ .

**Resultados:** 53,2% dos indivíduos pertenciam ao género feminino, 91,3% da amostra residia em meio urbano, 36,5% possuía nível socioeconómico médio e 57,9% referiu a “saúde geral”, como interesse principal. Existiu baixa prevalência de patologias, no entanto, 50,1% dos indivíduos realizavam farmacoterapia. O motivo da consulta mais comum foi a dor (28,6%), 90,5% dos indivíduos necessitavam tratamentos restauradores e 60,1% precisavam de extracções. Apenas 4,8% da amostra possuía saúde oral óptima. O tempo desde a última consulta atingiu a média de 4,4 anos nos idosos ( $p < 0,001$ ). Para indivíduos maiores que 18 anos foram aplicados: o índice de CPOd= 18,3; o índice

de placa de Silness e Løe= 1,4 e superior no género masculino ( $p=0,013$ ); e obteve-se a média aproximada de 25 dentes em boca. Foram concedidas 418 consultas em 4 meses, 457 tratamentos, dos quais os restauradores (média de 1,4) figuram no topo, existiram 74 faltas, 6 desmarcações e a área de atendimento clínico que forneceu maior número de consultas foi Clínica Integrada (média de 1,4). 87,3% dos indivíduos deu continuidade aos tratamentos. **Conclusão:** a procura de tratamentos Médico – Dentários deveu-se à presença de dor, as necessidades normativas mais comuns relacionam-se com tratamentos restauradores, a área de atendimento com maior afluência foi Clínica Integrada e a capacidade de resposta das Clínicas Pedagógicas de Medicina – Dentária revelou-se satisfatória.

## Abstract

The WHO defines health as a complete state of physical, mental and social well-being and estimates that 5 to 10% of the public health expense remits to oral health. The health services must know the public' needs and provide appropriate health care, through correct planning, increasing access and primary prevention. However, the population has a deeply ingrained "healing-restorative" mentality that must be altered through instruction and by reducing risk factors with the purpose of creating health environments, specifically among underprivileged population. In order for that to happen, strategies have been developed to improve the oral health of Portuguese population, as described on the *Plano Nacional de Saúde (PNS)*, namely the *Projectos de Saúde Oral*, which aim to fill the needs of children, pregnant women and elderly. The FCS – UFP educational clinics have 82 consulting-rooms, in which are treated an average of 120 patients per day. **Objectives:** Describe a population sample, to survey the main complain in the educational clinics' consulting, the oral health needs, the treatments received and the FCS – UFP educational clinics' ability to respond. **Materials and Methods used:** A bibliographic research was carried out and used as basis for the development and elaboration/application of the questionnaire. The convenience sample included 126 individuals that attended the first consultation at the FCS – UFP educational clinics in the Paranhos parish, Porto. The questionnaire was used in two separate phases: the first one from 6<sup>th</sup> November of 2007 to 21<sup>st</sup> February of 2008, and the second one, four months after. The statistical analysis was made using the Epi Info™ program, version 6.04, with a 95% trust rate (TR) and with an  $\alpha$  error rate equal to 5%. **Results:** 53.2% of all individuals were female, 91.3% of all individuals lived in an urban environment, 36.5% belonged to the middle-class level and 57.9% mentioned "general health" as their main interest. There was a low prevalence of pathologies. However, 50.1% of all individuals were using pharmacotherapy. The main complaint was dental pain (28.6%), 90.5% of all individuals were in need of restorative treatments and 60.1% needed extractions. Only 4.8% of the sample had optimal oral health. The time since the last consultation reached an average of 4.4 years for the elderly ( $p < 0.001$ ). For individuals above the age of 18 years old, the following indexes were applied: the CPOd index was 18.3; the Silness and Løe plaque index was 1.4 and was superior on the male gender ( $p=0.013$ ); and an average of 25 teeth per mouth was

obtained. During a 4 months' period, 418 consultations were given and 457 treatments, among which the restorative treatments (average of 1.4) are at the top of the list. There were 74 nonattendances, 6 reschedules and the clinical treatment area that provided the highest number of consultation was the *Clinica Integrada* (average of 1.4). 87.3% of all individuals continued treatments. **Conclusion:** The search for Dental treatments was due to the presence of pain; the more common normative necessities had to do with restorative treatments, the clinical treatment area that had more affluence was the Integrated Clinic and the educational Dental' ability to respond proved to be satisfactory.

Dedico esta Monografia às pessoas que mais amo:  
aos meus pais, Joaquim e Manuela,  
ao meu irmão, André,  
e à minha namorada, Olga.

## Agradecimentos

À Mestre Sandra Gavinha, pela sábia orientação, por toda a disponibilidade, motivação inculcada e simpatia ao longo deste trabalho, assim como agradeço e valorizo todos os ensinamentos ao longo do curso académico.

À Dr.<sup>a</sup> Cláudia Silva, agradeço a disponibilidade concedida, a simpatia e todo o conhecimento que me transmitiu e orientação estatística, sem o qual não seria possível realizar a análise estatística.

Ao Dr. José Frias Bulhosa, pela disponibilidade e pelos esclarecimentos sobre os indicadores de saúde oral, vitais para a realização do estudo.

A todos os Docentes que, com sábia mestria, sobressaíram e souberam realmente ensinar, tendo demonstrando serem excelentes pessoas e verdadeiros amigos. Nomeá-los seria desnecessário. E agradeço à própria Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, por prestar uma educação de excelência.

À Dr.<sup>a</sup> Patrícia Costa por me disponibilizar uma ajuda preciosa na consulta dos ficheiros clínicos, assim como por toda a boa disposição ao longo do período de pesquisa.

Ao meu binómio, Jorge Rodrigues, que me acompanhou nesta longa e divertida caminhada de aprendizagem, com uma extraordinária boa disposição, nos bons e menos bons momentos.

À Olga Afonso, por todo o afecto, pela paciência ao ouvir, vezes sem conta, explicações de Medicina Dentária e por ter estado sempre ao meu lado.

Ao meu irmão André, por toda a amizade e por estar sempre pronto para me ajudar.

Por último e em primeiro lugar, agradeço meus pais, Joaquim e Manuela, pelo seu amor incondicional, por fazerem de mim quem sou e por me proporcionarem a oportunidade de estudar o que sempre ambicionei.

# Índice

<b>I. Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Desenvolvimento.....</b>	<b>5</b>
<b>II.1. Revisão Bibliográfica .....</b>	<b>5</b>
II.1.i. Saúde Oral .....	5
II.1.ii. Saúde oral e OMS – perspectivas e realidades .....	6
II.1.iii. Saúde oral e estilos de vida – percepções .....	6
II.1.iv. Acesso aos cuidados de saúde oral .....	11
II.1.v. Saúde oral em Portugal – realidades e perspectivas .....	12
II.1.vi. Saúde oral, necessidades normativas versus necessidades sentidas e procura .....	14
II.1.vii. Existência de Clínicas Pedagógicas .....	16
II.1.viii. Saúde oral, nas Clínicas Pedagógicas da UFP – FCS .....	19
II.1.ix. Objectivos da primeira consulta Médico – Dentária .....	20
II.1.x. Doenças orais – prevenção e tratamento .....	21
<b>II.2. Material e Métodos.....</b>	<b>26</b>
<b>II.3. Resultados .....</b>	<b>32</b>
II.2.i. Caracterização dos pacientes .....	32
II.2.ii. Caracterização da história clínica dos pacientes .....	35
II.2.iii. Caracterização dos hábitos dos pacientes .....	37
II.2.iv. Caracterização do motivo da consulta (necessidade sentida) e dos tratamentos necessários (necessidade normativa) .....	39
II.2.v. Dor .....	45
II.2.vi. Hábitos de higiene oral e última consulta no Médico Dentista .....	46
II.2.vii. Índice CPOd e Índice de Placa de Silness e Løe .....	48
II.2.viii. Caracterização quantitativa da dentição .....	49
II.2.ix. Caracterização da assiduidade do paciente .....	50
II.2.x. Continuidade do tratamento .....	52
II.2.xi. Caracterização da prestação de cuidados de saúde oral .....	53
<b>II.4. Discussão dos resultados.....</b>	<b>59</b>
II.3.i. Distribuição da amostra observada segundo o género e a idade .....	59
II.3.ii. Distribuição da amostra observada segundo a residência .....	59
II.3.iii. Distribuição da amostra observada segundo a classificação de Graffar .....	60
II.3.iv. Distribuição da amostra observada segundo o interesse dos pacientes .....	60
II.3.v. Presença de patologia .....	61
II.3.vi. Farmacoterapia .....	61
II.3.vii. Tabagismo .....	62
II.3.viii. Consumo de bebidas alcoólicas .....	62

---

II.3.ix. Motivo da consulta (necessidade sentida ou procura) _____	63
II.3.x. Tratamentos necessários (necessidade normativa) _____	66
II.3.xi. Dor _____	68
II.3.xii. Hábitos de higiene oral _____	68
II.3.xiii. Visitas ao Médico Dentista _____	69
II.3.xiv. Índice CPOd _____	70
II.3.xv. Índice de placa de Silness e Løe _____	71
II.3.xvi. Dentição _____	71
II.3.xvii. Caracterização da assiduidade do paciente _____	72
a) Número de Consultas realizadas .....	72
b) Número de faltas .....	72
c) Número de desmarcações.....	72
II.3.xviii. Continuidade do tratamento _____	73
II.3.xix. Tratamentos recebidos _____	73
II.3.xx. Método auxiliar de diagnóstico – raio-X intraoral _____	75
II.3.xxi. Prescrição de Fármacos _____	75
II.3.xxii. Consultas por áreas de atendimento _____	76
II.3.xxiii. Motivo da consulta, tratamentos necessários e tratamentos recebidos _____	76
<b>III. Conclusões .....</b>	<b>79</b>
<b>IV. Bibliografia</b>	
<b>Anexos.....</b>	<b>i</b>
Questionário .....	ii
Gráficos .....	iii

---

## Índice de tabelas e de ilustrações

Tabela I – Caracterização da idade dos pacientes na consulta de triagem. ....	32
Tabela II – Residência dos pacientes. ....	33
Tabela III – Classificação de Graffar. ....	33
Tabela IV – Interesse do paciente. ....	34
Tabela V – Presença de patologia, por grupos de idades. ....	36
Tabela VI – Farmacoterapia, por grupos de idade. ....	37
Tabela VII – Tabagismo. ....	38
Tabela VIII – Consumo de bebidas alcoólicas. ....	39
Tabela IX – Motivo da consulta (necessidade sentida ou procura). ....	40
Tabela X – Motivo da consulta, por grupos de idade. ....	41
Tabela XI – Tratamentos necessários (necessidade normativa). ....	42
Tabela XII – Tratamentos necessários (necessidade normativa), por grupos de idade. ....	43
Tabela XIII – Caracterização do número de dentes que necessita tratamento. ....	44
Tabela XIV – Caracterização dos indivíduos que necessitam exodontia. ....	44
Tabela XV – Caracterização da necessidade de reabilitação oral com prótese. ....	45
Tabela XVI – Avaliação qualitativa da dor pela Escala Subjectiva de Faces. ....	45
Tabela XVII – Caracterização da frequência de escovagem dos dentes. ....	46
Tabela XVIII – Utilização de outros métodos de higiene oral. ....	47
Tabela XIX – Caracterização do tempo desde a última consulta no Médico Dentista. ....	48
Tabela XX – Caracterização do Índice CPOd em indivíduos maiores de 18 anos. ....	48
Tabela XXI – Caracterização do Índice de placa de Silness e Løe em indivíduos maiores de 18 anos. ....	49
Tabela XXII – Caracterização quantitativa da dentição, em função do género. ....	50
Tabela XXIII – Caracterização do número de consultas recebidas. ....	51
Tabela XXIV – Caracterização do número de faltas. ....	51
Tabela XXV – Caracterização do número de desmarcações. ....	52
Tabela XXVI – Continuidade do tratamento. ....	52
Tabela XXVII – Percentagem de indivíduos que recebeu tratamentos. ....	53
Tabela XXVIII – Tratamentos recebidos. ....	54
Tabela XXIX – Tratamentos recebidos, por grupos de idade. ....	55
Tabela XXX – Utilização do raio-X intraoral – método auxiliar de diagnóstico. ....	56
Tabela XXXI – Prescrição de fármacos. ....	56
Tabela XXXII – Total de consultas recebidas por área de atendimento. ....	57
Tabela XXXIII – Total de consultas recebidas por área de atendimento e grupo de idade. ....	58
Ilustração 1. ....	77
Ilustração 2. ....	78

---

## Índice de abreviaturas

- ADA – *American Dental Association*
- APA – *American Psychiatric Association*
- AVC – Acidente Vascular Isquémico
- BDA – *British Dental Association*
- CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário
- CPOd – Cariados, Perdidos e Obturados (por dente)
- DMF – *Decayed, Missing and Filled*
- DTM – Desordem temporomandibular
- FCS – Faculdade de Ciências da Saúde
- FMDUL – Faculdades de Medicina Dentária Universidade de Lisboa
- FMDUP – Faculdades de Medicina Dentária Universidade do Porto
- FMUC – Faculdades de Medicina Universidade de Coimbra
- HDA – *Health Development Agency*
- IP – Índice de Placa
- ISCSEM – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz
- LDL – *Low Density Lipoprotein*
- NIAAA – *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*
- NIH – *National Institute of Health*
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PF – Prótese Fixa
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PPR – Prótese Parcial Removível
- PT – Prótese Total Removível
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SOG – Saúde Oral na Gravidez
- SOPI – Oral nas Pessoas Idosas
- TENC – Tratamento Endodóntico Não Cirúrgico
- UCP – Universidade Católica Portuguesa
- UFP – Universidade Fernando Pessoa
- WHO – *World Health Organization Geneva*

“Três classes de pessoas que são infelizes: a que não sabe e não pergunta, a que sabe e não ensina, a que ensina e não faz”

**Santo Beda Venerável**

“Ver com os próprios olhos, sentir e julgar sem sucumbir à fascinação da moda, poder dizer o que se viu, o que se sentiu, com um estilo preciso ou por uma expressão artisticamente cinzelada, que maravilha!”

**Albert Einstein**

## I. Introdução

A necessidade leva à procura. Uma correcta anamnese e observação clínica permitem diagnosticar, não só a queixa principal que leva o paciente a procurar cuidados de saúde mas, um conjunto de informações relevantes sobre o seu estado geral de saúde.

Estudos cuidadosos, sobre os efeitos das doenças orais e o acesso aos cuidados de saúde, são necessários para responder a várias questões sobre o funcionamento dos serviços de Medicina Dentária. Questões como: quais as principais necessidades de saúde oral da população, qual a dimensão da procura e qual a capacidade de resposta, qual o grau de eficiência da prevenção duma doença, deverão ser respondidas para um correcto funcionamento das instituições prestadoras de serviços Médico – Dentários (Dunning, 1980).

Existem quatro categorias de necessidade: necessidade normativa, definida pelo Médico Dentista, necessidade sentida, que é equiparável a vontade, necessidade expressa ou procura, onde a necessidade sentida é transformada numa acção e necessidade comparativa, resultante da comparação entre pessoas com características semelhantes. O conceito de necessidade é essencial, para o planeamento e a avaliação dos serviços de saúde (Ekanayake *et al.*, 2001).

Há grande disparidade entre as necessidades sentidas pelo paciente e as necessidades normativas. Estas últimas são, significativamente, maiores que as primeiras (Ekanayake *et al.*, 2001). Como exemplo, o caso específico das crianças, onde o conhecimento da saúde oral destas, por parte dos seus pais, se revela muitas vezes insuficiente (Goodman *et al.*, 2004).

Medir as consequências das doenças orais, tais como a prevalência de dor dentária, atribui valor para o impacto das mesmas na população estudada e poderá facilitar a gestão dos recursos materiais. Da mesma forma, é importante identificar as diferentes variáveis (como idade, género, nível socioeconómico) para definir subgrupos na população (Alkhatib *et al.*, 2002).

As patologias orais são multifactoriais. Factores socioeconómicos poderão estar relacionados com saúde oral, devido aos efeitos no acesso aos cuidados de saúde, regularidade de consultas no Médico Dentista, hábitos de higiene oral, tipo de dieta e crenças. Hábitos sociais tais como tabagismo e alcoolismo representam, igualmente, um risco para a saúde oral e perda dentária. A idade, o tipo de patologias associadas e a farmacoterapia são factores a ter em conta (Klein *et al.*, 2004).

A qualidade de vida está relacionada com saúde oral, definindo-se como o juízo pessoal sobre o modo como os seguintes factores afectam o bem-estar: factores funcionais, como a mastigação e a fonética; factores psicológicos, que se referem à aparência pessoal e auto-estima; factores sociais, que se relacionam com os anteriores; e factores como a dor e incómodo (Inglehart *cit. in.* Sala e García, 2005).

As Clínicas Pedagógicas da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde (UFP - FCS), são parte integrante da aprendizagem na Licenciatura em Medicina Dentária. Os alunos são os principais prestadores de cuidados primários e preventivos, de saúde oral. Aos docentes cabe a supervisão e avaliação dos procedimentos efectuados, tendo a última responsabilidade pelos mesmos. As Clínicas Pedagógicas funcionam em regime de consultas integradas ou por especialidade, correspondendo a uma disciplina específica. Casos de maior dificuldade, para os quais os alunos não se encontrem preparados, serão efectuados por docentes em consulta diferenciada.

Além da aquisição de conhecimentos e de prática clínica, essencial na formação do aluno, existe um componente inerente: a prestação de cuidados de saúde à população. Trata-se de uma resposta às necessidades e à procura de cuidados de saúde oral.

Na tentativa de alcançar a correcta resposta às carências existentes na população, é necessário estudar o padrão de necessidade que leva as pessoas a procurar os cuidados de saúde oral. Este estudo poderá ser uma mais-valia na organização da instituição, uma vez que tem como objectivo averiguar: o tipo de tratamento mais comum, as principais preocupações dos pacientes na sua saúde oral, o motivo principal da consulta, os tratamentos necessários e os efectivamente recebidos. Todos estes parâmetros, conjuntamente com a caracterização dos pacientes, nomeadamente: faixa etária, género,

condição socioeconómica, higiene oral, hábitos e o meio onde residem, permitem alcançar uma visão global do estado de saúde oral da população que procura os serviços destas Clínicas Pedagógicas. Permitem ainda aferir conclusões sobre a capacidade de resposta e a adesão do paciente ao tratamento, através de uma segunda recolha de dados, determinando o número de consultas efectuado, área de atendimento e assiduidade do paciente.

A curiosidade científica sobre os parâmetros acima mencionados, ao longo de todo o meu percurso académico, influiu decisivamente para a realização deste estudo

Uma vez que nunca foi efectuado um estudo de campo sobre esta temática, torna-se relevante e necessário a sua realização. Pelo qual, se tomou a iniciativa de realizar um estudo das necessidades e procura de tratamento, durante o período compreendido entre o dia 6 de Novembro de 2007 e o dia 23 de Junho de 2008, numa população recorrente à primeira consulta (triagem) nas Clínicas Pedagógicas da UFP – FCS, freguesia de Paranhos, Porto.

Previamente ao estudo de campo, efectuou-se uma pesquisa bibliográfica inicial entre 1 e 31 de Outubro de 2007, em motores de busca *on-line* da PUB-MED, Science, Medcenter, Biomed Central e Google, na biblioteca da FCS – UFP e na biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. As palavras-chave utilizadas foram: *access, alcohol, attendance, common, demands, dental, DMF, health, hygiene, main complain, necessity, needs, oral, prevention, tobacco, tooth-loss e treatment*. Compreendeu publicações entre 1980 e 2008, foram incluídos artigos científicos, literatura científica e publicações *on-line*.

Para recolha de informação foi aplicado um questionário a uma amostra populacional de conveniência, que abordou os objectivos acima mencionados. Essa informação foi introduzida no programa Microsoft Office Excel® 2003 e posteriormente transferidos para o programa Epi Info™ versão 6,04, através do qual se procedeu à análise estatística dos dados. Para a análise estatística dos resultados utilizou-se o método de análise não paramétrico, teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Calculou-se a média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e efectuou-se a distribuição de frequências para as variáveis

qualitativas. Os resultados foram expressos em valores percentuais e apresentados em tabelas. As variáveis contínuas foram comparadas utilizando o teste de Kruskal-Wallis. As proporções foram comparadas através do teste Qui-quadrado (com correcção de Yates) quando o valor esperado era inferior a vinte e a Prova Exacta de Fisher, quando este valor era inferior a cinco.

Em toda a análise estatística foi considerado um índice de confiança (IC) de 95%, com um erro  $\alpha$  igual a 5%.

Os resultados deste trabalho possibilitaram caracterizar a amostra populacional de 126 indivíduos, as suas necessidades e a prestação de cuidados de saúde oral. Relativamente às necessidades, estes dados revelaram uma procura tardia dos respectivos cuidados e em que, dos indivíduos da amostra, 28,6% referiu a dor como motivo da consulta, sendo que a maioria necessitava tratamentos restauradores (90,5%) e de exodontias (60,1%), em detrimento da prevenção primária. A necessidade de reabilitação estava presente 43,7% dos indivíduos. Apenas 4,8% da população possuía saúde oral óptima. Para indivíduos maiores que 18 anos foram aplicados: o índice de CPOd, que obteve o valor aproximado de 18,3 e o índice de placa de Silness e Løe com o valor de 1,4. Foram concedidas 418 consultas em 4 meses, 457 tratamentos, dos quais os restauradores figuram no topo, existiram 74 faltas, 6 desmarcações e a área de atendimento clínico que forneceu maior número de consultas foi Clínica Integrada, dado o seu carácter generalista. A maioria de 87,3% dos indivíduos deu continuidade aos tratamentos.

## II. Desenvolvimento

### II.1. Revisão Bibliográfica

#### II.1.i. Saúde Oral

O conceito clássico de saúde define-se como a ausência de doença e invalidez. No entanto, esta definição não corresponde à realidade, porque pressupõe a existência de uma linha clara entre o normal e o patológico, que nem sempre existe. Também não contempla a variabilidade da normalidade, em função do tempo, nem o carácter social. (Sala e García, 2005). A OMS (Organização Mundial de Saúde) atribui ao conceito de saúde uma definição mais completa, descrevendo-a como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social” (*cit. in* Sala e García, 2005).

Analogamente, Volpato e Figueiredo (2005) consideram que a saúde não é definida apenas por bem-estar físico. Características como a autodeterminação, criatividade, interação social e liberdade, são atributos de saúde. A saúde não é só uma condição individual, mas populacional, e expressa-se através da mobilização dos indivíduos, para ultrapassarem as suas necessidades.

Existe um interesse mundial em alcançar serviços de saúde mais eficientes, tentando diminuir os custos sem comprometer a qualidade, ao mesmo tempo que assistimos a crescentes avanços tecnológicos, alterações demográficas e maiores expectativas dos pacientes (Séiquer e Joaquín, 2005).

Na área da saúde oral e nos países mais desenvolvidos, em que existem meios humanos e materiais disponíveis, a prevalência de doenças orais é alta (Alkhatib *et al.*, 2002).

O planeamento dos serviços de saúde oral numa população deve disponibilizar informação sobre problemas específicos de saúde, para melhorar a compreensão das necessidades reais da população, criando uma maior afluência aos serviços (McGrath *cit. in* Alkhatib *et al.*, 2002).

Uma sociedade que não considera a saúde como um bem essencial, é provável que experiencie disparidades nos índices de saúde oral e no acesso aos cuidados (Garcia, 2005).

### **II.1.ii. Saúde oral e OMS – perspectivas e realidades**

As doenças orais mais comuns são a cárie e as doenças periodontais. Segundo a WHO, 60 a 90% das crianças de todo o mundo, e a grande maioria dos adultos, têm cáries. A doença periodontal severa varia entre 5 a 20% nos adultos de meia-idade, dependendo das regiões, e está fortemente associada ao tabaco. A fenda palatina (defeito de nascimento) ocorre em cada 1 de 500 – 700 nascimentos; e 40 a 50% das pessoas seropositivas padecem de fungos orais, infecções bacterianas ou virais. A WHO considera que nos países desenvolvidos, uma percentagem de 5 a 10% da despesa pública em saúde, remete para a saúde oral (WHO, 2007).

As actividades de saúde oral da WHO estão integradas no *Departement of Chronic Diseases and Health Promotion*, tendo como objectivos: elevar o conhecimento sobre o flagelo global das doenças crónicas, criar ambientes de saúde, especialmente em populações pobres, abrandar e reverter os hábitos de risco, tais como dietas prejudiciais e o sedentarismo, e prevenir as mortes prematuras e sequelas devido às doenças crónicas. Para diminuir as doenças orais e evitar os tratamentos dentários, a WHO refere que deve existir uma diminuição do consumo de açúcares e aplicação de substâncias fluoretadas, com vista a diminuir a incidência de cáries e perdas dentárias, assim como a cessação do tabaco e diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, factores de risco do cancro oral para além do uso de protecções faciais nos desportos e, equipamentos adequados nos veículos motorizados, para diminuir as lesões faciais. Os serviços de saúde são elementos essenciais na prevenção de saúde oral (WHO, 2007).

### **II.1.iii. Saúde oral e estilos de vida – percepções**

As atitudes e os comportamentos dos pacientes face à saúde são difíceis de alterar. Os profissionais de saúde, entre eles, o Médico Dentista, são abordados pelo paciente com o objectivo de solucionar um problema que este padece. Existe uma mentalidade

“curativo – restauradora” enraizada na população, fruto da passividade dos pacientes face à sua saúde oral. Deveriam ser feitos esforços no sentido de evitar o aparecimento da doença e tal prevenção só pode ser conseguida através da educação. A educação é um factor de transformação social (Volpato e Figueiredo, 2005).

Avaliar a ausência dentária é um factor de quantificação de saúde oral. Também as cáries, doença periodontal, cancro oral e faríngeo, a nível populacional, são medidas utilizadas na quantificação da saúde oral (Lamster, 2004). Conhecer o meio social em que o paciente está inserido é de vital importância. As condições de vida e de trabalho qualificam a forma como pensam, sentem e agem, relativamente à promoção da sua saúde (Silva e Fernandes, 2001).

Relativamente aos hábitos de higiene oral, as autoridades em saúde oral, American Dental Association (1988) e National Institutes of Health (1991), recomendam que os adultos devem escovar os dentes e passar fio dentário, pelo menos uma vez ao dia, e ainda realizar *check-up* dentário regularmente, para prevenir e obter tratamento precoce dos problemas de saúde oral. A saúde oral e a adesão a estas recomendações nos Estados Unidos tem vindo a melhorar, no entanto, estas recomendações são seguidas apenas por uma minoria (*cit. in Ronis et al., 1994*).

Ainda, no que se refere aos Estados Unidos da América, existem programas eficientes, que consideram medidas preventivas para a população jovem como a fluoretação da água e a aplicação de selantes de fissuras, no entanto para a população idosa não existe essa mesma preocupação de suprir as necessidades de saúde oral. Porém, procedimentos efectivos e relativamente económicos podem ser empregues para facilitar o acesso aos cuidados, tais como vernizes de flúor e colutórios de Clorohexidina (Lamster, 2004).

É importante referir que o controlo da saúde oral não termina com a reabilitação através de prótese total removível, em pacientes edentulos. É necessário um correcto seguimento do caso, uma vez que as estruturas ósseas não são estruturas estáticas e a reabsorção óssea continua a fazer-se sentir, mesmo no paciente reabilitado. Próteses dentárias mal adaptadas dificultam a mastigação, pioram a nutrição e aumentam a

reabsorção óssea. Os controlos devem ser realizados, vigiando o aparecimento de doenças oncológicas, problemas nas mucosas e fluxo salivar (Lamster, 2004).

A colaboração de outros provedores de cuidados de saúde, próximos dos idosos, das crianças e restantes faixas etárias, deve ser encorajada. Estes podem esclarecer necessidades e incentivar a visita ao Médico Dentista (Lamster, 2004).

Entre os hábitos sociais e estilos de vida, torna-se relevante abordar os hábitos: etílico e o tabágico, ambos nocivos para a saúde em geral e em particular para a saúde oral.

No que respeita ao alcoolismo, a *American Psychiatric Association* (1994) define o alcoolismo como uma doença, na qual existem duas componentes distintas, nomeadamente o abuso de álcool e a dependência do mesmo (*cit. in* Friedlander *et al.*, 2003). O abuso de álcool ocorre numa fase inicial, e distingue-se pelo consumo repetido de bebidas alcoólicas, com alteração comportamental, mas sem existirem consequências nocivas permanentes. A dependência do álcool é um estadio avançado da doença, caracterizado pela dependência fisiológica. A abstinência deste hábito provoca sintomas, tais como insónia, sudorese, aumento da frequência cardíaca, ansiedade, náuseas, vómitos e xerostomia (Friedlander *et al.*, 2003).

Um dos efeitos secundários mais comuns do álcool é a hipertensão, combinada com o aumento dos triglicéridos e lipoproteínas de baixo peso molecular (LDL), elevando o risco doenças coronárias e cerebrovasculares (Friedlander *et al.*, 2003). De igual forma, causa danos no fígado, diminuindo a capacidade de metabolizar medicamentos, de filtrar os eritrócitos e produzir a sua função na produção de plaquetas. Funciona, ainda, como um irritante do tracto gastrointestinal. O consumo excessivo e prolongado, pode causar gastrites, úlceras pépticas, cancro na cavidade oral, orofaringe, faringe, laringe, esófago e estômago e em 20% das pessoas causa cirroses e pancreatites (Falck-Ytter e McCullough *cit. in* Friedlander e Dean, 2006).

A nutrição pode, igualmente, estar comprometida. O consumo crónico de álcool causa má absorção do ácido fólico, vitamina B1 (tiamida), D e K, assim como a excreção de magnésio e zinco (Markowitz *et al. cit in* Friedlander *et al.*, 2003).

Existe uma forte correlação entre o consumo de álcool e o risco de desenvolver cancro da cavidade oral e faringe (Doll et al, cit. in Miller, 2006). Segundo o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), aproximadamente 50% dos casos de cancro da cavidade oral e faringe, estão associados a hábitos etílicos (cit. in Miller, 2006).

O Médico Dentista deve fornecer, por rotina, informação e educação, com vista a eliminar este hábito. No entanto, poucos são os que o fazem. Warnakulasuriya (1999) observou que em Inglaterra, apenas 20% dos Médicos Dentistas efectuem esta rotina (cit. in Miller, 2006).

No que respeita aos achados orofaciais, em indivíduos com padrões de consumo crónico de álcool existe o risco aumentado de ocorrer sialose (hipertrofia bilateral das glândulas parotídeas), provocando a diminuição do fluxo salivar e da capacidade tampão da saliva. Por sua vez, o risco de cáries e doença periodontal está aumentado (Dutta *et al.* e Novacek *et al. cit. in* Friedlander *et al.*, 2003). Segundo Weijden (2001), o simultâneo habito etílico e tabágico, aumenta o risco de doença periodontal e, conseqüente, perda de peças dentárias (*cit in* Friedlander *et al.*, 2003). Entre os sinais e sintomas estão: glossite, gengivite e queilite angular (Schottenfeld e Pantaloni *cit. in* Friedlander *et al.*, 2003). Ainda pode ocorrer sangramento excessivo, devido à deficiente coagulação (insuficiente maturação dos megacariócitos, devido ao défice de trombopoietina).

O tratamento do alcoolismo baseia-se na desintoxicação e reabilitação. A recorrência a fármacos é comum, tais como anti-depressivos e  $\beta$ -bloqueantes. O apoio psicológico é essencial (Friedlander *et al.*, 2003).

Relativamente ao tabaco e apesar dos esforços que têm vindo a desenvolver-se na área da prevenção, a WHO estima que anualmente ocorram 4,9 milhões de mortes relacionadas com o tabaco, sendo o cigarro o único produto legal que mata através do consumo regular (*cit. in* Fraga, *et al.*, 2005).

Segundo Lopez *et al.* (1994) *cit. in* Fraga, *et al.* (2005), os fumadores apresentam uma diminuição da esperança média de vida de 10 anos. Já Lima (2002) e Dolan-Muller

(1994) referem que os efeitos nefastos causados na gravidez pelo tabaco, que é associado a aborto espontâneo, gravidez ectópica, morte fetal *in útero*, parto pré-termo e baixo peso ao nascimento, estimando-se uma redução de morte infantil de 10%, eliminando o tabaco (*cit. in Fraga, et al., 2005*).

O tabaco possui um impacto social, sobretudo no que se refere a gastos em saúde, absentismo ou incapacidade precoce, e cria um menor poder de compra de bens essenciais. O tabaco é uma das principais causas de morte evitável. Além do cancro do pulmão, o tabaco é causa directa ou provável de outros cancros (cavidade oral, laringe, esófago, estômago, rim, bexiga); de doenças coronárias, como o acidente vascular cerebral, doença vascular periférica e enfarte do miocárdio; e de doenças pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crónica, enfisema pulmonar, otites). A maioria das doenças associadas ao tabaco apresenta um período longo de latência, existindo um desfaseamento entre o consumo e a carga de doenças associadas (Fraga, *et al., 2005*). Diversos estudos populacionais revelam que os fumadores possuem um risco de cancro oral, duas a cinco vezes, superior aos indivíduos não fumadores. O risco aumenta com o número de cigarros fumados e os anos de permanência do hábito (Blot *et al., Hayes et al., Spitz et al., Marshberg et al., Schwartz et al. cit. in Winn, 2001*).

Fumar é, ainda, um factor de risco na doença periodontal e dificulta o processo curativo da cirurgia periodontal. O número de cigarros fumados ao dia é relevante para averiguar o risco de doença periodontal (Tomar *et al. cit. in Winn, 2001*). Stevens *et al.* (1995) realizou um estudo em pacientes acompanhados durante sete anos, e chegou à conclusão que os fumadores apresentavam menor redução de bolsas e maior mobilidade dentária (*cit. in Winn, 2001*).

O consumo de tabaco em Portugal revela um aumento da disponibilidade de tabaco *per capita*, de 1805 cigarros por adulto em 1980, para 1998 no ano de 2000 (American Câncer Society *cit. in Fraga, et al., 2005*).

A cessação do tabagismo passa por programas e políticas e controlo do consumo, que devem possuir os seguintes objectivos: diminuir a incidência e a prevalência de fumadores, regulamentar condições de venda e produção, proteger os não fumadores do

fumo passivo e criar um clima em que fumar não seja norma (Nunes *et al. cit. in* Fraga, *et al.*, 2005).

Portugal criou medidas de apoio aos fumadores que desejam abandonar o hábito, que incluem medicamentos que substituem a nicotina no processo de desabituação, entre outros meios de apoio, como linhas telefónicas, grupos de entreatajuda e sítios de internet. Existem, além do cigarro, outras formas de consumo de tabaco igualmente nefastos para a saúde, como por exemplo o tabaco de mascar e o tabaco de cachimbo, embora sejam menos comuns em Portugal (Fraga, *et al.*, 2005).

A saúde é um direito humano fundamental e uma necessidade universal. Não é possível atingir um grau de bem-estar e saúde, em geral, quando se carece de boa saúde oral (George *et al.*, 2007).

#### **II.1.iv. Acesso aos cuidados de saúde oral**

O acesso aos cuidados de saúde é um elemento essencial na avaliação da qualidade dos serviços de saúde e contribui para a procura dos mesmos por parte do utente. Segundo Acurcio e Guimarães *cit. in* Ramos e Lima (2003), o acesso aos cuidados de saúde pode ser definido pela capacidade de obter cuidados de saúde, quando necessário, de forma simples e conveniente para o utente.

Relaciona-se com as condições de vida, o nível educacional e socioeconómico, localização geográfica dos serviços de saúde e, com a oferta de serviços adequados às necessidades da população (Unglert *cit. in* Ramos e Lima). O serviço de saúde deve fornecer a resposta adequada e atempada, não só às necessidades individuais, mas também às colectivas. Assim como atribuir prioridade às urgências (Ramos e Lima, 2003).

Segundo Adami existem diversos obstáculos à utilização dos serviços de saúde, como por exemplo o custo, a localização, a organização e tempo necessário para ser atendido (*cit. in* Ramos e Lima, 2003).

No caso das crianças o acesso aos cuidados de saúde deve ser considerado como uma preocupação de saúde pública, especialmente nos níveis socioeconómicos baixos (Siegal e Marx, 2005).

Rockville aponta os níveis socioeconómicos baixos como aqueles que possuem maior carência de saúde oral e mais dificuldades de acesso (*cit in Zittel-Palamara et al.* 2005).

Oliveira confirma que após criação de um vínculo entre o utente e o serviço de saúde e/ou profissional, dificilmente o utente, mesmo mudando de residência, irá alternar para um outro serviço de saúde (*cit. in Ramos e Lima, 2003*). Quando o serviço de saúde está próximo da residência do utente e a qualidade do atendimento é garantida por familiares e amigos, a opção recai sobre esse serviço. No entanto, o factor geográfico parece ser menos relevante do que a confiança no serviço de saúde (Ramos e Lima, 2003).

Existe uma propensão para incluir as necessidades em saúde oral no final das prioridades, prolongando as patologias, a maior parte delas de cariz evolutivo e destrutivo, o máximo de tempo possível (Zittel-Palamara *et al.* 2005). Muitas vezes, a razão que impulsiona a procura de tratamento é a sintomatologia dolorosa.

#### **II.1.v. Saúde oral em Portugal – realidades e perspectivas**

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004 – 2010 define estratégias para melhorar a saúde da população portuguesa, através da implementação de diversos programas de índole nacional, incluindo aspectos relacionados com a saúde oral, de entre os quais, o PNS das pessoas idosas e dos jovens (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Possui três grandes objectivos: obtenção de ganhos de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida, utilização dos instrumentos necessários para a inovação do sistema de saúde e reorientando a prestação de cuidados, garantir a efectivação do plano e a sua actualização (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

As doenças orais, como por exemplo a cárie dentária e as doenças periodontais, são um importante problema de saúde pública. Isto porque além de afectarem grande parte da população, também influenciam os níveis de saúde, de bem-estar e qualidade de vida. Contudo, são modificáveis através de estratégias de intervenção adequadas e eficazes (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

Foi com esta base, que o Orçamento de Estado para 2008 considerou a saúde oral como uma prioridade, especialmente no que se refere à prevenção e dirigido a segmentos da população como as crianças, as grávidas e os idosos. Esta decisão do Governo surge com intenção de fomentar a prevenção e o controlo das doenças, com actividades de educação na higiene oral e na alimentação, promoção da resistência dentária e tratamento precoce (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

As mulheres grávidas são um grupo de risco, pelas alterações hormonais, que aumentam a frequência da doença periodontal, e pelas práticas de higiene oral, que podem favorecer o surgimento de cáries, caso sejam inadequadas (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

No que concerne aos idosos, torna-se necessário implementar medidas que diminuam o risco de problemas de saúde oral, tais como doenças periodontais e a perda de peças dentárias. Têm que ser dadas respostas às suas necessidades, especialmente no que respeita a baixos níveis económicos e de literacia em saúde. Assim, foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 252/2007 de 5 de Julho, um reembolso de 75% em aquisição ou manutenção de próteses dentárias removíveis (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral pretende assegurar a prestação de cuidados que supram as necessidades dos mais vulneráveis, garantindo um melhor acesso aos cuidados de saúde. Este programa abrange crianças e jovens até aos 16 anos, mulheres grávidas e pessoas idosas que beneficiem do complemento solidário (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

O Projecto de Saúde Oral na Gravidez (SOG) e Projecto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas (SOPI), visam promover a saúde oral nas grávidas e nos idosos, respectivamente.

Estes projectos ambicionam diminuir a incidência e prevalência das doenças orais, promovendo o tratamento e prevenção das mesmas. Os objectivos centram-se na avaliação da situação actual da saúde oral, dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e pretende-se garantir o acesso às grávidas aos cuidados de Medicina Dentária, no que concerne ao diagnóstico, prevenção e tratamento, designadamente da cárie dentária e doença periodontal (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

O fornecimento de cuidados estará a cargo dos Médicos Dentistas e Estomatologistas, e o pagamento será financiado através de “cheques – dentista”, adquiridos no Centro de Saúde. Inicialmente é entregue um “cheque – dentista”, após o indivíduo em questão ser referenciado e os restantes cheques apenas serão ofertados caso a situação clínica o justifique (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

No que respeita ao projecto **SOG**, os “cheques – dentista” serão no máximo três e cobrem os tratamentos, preventivos e/ou curativos, necessários para suprimir as cáries activas da grávida. Pode alargar-se até 60 dias pós – parto (Direcção-Geral da Saúde, 2008). As pessoas idosas, abrangidas pelo projecto **SOPI** (utentes do SNS), têm direito a dois “cheques – dentista” por ano, possibilitando o acesso aos cuidados de saúde necessários para preparar a eventual aplicação de próteses dentárias, bem como identificar outros problemas de saúde oral (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

#### **II.1.vi. Saúde oral, necessidades normativas versus necessidades sentidas e procura**

Como foi referido anteriormente, as necessidades normativas resultam da avaliação completa do estado geral e oral de saúde, realizada pelo Médico Dentista, enquanto que as necessidades sentidas revertem à auto-avaliação do paciente. Estas últimas levam às necessidades expressas ou procura.

Existem grandes disparidades entre a visão do Médico Dentista sobre a saúde oral e a dos pacientes (Mandall *cit. in* Alkhatib *et al.*, 2002). Por norma, as necessidades sentidas são inferiores às necessidades normativas (Ekanayake *et al.*, 2001).

A não percepção das necessidades reais pode resultar dum baixo nível socioeconómico, das prioridades de cada um e da falta de motivação, especialmente quando os dentes anteriores não estão afectados (Kuthy *cit. in* Goodman *et al.*, 2004).

Esta divergência de percepção das necessidades, normativas e sentidas, pode afectar a utilização dos serviços de saúde oral. No que concerne às crianças, a consciência que os pais têm sobre problemas de saúde oral é sistematicamente inferior aos achados no exame clínico. Neste estudo, Goodman *et al.* (2004) observaram que os níveis socioeconómicos baixos (60%) tinham uma maior percepção dos dentes cariados, relativamente ao grupo com nível socioeconómico alto (36%). As razões apontadas para este facto foram a maior prevalência de cáries, a sintomatologia associada à severidade das cáries e a falta de consultas de controlo, que tornava mais óbvia a presença de cárie, no nível socioeconómico baixo. No entanto, as crianças podem não comunicar aos pais a presença de dor, com receio de ir ao Médico Dentista, o que pode ainda diminuir as necessidades sentidas (Goodman *et al.*, 2004).

No que se refere aos problemas de posição dentária, existe uma discrepância significativa entre as necessidades normativas e a percepção dos indivíduos (inferior), desta vez no que refere a maloclusão, no estudo de Peres *et al.* (2008).

Chambers considera que, no futuro, os pais estarão menos conscientes sobre a saúde oral das crianças que não apresentam sintomatologia, a não ser que aumentem a frequência de consultas Médico – Dentárias (*cit. in* Goodman *et al.*, 2004).

No que respeita aos idosos, mesmo existindo programas específicos de saúde oral, a principal razão para este grupo não procurar os serviços de saúde oral é a não percepção da necessidade (Kiyak *cit. in* Silva e Fernandes, 2001).

A auto-percepção das necessidades relaciona-se com factores clínicos, como dentes cariados, perdidos ou restaurados; factores subjectivos, tais como sintomatologia, capacidade de falar, mastigar e sorrir sem dificuldades; ainda é influenciada pela classe social, idade e género (Reisine *et al. cit. in* Silva e Fernandes, 2001).

Segundo Kiyak *cit. in* Silva e Fernandes (2001), os idosos usufruem de um maior número de consultas nos serviços de Medicina, comparativamente à Medicina Dentária. Este facto poderia dever-se a factores socioeconómicos, mas apesar destes desempenharem um papel significativo, verificou-se que proporcionar cuidados a custo reduzido, não aumentava necessariamente a utilização. Isto porque, os factores mais influentes no acesso são as necessidades sentidas e a motivação face aos cuidados de saúde oral.

Os idosos podem padecer de limitações físicas, que dificultam as rotinas de higiene oral. Mais, a susceptibilidade às infecções está aumentada e, actualmente, as infecções orais são reconhecidas como um factor de risco para diversas condições sistémicas, incluindo doenças cerebro e cardiovasculares, diabetes *mellitus* e desordens respiratórias (Lamster, 2004).

Fox e Eversole advertem para a excessiva farmacoterapia dos idosos e seus vários efeitos secundários ao nível da diminuição do fluxo salivar, comum em mais de 500 fármacos (*cit. in* Lamster, 2004). A redução da saliva pode afectar a qualidade de vida ao reduzir a eficiência da mastigação, deglutição, e leva a problemas tanto dentários, como nas estruturas de suporte (Lamster, 2004). A halitose é frequente nestas situações.

Silva e Fernandes (2001) chegam a uma conclusão semelhante: os pacientes são “optimistas” quanto às suas carências em saúde oral.

### **II.1.vii. Existência de Clínicas Pedagógicas**

A Estomatologia é considerada especialidade em Portugal desde 1910. O programa consiste em 6 anos de Medicina, seguidos de 4 anos estudo de Medicina Dentária, em ambiente hospitalar. A primeira escola de Medicina Dentária abriu no Porto, em 15 de Maio de 1976 (Decreto de lei n.º 368/76), e no ano seguinte, a segunda em Lisboa (Cataldo, 1984). Actualmente existem sete Faculdades de Medicina Dentária em Portugal: na Universidade do Porto (FMDUP), na Universidade de Lisboa (FMDUL), na Universidade de Coimbra (FMUC), na Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU), na Universidade Fernando Pessoa (FCS – UFP), no Instituto

Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM) e Universidade Católica Portuguesa (UCP).

A missão primária das Faculdades de Medicina Dentária é educar os futuros profissionais para dar resposta às necessidades em saúde oral, dos pacientes e da população (Leggott *et al.*, 2002).

Os estudantes da Universidade de Washington têm, igualmente, um componente de prática clínica na sua aprendizagem. Inicia-se no segundo ano lectivo e prolonga-se até ao quarto tal como na FCS – UFP, os tratamentos são supervisionados por vários docentes (Leggott *et al.*, 2002).

As Faculdades de Medicina Dentária propiciam um atendimento clínico a custos reduzidos, o que frequentemente atrai pacientes, como por exemplo os idosos com reformas baixas, incapazes de sustentar os custos de uma clínica particular. Poderá, mesmo assim, persistir a dificuldade de aceitar certos tratamentos mais dispendiosos (Almog *e tal.*, Kadi e Massotto *cit in* Zittel-Palamara *et al.*, 2005).

Leggott *et al.* (2002) compararam os procedimentos e serviços de saúde oral prestados pela Universidade de Washington com as clínicas dentárias privadas. Chegaram à conclusão que os estudantes aplicavam procedimentos e serviços semelhantes, no que respeita ao diagnóstico, prevenção, tratamentos restauradores e tratamentos protéticos. Mesmo a proporção de tratamentos revelou-se idêntica, com a excepção de alguns tratamentos específicos.

A área geriátrica deveria receber especial atenção, na formação dos estudantes (Lamster, 2004).

Os serviços de saúde devem considerar o contributo da Odontologia para a saúde geral do indivíduo. A *American Dental Association* considera que as Faculdades de Medicina Dentária possuem uma prestação de serviços de grande valor na promoção da saúde oral da população, geral e de baixo nível socioeconómico (*cit. in* Lamster, 2004).

A FMDUP possui três tipos de atendimento clínico. A Clínica de Pré-Grado, onde se realizam tratamentos básicos de saúde oral, que funcionam por especialidades de acordo com a formação para cada disciplina e os principais prestadores de serviços são os alunos de pré-graduação, com a tutela dos docentes. As consultas dividem-se em Cirurgia oral, Genética Orofacial, Medicina Dentária Preventiva, Medicina Dentária Conservadora, Medicina Dentária Forense, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Periodontologia e Reabilitação Oral. A Clínica de Estágio possui um atendimento semelhante a uma clínica particular, com consultas executadas por Médicos Dentistas. Ainda possui a Clínica de Mestrados onde são executados tratamentos com maior grau de complexidade, funcionando no âmbito da especialidade (Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. [Em linha]. Disponível <[www.fmd.up.pt](http://www.fmd.up.pt)>. [consultado em 09/10/2008].).

Na FMDUL as Clínicas de Medicina – Dentária constituem unidades onde são ministradas as aulas clínicas aos alunos do 5º e 6º anos do curso de Medicina Dentária e que contam com 48 postos de formação. É nestes postos que os pacientes são atendidos pelos estudantes, supervisionados pelos Docentes das respectivas disciplinas (Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.fmd.ul.pt/comunidade/universitaria.htm>>. [Consultado em 09/10/2008].). Ainda possuem um serviço de consulta externa, efectuada por Médicos Dentistas (Assistentes da FMDUL) que prestam cuidados de saúde oral à comunidade e têm como objectivos: efectuar tratamentos Médico – Dentários aos pacientes; prestar cuidados de higiene oral aos pacientes, estimular junto deles a prevenção das doenças orais e estudar/aplicar os trabalhos de Prótese Dentária e de Ortodontia, nos pacientes (Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.fmd.ul.pt/comunidade/externa.htm>>. [Consultado em 09/10/2008].).

A Clínica Hospitalar do Departamento de Medicina Dentária da FMUC visa proporcionar contacto directo com os doentes e com as suas manifestações patológicas da cavidade oral, estabelecendo relações entre os conhecimentos teóricos e as manifestações no doente (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. [Em linha]. Disponível em <<https://woc.uc.pt/fmuc/class/getpresentation.do?idclass=350&idyear=3>>. [Consultado em 09/10/2008].).

O ensino das técnicas clínicas na CESPU é iniciado no ensino pré-clínico com fantasmas (simulados de pacientes), preparando os alunos para a execução de tratamentos em clínica. Os tratamentos em pacientes são efectuados nos dois últimos anos do curso, de forma supervisionada, iniciando-se com actos simples de prática clínica unidisciplinar e evoluindo para actos mais complexos em clínica integrada, culminando com a realização de Estágios em Clínica Geral Dentária, em Clínica Hospitalar e em Saúde Oral Comunitária, adquirindo a capacidade para efectuar a reabilitação oral global dos pacientes em ambiente real de trabalho (Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário [Em linha]. Disponível em <<http://www.cespu.pt/pt->>). [Consultado em 09/10/2008].).

A Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras dispõe de recursos humanos qualificados nas diferentes áreas de intervenção Médico – Dentária e possui 38 postos de atendimento equipados com sistemas de cadeiras que integram informação digital ao nível do registo clínico e da imagiologia. Disponibilizam à comunidade tratamentos, com custos reduzidos, levados a cabo por alunos do ciclo clínico e supervisionados pelos respectivos docentes. Também possuem consultas externas, realizadas por docentes (Universidade Católica Portuguesa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.crb.ucp.pt/cdu/>>). [Consultado em 09/10/2008].).

#### **II.1.viii. Saúde oral, nas Clínicas Pedagógicas da UFP – FCS**

As Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP possuem oitenta e dois consultórios devidamente equipados onde são atendidos, em média, 120 pacientes por dia. Contempla o atendimento Clínico de pacientes em algumas áreas da Medicina Dentária, que fazem parte do plano curricular do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da referida Faculdade. O interesse da actividade destas Clínicas é puramente de docência / aprendizagem / formação profissional. Assim as actividades de atendimento clínico visam ensinar a conhecer o paciente odontológico, nos seus aspectos físico, psíquico e social para prevenir, diagnosticar e tratar o seu problema de saúde oral. Os alunos iniciam os primeiros semestres de atendimento clínico com tratamentos em áreas específicas: Dentística, Cirurgia Oral, Medicina Oral, Prostodontia, Endodontia,

Periodontia, Odontopediatria, Ortodontia e Oclusão. Este atendimento inicia-se por uma consulta de triagem a todos os pacientes que procuram a Clínica para a resolução dos seus problemas de saúde oral. Esta consulta começa com a realização do exame complementar de diagnóstico – ortopantomografia – que vai ajudar o aluno, conjuntamente com a observação clínica e a elaboração de uma história clínica, a definir o plano de tratamento para cada paciente, sob a orientação do docente responsável, sendo depois encaminhado para a área de atendimento que necessita. O Ensino Clínico do Mestrado tem objectivos perfeitamente definidos, entre eles pode-se realçar: capacitar o aluno de Medicina Dentária para: estabelecer uma relação positiva Médico Dentista/paciente, motivar os pacientes para a saúde oral, integrar e aplicar na sua actividade clínica todos os conhecimentos e habilidades adquiridas na sua formação precedente, estabelecer indicações de alternativas terapêuticas e planos sequenciais de tratamento, estabelecer critérios clínicos de êxito/fracasso, motivar-se para o seu aperfeiçoamento e formação contínua, obter informações epidemiológicas, desenvolver estudos experimentais de aplicação de técnicas e materiais e ainda proporcionar à sociedade um serviço de Medicina Dentária social a nível universitário (Universidade Fernando Pessoa [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt/page.php?intPageObjId=10977>>. [Consultado em 05/03/2008]).

#### **II.1.ix. Objectivos da primeira consulta Médico – Dentária**

Ao realizar-se a primeira consulta deve efectuar-se um questionário que inclua questões sobre os aspectos clínicos, a condição de saúde e a farmacoterapia actual, um exame geral rigoroso e um exame dentário pormenorizado (Cohen e Hargreaves, 2006), isto é elaborar uma história clínica correcta.

Existem diversas definições de história clínica. Segundo Woodall *et all* (1996) a história clínica é o conjunto de dados que permite adquirir ou ampliar o conhecimento sobre o estado de físico e de saúde do indivíduo: como preservá-la, cuidá-la ou recuperá-la. Krustner atribui ênfase à validade judicial do documento, devendo ser elaborado previamente a qualquer tratamento e pelo Médico Dentista. Deve anotar as condições de saúde geral e oral do paciente e ainda deduções do Médico Dentista sobre o perfil do

seu paciente. Todos os tratamentos posteriores devem ser registados. Este documento é confidencial (Krustner, 1999).

O Médico Dentista deve estar atento à principal queixa do paciente, pois esta revela, em muitos casos, informações importantes para o diagnóstico (Cohen e Hargreaves, 2006).

O motivo da consulta deve ser um dos primeiros aspectos a questionar, para determinar a razão principal da procura de tratamento. Este poderá ser variado: dor, transtornos funcionais, diminuição da saliva, dentes com grandes destruições por cárie, hemorragia gengival, mobilidade dentária, má posição dentária, ou apenas *check up* e rotina, entre muitas outras (Kustner, 1999).

### **II.1.x. Doenças orais – prevenção e tratamento**

As doenças têm formas diferentes de evoluir. A história natural, o curso que segue cada doença ao longo do tempo na ausência de tratamento, é muito importante para a prevenção (Sala e García, 2005).

Segundo Leavell e Clark existem três períodos na história natural da doença: o pré-patogénico ou susceptibilidade; o patogénico e o dos resultados. A estes, corresponde um nível de prevenção: primária, secundária e terciária, respectivamente (*cit. in* Sala e García, 2005).

O período pré-patogénico ou de susceptibilidade corresponde aos factores que favorecem ou determinam o começo da doença. Os factores podem ser ambientais (bactérias, vírus, químicos), comportamentais (consumo excessivo de açúcar), endógenos (predisposição genética, género, idade) ou multissectoriais. Ainda é necessário ter em conta os factores de risco (tabagismo, restaurações debordantes, xerostomia). No período patogénico existem duas fases: pré-sintomático, sem sinais clínicos de doença (desmineralização produz cárie subclínica) e a fase de doença clínica, na qual existem alterações significativas para originar sinais e sintomas. O último período da história natural é o resultado do processo, isto é, morte, incapacidade, estado crónico ou recuperação da saúde (Leavell e Clark *cit. in* Sala e García, 2005).

A prevenção primária visa diminuir a probabilidade de ocorrer uma doença. Esta pode ser inespecífica, incidindo sobre o indivíduo, população ou meio ambiente com a finalidade de evitar as doenças em geral; ou específica, acção dirigida no sentido de evitar uma doença singular (exemplo: vacina) (Sala e García, 2005).

Existem considerações específicas em relação às duas maiores doenças orais, cárie e doença periodontal que estão altamente relacionadas com a idade. Estas doenças existem em todas as populações, variando apenas na severidade e prevalência, são irreversíveis e de etiologia multifactorial (World Health Organization Geneva, 1997).

Black em 1914 definiu a cárie dentária como a dissociação química dos sais de cálcio do dente pelo ácido láctico, acompanhada da decomposição da matriz orgânica, que na dentina ocorre depois da dissolução dos sais de cálcio. A perda destes elementos causa uma cavidade no dente. É iniciada sempre do exterior para o interior e ocorre nos locais que favorecem o alojamento ou agregação de microrganismos (*cit. in* Fejerskov, 2005). Os tratamentos preventivos ou restauradores devem resultar na manutenção ou no restabelecimento da forma, função e da estética (Conceição, 2007). A incidência de cárie está intimamente relacionada com a higienização dos dentes (Walter *e tal. cit. in* Volpato e Figueiredo, 2005).

A cárie constitui a doença mais comum nas crianças. Porém, os adultos, e à medida que envelhecem, experienciam menos cáries coronais, mas superior número de cáries radiculares (Lamster, 2004). Segundo Walter e Ferelle, um modo de evitar a instalação da cárie dentária é através de programas preventivos para as crianças, pois “crianças sãs tornar-se-ão adultos sãos” (*cit. in* Volpato e Figueiredo, 2005).

A doença periodontal, pode ser definida como uma doença indolor durante longos períodos de tempo, lentamente progressiva, caracterizando-se por uma inflamação gengival (gengivite) inicial, provocada pela colonização bacteriana (*P.gingivalis*, *Pr.intermedia*, *B.forsythus*, *L.buccalis*, *Fusobacterium spp.*, *T.denticola*, *Ps. micros*, *A.actinomycetemcomitans*) da superfície dentária adjacente que pode progredir através dos tecidos periodontais profundos e origina bolsas periodontais com destruição óssea, mobilidade e avulsão dentária (Martínez, A. B. *et al.* 2001).

As infecções periodontais, que em estados evoluídos são caracterizadas por bactérias Gram negativas, podem representar uma fonte de endotoxinas. Estes microrganismos e endotoxinas acedem ao sistema circulatório, activando uma resposta inflamatória (Lamster, 2004). Beck e Genco afirmam que a doença periodontal aumenta o risco de enfarte do miocárdio e acidente vascular isquémico (AVC) (*cit. in* Lamster, 2004). Manifestam-se através da inflamação e perda de osso alveolar de suporte (Lamster, 2004).

É a causa mais importante da perda de dentes na idade adulta. Nos Estados Unidos da América 60 a 70% da perda dentária, em adultos com mais de 40 anos, deve-se à doença periodontal. Actualmente considera-se como factor etiológico primário os microrganismos da placa bacteriana, na zona do sulco gengival e na bolsa periodontal, produtores de substâncias agressivas. Existem factores modificadores, locais (por exemplo a maloclusão, a respiração bucal, a impactação alimentar) e sistémicos (por exemplo sistema hormonal, drogas, nutrição, envelhecimento, doenças sistémicas, genética), que influenciam a progressão da doença. O objectivo do tratamento periodontal é manter o estado saudável da dentição, durante toda a vida do indivíduo, conseguindo que os contornos gengivais com cor, textura e forma saudável; que a sondagem não provoque hemorragia, que desapareça o edema, que não existam exsudados e que haja resolução completa do processo inflamatório (Martínez, A. B. *et al.* 2001).

A perda dentária e outras condições, como doença periodontal, têm um impacto na qualidade de vida, estando associados a baixos níveis socioeconómicos, baixos níveis de satisfação e a hábitos, tais como tabágicos e etílicos. Apesar de se poder fazer pouco, em relação às doenças associadas, a alteração dos hábitos (tabagismo e alcoolismo) e o aumento do nível de educação, poderá ter efeitos positivos na perda dentária (Klein *et al.*, 2004).

Desordem temporomandibular (DTM) é um termo colectivo, usado para diversos problemas clínicos que envolvam músculos mastigatórios, articulação temporomandibular e/ou estruturas associadas. Os sinais e sintomas mais comuns são dor massetéica, ruídos articulares e limitações de abertura da boca (Wright, 2005).

Segundo Simões, a maloclusão deve-se a alterações na posição dos dentes e surgem devido a problemas de crescimento e desenvolvimento (*cit. in Peres et al., 2002*). São influenciadas por factores do meio ambiente e comportamentais, tais como uma alimentação menos consistente, infecções respiratórias, perda precoce de dentes decíduos, entre outros (Kerosuo, *cit. in Peres et al., 2002*). A maloclusão pode ser considerada como um problema de saúde pública, uma vez que apresenta alta prevalência e possibilidade de prevenção, através de ortodontia interventiva, e tratamento, por ortodontia correctiva, além de ter um cariz social que afecta a qualidade de vida (Draker *cit. in Peres et al., 2002*).

Shaw aponta para o importante papel que a estética exerce sobre a vida social, sendo que a correcta posição dos dentes exerce forte influência sobre a estética do indivíduo e pode influencia-lo profissionalmente (*cit. in Peres et al., 2002*).

Os tratamentos ortodonticos, além de melhorar a estética, têm o objectivo de melhorar a função mastigatória e criar estabilidade no sistema estomatognático. Geralmente é uma necessidade normativa, ou seja, uma decisão do profissional por meio de critérios clínicos. (Peres *et al., 2002*)

O tratamento endodontico é realizado para cessar o progresso da destruição dentária e para aliviar a dor que está, na maioria dos casos, associada. Na população geral, a dor está intimamente relacionada com os tratamentos dentários. Se por um lado a dor conduz à procura de tratamentos, por outro lado serve de razão para evitar o tratamento, pois a tolerância à dor está diminuída, pelo que qualquer medida curativa provoca picos de dor ao paciente. Ainda é necessário considerar que, todos os anos, a população falta ao trabalho devido a odontalgias que afectam a função e também a qualidade de vida. É necessário realizar um diagnóstico diferencial, relativamente as desordens temporomandibulares, sinusites e problemas neurológicos, que podem originar dores referidas (Cohen e Hargreaves, 2006). Segundo Hasselgren (2000), um terço de todas as emergências são do foro endodontico (*cit in. Cohen e Hargreaves, 2006*). Caso o dente não seja susceptível de restaurar, deve-se optar pela exodontia.

A Cirurgia Oral e Maxilofacial define-se como uma especialidade da Odontologia que engloba o diagnóstico e o tratamento cirúrgico de doenças, lesões e anomalias, incluindo aspectos funcionais e estéticos, dos tecidos duros e moles das regiões oral e maxilofacial (Raspall, 2006). Uma das suas principais características é que a maior parte dos procedimentos efectuados são de natureza electiva e realizam-se tanto em pacientes adultos como em jovens, sãos ou doentes (Peterson *et al.*, 2006).

Millard e Mason (1998) definem Medicina Oral como uma área da Medicina Dentária especializada no que concerne a doenças localizadas na cavidade oral e nas estruturas adjacentes. Inclui princípios de biologia e patologia para a realizar o diagnóstico, tratamento e controlo, tanto de doenças específicas dos tecidos orofaciais, como das manifestações orais de patologias sistémicas. Também engloba o tratamento das desordens comportamentais e tratamento dentário de pacientes medicamente comprometidos (*cit in.* Lynch *et al.*, 1997). Na cavidade oral podem manifestar-se mais de 200 doenças diferentes, com diferentes prevalências, sendo que 3% põem a vida em perigo. O diagnóstico das lesões orais baseia-se no exame clínico, onde o conhecimento da normalidade é um requisito prévio essencial (Reichart e Philipsen, 2000).

O Médico Dentista, mais do que qualquer outro profissional da área médica, tem a possibilidade de observar alterações que possam ocorrer na cavidade oral, devendo informar o paciente e tratar ou encaminhar para um especialista, se for necessário (Boraks, S., 1999). Todos os Médicos Dentistas devem possuir conhecimentos na área de Medicina Oral (Lynch *et al.*, 1997).

## II.2. Material e Métodos

Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica que serviu de base para o desenvolvimento e para a elaboração e aplicação do questionário (anexos, página ii) a partir do qual se efectuou a recolha dos dados.

As referências bibliográficas foram pesquisadas em motores de busca *on-line* da PUB-MED, Science, Medcenter, Biomed Central e Google; na biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e na biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. As palavras-chave utilizadas foram: *access, alcohol, attendance, common demands, dental, DMF, health, hygiene, main complain, necessity, needs, oral, prevention, tobacco, tooth-loss e treatment*. . Inclui publicações entre 1980 e 2008, a pesquisa inicial foi realizada entre 1 e 31 de Outubro de 2007, foram incluídos artigos científicos, literatura científica e publicações *on-line*.

Na recolha de informação utilizou-se um questionário (anexos, página ii) constituído por nove partes distintas, das quais, seis recolhiam informação numa primeira abordagem ao paciente e se aplicavam deste modo numa consulta de triagem. Tinham como objectivo a caracterização do paciente e uma primeira avaliação do seu estado de saúde oral e os conteúdos eram: I. identificação do paciente, II. história clínica geral, III. motivo da consulta e tratamentos necessários, IV. hábitos de higiene oral e visitas ao Médico Dentista, V. exame dentário, VI. índice de placa. As restantes três partes do questionário foram aplicadas numa segunda recolha de informação: VII. assiduidade, VIII. tratamentos efectuados, IX. consultas por área de atendimento.

O índice CPOd foi o instrumento utilizado para conhecer a situação de cárie dentária na população. O seu valor correspondeu por indivíduo, à soma dos dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O). Na população, correspondeu à média, ou seja, número de dentes C, P e O a dividir pelo total de pessoas examinadas. Pode assumir valores entre 0 e 32 (Séiquer e Joaquín, 2005).

Índice de placa de Silness e Løe foi utilizado para quantificar o estado de higiene oral. Baseia-se no registo dos depósitos de matéria mole e mineralizada, sobre os dentes. Este

índice convencionou a observação dos seguintes dentes: 1.2, 1.6, 2.4, 3.2, 3.6 e 4.4. Os dentes ausentes, não foram substituídos. A cada superfície dos seis dentes foi atribuído um valor, no intervalo de 0 a 3, sendo que 0 correspondeu a não existir placa, 1 identificou a presença de película aderida na margem gengival livre e adjacente ao dente, visível a olho nu ou reconhecida pela raspagem, utilizando a sonda na superfície dentária; 2 equivaleu a acúmulo moderado de resíduos moles dentro do sulco gengival, sobre a margem gengival ou adjacente à superfície dentária, reconhecida a olho nu; e 3 quando existia abundância de matéria mole dentro do sulco ou na margem gengival e adjacente à superfície do dente. Posteriormente efectuou-se o cálculo para cada dente, dividindo a soma das quatro superfícies (distovestibular, vestibular, mesiovestibular e lingual) por quatro. O valor total para o indivíduo, obteve-se através da soma dos registos de IP por dente e dividindo pelo número de dentes examinados (Carranza e Newman, 1997) (Silness *cit* in WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. [Em linha]. Disponível em <<http://www.whocollab.od.mah.se/expl/ohisiloe64.html>>. [consultado em 10/10/2007]) (Carranza e Newman, 1997).

A Classificação de Graffar é uma classificação social internacional estabelecida em Bruxelas, Bélgica pelo Professor Graffar que se baseia no estudo não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios, nomeadamente profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita e foi utilizada para se caracterizar a amostra relativamente ao nível socioeconómico. Classificam-se as famílias em cinco categorias, segundo a profissão exercida pelo pai. Se a mãe exercesse uma profissão de nível mais elevado do que a do pai, neste caso serviria de base para a classificação da família. A classificação pode ser observada nos anexos página ii/5.

Para a avaliação clínica do paciente foi utilizado um *Kit* de observação com espelho plano nº 4, sonda, pinça e gaze esterilizada, sendo os pacientes avaliados numa primeira abordagem nas consultas de triagem das aulas clínicas da Licenciatura em Medicina Dentária que decorrem nas instalações das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa.

O estudo foi realizado através de uma amostragem de conveniência e a recolha de informação decorreu num primeiro período desde o dia 6 de Novembro de 2007, até ao dia 21 de Fevereiro de 2008. A segunda fase de aplicação do questionário decorreu após 4 meses da consulta de triagem, entre o dia 28 de Maio de 2008 e 23 de Junho de 2008, tendo sido utilizados os processos dos pacientes, para recolha desta informação

Uma recolha inicial de informação através do preenchimento de 20 questionários em pacientes das respectivas clínicas foi a forma que se utilizou para testar a aplicabilidade do respectivo questionário. Esta recolha de informação inicial teve como objectivo rectificar o instrumento de colheita e verificar a exequibilidade estatística. Alterou-se a questão “tempo desde a última consulta”, que passou a ser uma pergunta aberta e foram introduzidos mais três motivos de consulta: *check-up*, controlo e sorriso deteriorado. Ainda foi adicionado uma tabela destinada ao registo da medicação prescrita durante as consultas e ao número de radiografias efectuadas por paciente.

A primeira recolha de dados, na consulta de triagem, constava de uma pergunta aberta e dez fechadas. Entre outras questões foram aplicados três índices, acima mencionados: índice socioeconómico de Graffar, índice de CPOd (maiores de 18 anos) e o índice de placa de Løe e Silness (maiores de 18 anos), de acordo com os métodos básicos da WHO (World Health Organization Geneva, 1997). Nesta parte do questionário, ainda existiam cinco tabelas para recolha sistematizada de informação sobre: o interesse principal do paciente; as patologias, medicação e hábitos sociais; o motivo da consulta e os tratamentos necessários (adaptados de Ekanayake *et al.* (2001), para posterior comparação); os hábitos de higiene oral e visitas ao Médico Dentista e o número de dentes presentes, ausentes, inclusos e supranumerários.

A segunda recolha de dados conteve três tabelas para registar: a assiduidade do paciente, os tratamentos efectuados e as consultas por área de atendimento. Ainda uma área para registar a medicação prescrita.

O estudo foi desenvolvido com uma amostra de 130 indivíduos, tendo sido excluídos 4 devido à falta de informação na ficha clínica. Portanto, a amostra final integrou 126 utentes das Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP. Foi utilizado o consentimento

informado verbal para a recolha desta informação pois, na consulta de triagem já fazia parte o consentimento informado relativo ao tratamento e recolha de informação.

Como condição de inclusão para o estudo, havia necessidade do paciente estar em boa condição física e psíquica para tal e disponível, assim como respeitar um critério de inclusão: primeira consulta nas clínicas UFP – FCS. Não houve critérios de exclusão. Todos os questionários incluídos no estudo foram preenchidos na totalidade.

### **Algumas particularidades do questionário devem ser referidas:**

Foi questionada a data de nascimento e posteriormente foram criados grupos de idade, respeitando o conceito biológico; a residência considerou-se urbana, pertencente a uma cidade, e rural, pertencente a vilas e aldeias; a classificação de Graffar foi questionada segundo a tabela presente nos anexos página ii/5; o interesse do paciente pela consulta foi questionado e incluído seis opções: âmbito social, estética, fala, mastigação, saúde ou outro interesse; os dados sobre patologias e a farmacoterapia foram recolhidos da ficha clínica preenchida na consulta de triagem; e foram quantificados os hábitos tabágicos e etílicos, quantificados por cigarros/dia e copos (33cl) de bebidas alcoólicas/dia, respectivamente.

O motivo da consulta foi questionado ao paciente e incluído numa tabela, consoante a área de tratamento para a necessidade que o paciente referiu possuir, ou ainda, em cinco opções: *check-up*, controlo, sorriso deteriorado ou outros. Sempre que existia sintomatologia dolorosa, o motivo da consulta foi registado como dor. A dor foi analisada qualitativamente através de uma escala subjectiva de faces (anexos página ii/2), que possui cinco faces: Face 1: Dor ausente ou sem dor. Face 2: Dor presente, havendo períodos em que é esquecida. Face 3: A dor não é esquecida, mas não impede exercer actividades da vida diária. Face 4: A dor não é esquecida, e atrapalha todas as actividades da vida diária, excepto alimentação e higiene. Face 5: A dor persiste mesmo em repouso, está presente e não pode ser ignorada, sendo o repouso imperativo (Durante, *et al.* 2006).

Para a recolha dos dados referentes aos tratamentos necessários, foi elaborada uma tabela e preenchida conforme o plano de tratamento para cada indivíduo. Quanto à necessidade de extracções, dividiu-se em quatro tipos: extracções devido a existência de cáries (com estrutura coronária remanescente), devido a doença periodontal, raízes remanescentes e devido a outro motivo (por exemplo, planeamento protético ou dentes inclusos com indicação para exodontia). As necessidades foram contabilizadas segundo:

- O número de dentes: Extracções, Dentística, Endodontia e Prostodontia Fixa
- Variáveis dicotómicas (necessidade ou não): Medicina Oral, Oclusão, Ortodontia, Destartarização e RAR (raspagem e alisamento radicular).
- O número de próteses necessárias: Prostodontia Total e Prostodontia Parcial.
- O número de tratamentos: outros

Os pacientes foram questionados sobre a frequência de escovagem dos dentes, a utilização ou não de flúor, fio dentário e/ou colutório, e ainda sobre o tempo que decorreu desde a última consulta de Medicina Dentária. Esse tempo foi uma questão aberta, posteriormente arredondada para anos.

Relativamente à segunda recolha de dados (anexos página ii/2), foram registados dados referentes ao número de consultas recebidas, faltas, desmarcações e desistência. As desmarcações referiam-se a avisos com menos de 24 horas de antecedência, registados nos processos. Foi estipulado que a desistência do tratamento ocorria quando no período de 4 meses, um indivíduo apenas assistiu à consulta de triagem. Quanto às consultas recebidas, foram registados os tratamentos efectuados por consulta, após a consulta de triagem e até à última consulta, no período estipulado de 4 meses. Foi utilizada uma tabela com as seguintes designações: cirurgia (tratamentos cirúrgicos, excepto exodontias), extracção devido a cárie, extracção devido a doença periodontal, extracção por outro motivo que não os anteriores, remoção de suturas, dentística (todos os tratamentos restauradores), medicina oral (tratamentos relacionados com patologia oral),

oclusão, ortodontia, destartarização, raspagem e alisamento radicular (RAR), protodontia fixa (PF), prostodontia total removível (PT), prostodontia parcial removível (PPR), e outros (tratamentos não incluídos nos anteriores). Foram considerados como tratamentos efectuados, todos os procedimentos registados na ficha clínica e em que foram cobrados honorários. Ainda foi registado o número de consultas por área de atendimento. A medicação prescrita foi, igualmente, registada, assim como os métodos auxiliares de diagnóstico, referentes à imagiologia (apenas radiografias intraorais).

### **Análise Estatística**

A informação recolhida foi introduzida no programa Microsoft Office Excel® 2003, em folhas individuais para cada um dos momentos de recolha de dados. Posteriormente, estes foram transferidos para o programa Epi Info™ (EPI), versão 6,04, através do qual se procedeu à análise estatística dos dados.

Para a análise estatística dos resultados utilizou-se o método de análise não paramétrico, teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Calculou-se a média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e efectuou-se a distribuição de frequências para as variáveis qualitativas. Os resultados foram expressos em valores percentuais e apresentados em tabelas. As variáveis contínuas foram comparadas utilizando o teste de Kruskal-Wallis. As proporções foram comparadas através do teste Qui-quadrado (com correcção de Yates) quando o valor esperado era inferior a vinte e a Prova Exacta de Fisher, quando este valor era inferior a cinco.

Em toda a análise estatística foi considerado um índice de confiança (IC) de 95%, com um erro  $\alpha$  igual a 5%.

## II.3. Resultados

Todos os indivíduos seleccionados na consulta de triagem aceitaram participar no estudo, porém (4) 3,1% foram excluídos, por ausência de informação nos processos clínicos, associada a um preenchimento deficiente das fichas clínicas. Os dados encontram-se dispostos em tabelas, ilustrações e, em anexo, gráficos.

### II.2.i. Caracterização dos pacientes

A amostra deste estudo foi de 126 indivíduos (Tabela I), utentes das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da FCS-UIP em que 53,2% pertenciam ao género feminino, cujas idades estavam compreendidas entre os 4 e 79 anos, sendo a média de idades de  $34,2 \pm 19,3$  anos. O género masculino representava 46,8% dos indivíduos e reuniu indivíduos entre 1 e 72 anos, com uma média de idades de  $34,8 \pm 19,3$  anos.

Dos indivíduos com idades menores ou iguais a 18 anos (jovens), 53,6% eram do género feminino e 46,4% do masculino. Na faixa etária compreendida entre os 19 e os 59 anos (adultos), 52,4% dos indivíduos eram do género feminino e 47,6% do masculino. Quanto aos idosos, com idades superiores ou iguais a 60 anos, o género feminino representava 56,3% dos indivíduos e o masculino 43,7%. Sem diferenças significativas de idade entre os géneros.

**Tabela I – Caracterização da idade dos pacientes na consulta de triagem.**

Género	Indivíduos		
	n (%)	Média ( $\pm$ DP*)	
Feminino	67 (53,2)	34,2 (19,3)	
Masculino	59 (46,8)	34,8 (19,3)	
<b>Total</b>	<b>126 (100)</b>	<b>34,5 (19,2)</b>	
*DP= Desvio Padrão		<i>p value = 0,738</i>	
Género	Grupo de Idade (anos)		
	$\leq 18$ n (%)	19-59 n (%)	$\geq 60$ n (%)
Feminino	15 (53,6)	43 (52,4)	9 (56,3)
Masculino	13 (46,4)	39 (47,6)	7 (43,7)
<b>Total</b>	<b>28 (22,2)</b>	<b>82 (65,1)</b>	<b>16 (12,7)</b>
			<i>p value = 0,961</i>

No que respeita à residência dos indivíduos da amostra podemos observar na Tabela II que 91,3% dos pacientes pertenciam ao meio urbano e 8,7% residiam em meio rural. No género feminino, 89,6% dos indivíduos pertenciam ao meio urbano. Nos indivíduos masculinos essa percentagem foi de 93,2%. Na relação da residência com os grupos de idade (consultar anexos página iii/2, gráfico 5), 92,9% dos jovens e 89,0% dos adultos pertenciam ao meio urbano. Todos os idosos habitavam em zonas urbanas. Não foram observadas diferenças significativas entre os géneros, nem entre os grupos de idades, relativamente ao meio rural ou urbano.

*Tabela II – Residência dos pacientes.*

Género	Meio Rural n (%)	Meio Urbano n (%)	Total n (%)
Feminino	7 (10,4)	60 (89,6)	67 (100)
Masculino	4 (6,8)	55 (93,2)	59 (100)
<b>Total</b>	11 (8,7)	115 (91,3)	126 (100)

*p value = 0,681*

A amostra distribuída em cinco classes de Graffar, não seguia distribuições normais num IC de 95%. Assim, uniu-se a classe V (1,6% de indivíduos) à IV (Tabela III). O nível socioeconómico predominante foi a classe III com 36,5% de indivíduos da amostra. Segue-se a classe II, IV e finalmente a classe I, com apenas 8,7%. Não existiram diferenças significativas entre os géneros, relativamente à classe social.

Relativamente ao grupo de idade dos jovens (consultar anexos página iii/2, gráfico 7), a maioria de 42,9% situava-se na classe III, tal como 50% dos idosos. No que se refere ao grupo de idade dos 19 aos 59 anos, 35,4% dos indivíduos estavam inseridos na classe II. Não foi possível averiguar o valor de *p*, devido à dimensão amostral não o permitir.

*Tabela III – Classificação de Graffar.*

Classe Género	I N (%)	II n (%)	III n (%)	IV n (%)	Total n (%)
Feminino	6 (9,0)	19 (28,4)	23 (34,3)	19 (28,4)	67 (53,2)
Masculino	5 (8,5)	20 (33,9)	23 (39,0)	11 (18,6)	59 (46,8)
<b>Total</b>	11 (8,7)	39 (31,0)	46 (36,5)	30 (22,2)	126 (100)

*p value = 0,626*

A Tabela IV descreve o principal interesse do paciente, em função dos grupos de idade. A maioria de 82,1% dos jovens considerou como o seu principal interesse a “saúde geral”, sendo que nenhum referiu a fala, a mastigação nem os factores de âmbito social, como factor principal da procura dos cuidados Médico-Dentários. Igualmente, 52,4% dos adultos referiram a saúde geral como principal interesse, seguido da mastigação (25,6%), estética (14,6%), fala (2,4%), âmbito social (3,7%) e, ainda, 1,2% mencionaram outro interesse para além dos anteriores. O grupo de idade  $\geq 60$  anos seguiu o mesmo padrão, com 43,8% dos indivíduos a interessar-se pela saúde em geral, 31,3% pela mastigação, 12,5% com a estética e 6,3% tanto para a fala, como para razões de âmbito social. O valor de p não foi passível de ser calculado, devido ao tamanho amostral não permitir realizar o teste estatístico do  $\chi^2$ .

A questão anterior foi igualmente avaliada relativamente ao género e a “saúde geral” (consultar anexos página iii/3, gráfico 9) foi, para ambos os géneros, o interesse principal mais comum, referido por 58,2% dos indivíduos do género feminino e 57,6% dos indivíduos do género masculino. Seguiu-se a mastigação, interesse principal de 23,9% dos indivíduos do género feminino e 18,6% do masculino, e o interesse de âmbito social, a representar 1,5% e 5,1% dos géneros feminino e masculino, respectivamente.

**Tabela IV – Interesse do paciente.**

Interesse principal	Grupo de Idade (anos)			Total n (%)
	$\leq 18$ n (%)	19-59 n (%)	$\geq 60$ n (%)	
<b>Saúde Geral</b>	23 (82,1)	43 (52,4)	7 (43,8)	73 (57,9)
<b>Mastigação</b>	1 (3,6)	21 (25,6)	5 (31,3)	27 (21,4)
<b>Estética</b>	4 (14,3)	12 (14,6)	2 (12,5)	18 (14,3)
<b>Âmbito Social</b>	0 (0)	3 (3,7)	1 (6,3)	4 (3,2)
<b>Fala</b>	0 (0)	2 (2,4)	1 (6,3)	3 (2,4)
<b>Outro</b>	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)	1 (0,8)

\*não foi possível realizar teste estatístico.

*p value\**

## II.2.ii. Caracterização da história clínica dos pacientes

A Tabela V revela uma prevalência baixa de patologias no contexto geral, no entanto 37,4% dos indivíduos padeceu de algum tipo de patologia, onde a hipertensão e os problemas gástricos foram as patologias com maior prevalência, nomeadamente 8,7% de indivíduos afectados por cada uma destas.

Ainda existiram 21,4% dos indivíduos que referiram padecer outra patologia. É possível observar que 3,6% dos jovens referiram ter "sopro cardíaco" e a mesma percentagem possuiu perturbações gástricas. Ainda existiram 21,4% com outro tipo de patologia.

No grupo dos adultos, a hipertensão abrangeu 8,5% dos indivíduos e existiram 14,6% com outras patologias. Seguiram-se as perturbações gástricas (7,3%), a hepatite e perturbações renais, ambas patologias com 4,9% de indivíduos afectados, e uma série de patologias que afectaram, cada uma, 2,4% de indivíduos na amostra: reumatismo articular, patologias cardíacas congénitas, sopro cardíaco, epilepsia e diabetes. As restantes patologias não estiveram presentes na amostra.

No que respeita aos indivíduos idosos, 25,0% destes, referiram ter hipertensão e a mesma percentagem padeceu de perturbações gástricas. Ainda existiram 18,8% com perturbações renais, 12,5% com diabetes e 6,3% referiram sofrer de reumatismo articular. No grupo dos idosos 56,3% referiram ter outras patologias que não se enquadram nas opções consideradas. Ninguém na amostra referiu padecer de angina de peito, síncope, SIDA, nem de problemas oncológicos. O valor de p não foi passível de ser calculado, devido ao tamanho amostral não permitir realizar o teste estatístico do  $\chi^2$ .

Ainda se realizou a caracterização das patologias relativamente ao género (consultar anexos página iii/5, gráfico 11), sendo que das patologias consideradas, as mais comuns para o género feminino foram os problemas gástricos com uma representatividade de 11,9%, enquanto que no género masculino houve menor percentagem, 5,1%. O género masculino possuiu mais indivíduos com hipertensão, 11,9%, do que o género feminino, 6,0%. Os problemas oncológicos não foram referidos. O valor de p não foi passível de ser calculado, pois o tamanho amostral não permitiu realizar o teste estatístico.

**Tabela V – Presença de patologia, por grupos de idades.**

Patologias	Grupo de Idade (anos)			Total n(%)	
	≤18 n (%)	19-59 n (%)	≥60 n (%)		
<b>Reumatismo articular</b>	0 (0)	2 (2,4)	1 (6,3)	3 (2,4)	
<b>Doenças Cardíacas</b>	<b>Congénitas</b>	0 (0)	2 (2,4)	2 (1,6)	
	<b>Angina de Peito</b>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	<b>Síncope</b>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	<b>Hipertensão</b>	0 (0)	7 (8,5)	4 (25,0)	11 (8,7)
	<b>Sopro Cardíaco</b>	1 (3,6)	2 (2,4)	0 (0)	3 (2,4)
<b>Epilepsia</b>	0 (0)	2 (2,4)	0 (0)	2 (1,6)	
<b>Diabetes</b>	0 (0)	2 (2,4)	2 (12,5)	4 (3,2)	
<b>Hepatite</b>	0 (0)	4 (4,9)	0 (0)	4 (3,2)	
<b>SIDA</b>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Perturbações Renais</b>	0 (0)	4 (4,9)	3 (18,8)	7 (5,6)	
<b>Perturbações Gástricas</b>	1 (3,6)	6 (7,3)	4 (25,0)	11 (8,7)	
<b>Problemas Oncológicos</b>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Outras</b>	6 (21,4)	12 (14,6)	9 (56,3)	27 (21,4)	

\*não foi possível realizar teste estatístico. *p value\**

A farmacoterapia em função da idade pode ser observada na Tabela VI. Pode-se observar que 10,7% dos jovens tomavam contraceptivos, 7,1% anti-histamínicos e igual percentagem tomava antibióticos e outros fármacos, ainda 3,6% que referiam a toma de corticóides. Nos adultos, o medicamento mais comum foram os contraceptivos (17,1%), seguido de 9,8% de indivíduos que tomavam tranquilizantes e 6,1% tomavam anti-hipertensores. Ainda 9,8% dos indivíduos tomavam outro tipo de medicação. No grupo com idade ≥60, a maioria tomava outros fármacos (43,8%), 31,3% dos indivíduos referiram a toma de anti-hipertensores e igual percentagem fazia tranquilizantes. Não foi possível realizar o teste  $\chi^2$  devido ao tamanho amostral.

Relativamente aos géneros (consultar anexos página iii/6, gráfico 12), existiram 25,4% dos indivíduos do género feminino que referiram a toma de contraceptivos orais. Os tranquilizantes apresentaram o segundo valor mais alto no género feminino, nomeadamente 10,4%, e representaram a farmacoterapia mais comum no género masculino (10,2%). Relativamente ao total da população, 50,1% fazia algum tipo de farmacoterapia e os tranquilizantes representavam 10,3% dessa medicação. O valor de *p* não foi possível de ser calculado, pela razão que foi referida anteriormente.

**Tabela VI – Farmacoterapia, por grupos de idade.**

Fármacos	Grupo de Idade (anos)			Total n(%)
	≤18 n (%)	19-59 n (%)	≥60 n (%)	
Anti-histamínicos	2 (7,1)	2 (2,4)	0 (0)	4 (3,2)
Antibióticos	2 (7,1)	2 (2,4)	1 (6,3)	5 (4,0)
Anticoagulantes	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)	1 (0,8)
Anti-hipertensores	0 (0)	5 (6,1)	5 (31,3)	10 (7,9)
Aspirina	0 (0)	2 (2,4)	2 (12,5)	4 (3,2)
Contraceptivos	3 (10,7)	14 (17,1)	0 (0)	17 (13,5)
Corticóides	1 (3,6)	1 (1,2)	0 (0)	2 (1,6)
Insulina, Antidiabéticos	0 (0)	1 (1,2)	2 (12,5)	3 (2,4)
Medicamentos Coração	0 (0)	1 (1,2)	3 (18,8)	4 (3,2)
Tranquilizantes	0 (0)	8 (9,8)	5 (31,3)	13 (10,3)
Outros	2 (7,1)	8 (9,8)	7 (43,8)	17 (13,5)

\*não foi possível realizar teste estatístico.

*p value\**

### II.2.iii. Caracterização dos hábitos dos pacientes

Os fumadores representavam 24,6% dos indivíduos da amostra. Observando-se todos os indivíduos, fumadores e não fumadores, apercebe-se que no género feminino a média de cigarros fumados por dia foi 3,0 e no género masculino esse valor foi superior, 5,0 cigarros/dia. (Tabela VII)

Focando a atenção apenas sobre os indivíduos que são fumadores, o género feminino representava 26,9% dos fumadores, com uma média aproximada de 11,2 cigarros por dia, mínimo de 2 e máximo de 20 cigarros por dia. No género masculino figuravam 22,0% do total de fumadores, contudo fumavam, em média, 23,1 cigarros por dia, mínimo 2 e máximo 60 cigarros por dia. Foram encontradas diferenças entre os géneros, sendo que, em média, o masculino fumava significativamente mais do que o género feminino.

Relativamente aos grupos de idade, foi possível observar que a classe fumadora estava concentrada unicamente na faixa etária adulta, com 37,8% de fumadores. Não foi possível realizar o teste  $\chi^2$  devido ao tamanho amostral.

**Tabela VII – Tabagismo.**

		Indivíduos n (%)		
<b>Fumador</b>		31 (24,6)		
<b>Não Fumador</b>		95 (75,4)		
<i>p value = 0,674</i>				
		Indivíduos n (%)	Cigarros / Dia Média (±DP*)	
<b>Género</b>	<b>Feminino</b>	67 (53,2)	3,0 (6,0)	
	<b>Masculino</b>	59 (46,8)	5,0 (11,4)	
<i>p value = 0,900</i>				
<b>Apenas indivíduos Fumadores</b>		Indivíduos n (%)	Cigarros / Dia Média (±DP*)	
<b>Género</b>	<b>Feminino</b>	18 (26,9)	11,2 (6,6)	
	<b>Masculino</b>	13 (22,0)	23,1 (13,2)	
<i>p value = 0,001</i>				
		Grupo de Idade (anos)		
		≤18 n (%)	19-59 n (%)	≥60 n (%)
<b>Não Fumador</b>		28 (100)	51 (62,2)	16 (100)
<b>Fumador</b>		0 (0)	31 (37,8)	0 (0)
<i>*não foi possível realizar teste estatístico.</i>				<i>p value*</i>

Na amostra total, 19,8% (*p value*<0,001) dos indivíduos referiram o consumo de bebidas alcoólicas diariamente (Tabela VIII). No total de indivíduos consumidores e não consumidores de álcool, observou-se uma média de 0,1 copos/dia para o género feminino e, significativamente mais, no género masculino, 0,9 copos/dia. Existiu um máximo de 2 e 20 copos de bebidas alcoólicas, para o género feminino e masculino, respectivamente.

Focando a atenção apenas sobre os indivíduos que referiram o consumo diário de bebidas alcoólicas, verificou-se que 7,5% dos indivíduos do género feminino eram consumidores, com uma média de 1,2 copos/dia e 33,9% do masculino consumiam em média de 2,7 copos/dia, porém não existiram diferenças significativas entre os géneros, no consumo de bebidas alcoólicas/dia.

Quanto aos grupos de idade, 28% dos adultos e 8% dos idosos referiram o consumo de bebidas alcoólicas diariamente. Os indivíduos jovens não consumiam bebidas alcoólicas diariamente. Não foi possível realizar o teste  $\chi^2$  devido ao tamanho amostral, para calcular o valor de p.

**Tabela VIII – Consumo de bebidas alcoólicas.**

	Indivíduos n (%)		
<b>Sim</b>	25 (19,8)		
<b>Não</b>	101 (80,2)		
<i>p value &lt; 0,001</i>			
	Indivíduos n (%)	Copos de bebidas alcoólicas / Dia Média (±DP*)	
<b>Feminino</b>	67 (53,2)	0,1 (0,3)	
<b>Masculino</b>	59 (46,8)	0,9 (2,9)	
<i>*DP= Desvio Padrão p value &lt; 0,001</i>			
Apenas indivíduos que consomem bebidas alcoólicas	Indivíduos n (%)	Copos de bebidas alcoólicas / Dia Média (±DP*)	
<b>Feminino</b>	5 (7,5)	1,2 (0,5)	
<b>Masculino</b>	20 (33,9)	2,7 (4,5)	
<i>*DP= Desvio Padrão p value = 0,377</i>			
Bebidas alcoólicas	Grupo de Idade (anos)		
	≤18 n (%)	19-59 n (%)	≥60 n (%)
<b>Não Consumo</b>	28 (100)	59 (72,0)	14 (87,5)
<b>Consumo</b>	0 (0)	23 (28,0)	2 (12,5)
<i>*não foi possível realizar teste estatístico. p value*</i>			

#### II.2.iv. Caracterização do motivo da consulta (necessidade sentida) e dos tratamentos necessários (necessidade normativa)

Os dados apontaram a “dor” como o motivo mais frequente de consulta (necessidade sentida ou procura), 35,8% dos indivíduos do género feminino e 20,3 % do masculino (Tabela IX). Na amostra total, a dor representou 28,6% da queixa principal.

O *check-up* foi o motivo de consulta de 21,4% dos indivíduos (género feminino 19,4%, masculino 23,7%) e os motivos relacionados com Dentística Operatória (tratamentos

restauradores) obtiveram 17,5% de indivíduos (género feminino 16,4%, masculino 18,6%). É importante referir que 11,9% dos indivíduos vinham à consulta apenas porque julgavam necessitar apenas de uma destartarização. A extracção devido a cárie ou doença periodontal, medicina oral e RAR não foram consideradas como motivo da consulta. Na amostra total, apenas 6 (4,8%) indivíduos não necessitavam tratamento, 3,0% do género feminino e 6,7% do masculino. Não foi possível realizar o teste  $\chi^2$  devido ao tamanho amostral e ao grande número de variáveis.

**Tabela IX – Motivo da consulta (necessidade sentida ou procura).**

Motivo da Consulta		Género		Total n (%)
		Feminino n (%)	Masculino n (%)	
Extracção devido a:	Cárie	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Doença Periodontal	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Presença de Raiz	1 (1,5)	0 (0)	1 (0,8)
	Outro Motivo	2 (3,0)	1 (1,7)	3 (2,4)
Dentística		11 (16,4)	11 (18,6)	22 (17,5)
Endodontia		0 (0)	1 (1,7)	1 (0,8)
Medicina Oral		0 (0)	0 (0)	0 (0)
Oclusão		1 (1,5)	0 (0)	1 (0,8)
Ortodontia		2 (3,0)	0 (0)	2 (1,6)
Destartarização		5 (7,5)	10 (16,9)	15 (11,9)
RAR		0 (0)	0 (0)	0 (0)
Prótese	Fixa	0 (0)	2 (3,4)	2 (1,6)
	Total Removível	0 (0)	1 (1,7)	1 (0,8)
	Parcial Removível	3 (4,5)	5 (8,5)	8 (6,3)
Check-up		13 (19,4)	14 (23,7)	27 (21,4)
Controlo		1 (1,5)	0 (0)	1 (0,8)
Sorriso Deteriorado		3 (4,5)	2 (3,4)	5 (4,0)
Dor		24 (35,8)	12 (20,3)	36 (28,6)
Outros		1 (1,5)	0 (0)	1 (0,8)
*não foi possível realizar teste estatístico.		<i>p value*</i>		

A Tabela X caracteriza o motivo da consulta, relativamente aos grupos de idade. Podemos ver que 21,4% dos jovens, 31,7% dos adultos e 25,0% dos idosos, referiram a dor de dentes como motivo da consulta. O *check up*, foi mencionado por 39,3%, 17,1% e 12,5% segundo a ordem anterior de grupos de idade. Ainda 17,9% dos jovens, 15,9% dos adultos e 25% dos idosos referiram problemas da área de Dentística Operatória, como motivo de consulta. Não foi possível calcular o valor de p, pelo motivo referido anteriormente.

**Tabela X – Motivo da consulta, por grupos de idade.**

Motivo da Consulta		Grupo de Idade (anos)		
		≤18 n (%)	19-59 n (%)	≥60 n (%)
Extracção devido a:	Cárie	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Doença Periodontal	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Presença de Raiz	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)
	Outro Motivo	3 (10,7)	0 (0)	0 (0)
Dentística		5 (17,9)	13 (15,9)	4 (25,0)
Endodontia		0 (0)	1 (1,2)	0 (0)
Medicina Oral		0 (0)	0 (0)	0 (0)
Oclusão		0 (0)	1 (1,2)	0 (0)
Ortodontia		2 (7,1)	0 (0)	0 (0)
Destartarização		1 (3,6)	11 (13,4)	3 (18,8)
RAR		0 (0)	0 (0)	0 (0)
Prótese	Fixa	0 (0)	2 (2,4)	0 (0)
	Total Removível	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)
	Parcial Removível	0 (0)	7 (8,5)	1 (6,3)
Check-up		11 (39,3)	14 (17,1)	2 (12,5)
Controlo		0 (0)	0 (0)	1 (6,3)
Sorriso Deteriorado		0 (0)	4 (4,9)	1 (6,3)
Dor		6 (21,4)	26 (31,7)	4 (25,0)
Outros		0 (0)	1 (1,2)	0 (0)

\*não foi possível realizar teste estatístico. *p value\**

A Tabela XI expõe os tratamentos necessários ou necessidades normativas. O tratamento necessário mais comum foi o restaurador, com 90,5% dos indivíduos a necessitarem um ou mais tratamentos restauradores (Dentística Operatória), 91,0% dos indivíduos do género feminino e 89,8% do género masculino, necessitavam o referido tratamento.

Seguiu-se a destartarização, que abrangeu 77,0% dos indivíduos, dentro do género feminino 77,6% e no masculino 76,3%. Existiam 30,2% de indivíduos a necessitar de Prótese Parcial Removível (PPR), 32,8% dos indivíduos do género feminino e 27,1% do masculino. A necessidade menos prevalente pertence à área da Medicina Oral, onde apenas 1,6% do total de indivíduos tiveram a indicação no plano de tratamento, para tal.

**Tabela XI – Tratamentos necessários (necessidade normativa).**

Tratamentos	Necessidade	Género		Total n(%)	
		Feminino n(%)	Masculino n(%)		
Extracção devido a:	Cárie	Sim	13 (19,4)	12 (20,3)	25 (19,8)
		Não	54 (80,6)	47 (37,3)	101 (80,2)
	Doença Periodontal	Sim	4 (6,0)	6 (10,2)	10 (7,9)
		Não	63 (94,0)	53 (98,8)	116 (92,1)
	Presença de Raiz	Sim	15 (22,4)	11 (18,6)	26 (10,6)
Não		52 (77,6)	48 (81,4)	100 (79,4)	
Outro Motivo	Sim	16 (23,9)	20 (33,9)	36 (28,6)	
	Não	51 (76,1)	39 (66,1)	90 (71,4)	
Dentística	Sim	61 (91,0)	53 (89,8)	114 (90,5)	
	Não	6 (9,0)	6 (10,2)	12 (9,5)	
Endodontia	Sim	24 (35,8)	7 (11,9)	31 (24,6)	
	Não	43 (64,2)	52 (88,1)	95 (75,4)	
Medicina Oral	Sim	1 (1,5)	1 (1,7)	2 (1,6)	
	Não	66 (98,5)	58 (98,3)	124 (98,4)	
Oclusão	Sim	4 (6,0)	1 (1,7)	5 (4,0)	
	Não	63 (94,0)	58 (98,3)	121 (96,0)	
Ortodontia	Sim	3 (4,5)	0 (0)	3 (2,4)	
	Não	64 (95,5)	59 (100)	123 (97,6)	
Destartarização	Sim	52 (77,6)	45 (76,3)	97 (77,0)	
	Não	15 (22,4)	14 (23,7)	29 (23,0)	
RAR	Sim	4 (6,0)	0 (0)	4 (3,2)	
	Não	63 (94,0)	59 (100)	122 (96,8)	
Prótese	Fixa	Sim	8 (11,9)	8 (13,6)	16 (12,7)
		Não	59 (88,0)	51 (86,4)	110 (87,3)
	Total Removível	Sim	3 (4,5)	4 (6,8)	7 (5,6)
		Não	64 (95,5)	55 (93,2)	119 (94,4)
Parcial Removível	Sim	22 (32,8)	16 (27,1)	38 (30,2)	
	Não	45 (67,2)	43 (72,9)	88 (69,8)	
Outros	Sim	8 (11,9)	5 (8,5)	13 (10,3)	
	Não	59 (88,1)	54 (91,5)	113 (89,7)	

Quanto aos grupos etários (Tabela XII), 78,6% dos jovens necessitavam de tratamentos restauradores, 46,4% precisavam de destartarização e 42,9% careciam de outros tratamentos. Os adultos necessitavam significativamente ( $p=0,033$ ) mais tratamentos restauradores, 95,1%, do que os restantes grupos de idade. Ainda, 82,9% e 35,4% necessitavam de destartarização e PPR, respectivamente. Todos os idosos necessitavam efectuar destartarização, valor significativamente superior ( $p<0,001$ ) nesta faixa etária. Ainda, 87,5% precisavam de tratamentos restauradores e 56,3% careciam de PPR.

**Tabela XII – Tratamentos necessários (necessidade normativa), por grupos de idade.**

Tratamentos		Necessidade	Grupo de Idade (anos)		
			≤18 n (%)	19-59 n (%)	≥60 n (%)
Extracção devido a:	Cárie	Sim	5 (17,9)	20 (24,4)	0 (0)
		Não	23 (82,1)	62 (75,6)	16 (100)
	Doença Periodontal	Sim	0 (0)	7 (8,5)	3 (18,5)
		Não	28 (100)	75 (91,5)	13 (81,3)
	Presença De Raiz	Sim	3 (10,7)	19 (23,2)	4 (25,0)
		Não	25 (89,3)	63 (76,8)	12 (75,0)
Outro Motivo	Sim	8 (28,6)	27 (32,9)	1 (6,3)	
	Não	20 (71,4)	55 (67,1)	15 (93,8)	
Dentística		Sim	22 (78,6)	78 (95,1)	14 (87,5)
		Não	6 (21,4)	4 (4,9)	2 (12,5)
Endodontia		Sim	2 (7,1)	23 (28,0)	6 (37,5)
		Não	26 (92,9)	59 (72,0)	10 (62,5)
Medicina Oral		Sim	0 (0)	2 (2,4)	0 (0)
		Não	28 (100)	80 (97,6)	16 (100)
Oclusão		Sim	0 (0)	3 (3,7)	2 (12,5)
		Não	28 (100)	79 (96,3)	14 (87,5)
Ortodontia		Sim	3 (10,7)	0 (0)	0 (0)
		Não	25 (89,3)	82 (100)	16 (100)
Destartarização		Sim	13 (46,4)	68 (82,9)	16 (100)
		Não	15 (53,6)	14 (17,1)	0 (0)
RAR		Sim	0 (0)	3 (3,7)	1 (6,3)
		Não	28 (100)	79 (96,3)	15 (93,8)
Prótese	Fixa	Sim	0 (0)	14 (17,1)	2 (12,5)
		Não	28 (100)	68 (82,9)	14 (87,5)
	Total Removível	Sim	0 (0)	5 (6,1)	2 (12,5)
		Não	28 (100)	77 (93,9)	14 (87,5)
Parcial Removível	Sim	0 (0)	29 (35,4)	9 (56,3)	
	Não	28 (100)	53 (65,6)	7 (43,8)	
Outros		Sim	12 (42,9)	1 (1,2)	0 (0)
		Não	16 (57,1)	81 (98,8)	16 (100)

Podem ser observados na Tabela XIII os dados referentes aos tratamentos que foram contabilizados pelo número de dentes. No total da amostra existiam 1098 dentes a tratar. No que respeita a tratamentos restauradores existiam 776 dentes que necessitavam tratamento. Destes, 398 dentes pertenciam ao género feminino, média de 6,5 ( $\pm 3,8$ ), e o máximo observado foi de 16 dentes com indicação para tratamento restaurador, num só indivíduo. No género masculino existiam 378 dentes que necessitavam tratamentos restauradores, média 7,1 ( $\pm 3,7$ ) e máximo de 15 dentes num só indivíduo. Não houve diferenças significativas entre os géneros, para nenhum dos tratamentos necessários.

**Tabela XIII – Caracterização do número de dentes que necessita tratamento.**

Tratamentos		Indivíduos	Dentes			p value	
			n <sup>*1</sup>	n <sup>*2</sup>	Média (±DP <sup>*3</sup> )		Max
Extracção devido a:	Cárie	Feminino	13	29	2,2 (2,0)	8	0,930
		Masculino	12	31	2,6 (3,1)	12	
	Doença Periodontal	Feminino	4	8	2,0 (1,4)	4	0,628
		Masculino	6	10	1,7 (1,2)	4	
	Presença de Raiz	Feminino	15	38	2,5 (5,4)	9	0,795
		Masculino	11	31	2,8 (10,2)	9	
	Outro Motivo	Feminino	16	44	2,8 (3,5)	8	0,282
		Masculino	20	42	2,1 (1,5)	4	
Dentística	Feminino	61	398	6,5 (3,8)	16	0,442	
	Masculino	53	378	7,1 (3,7)	15		
Endodontia	Feminino	24	36	1,5 (0,9)	4	0,976	
	Masculino	7	11	1,6 (1,1)	4		
Prostodontia Fixa	Feminino	8	26	3,3 (3,4)	11	0,430	
	Masculino	8	16	2,0 (1,5)	5		

\*<sup>1</sup>n= número de indivíduos que necessitam tratamento

\*<sup>2</sup>n= número de dentes a tratar

\*<sup>3</sup>DP= desvio padrão

Observando-se as tabelas anteriores, a necessidade de exodontias, encontra-se subdividida por causa: cárie, doença periodontal, presença de raiz ou outro motivo. Isto leva a valores atenuados em relação ao panorama geral. O total de exodontias necessárias pode ser observado na Tabela XIV, tendo abrangido 60,1% da amostra, com um total de 233 dentes indicados para extracção. No género feminino, 59,7% destes indivíduos necessitavam de cuidados cirúrgicos com um total de 119 dentes a extrair e uma média de 3,0 (±2,4) dentes por indivíduo, mínimo de 1 e máximo de 10 exodontias por indivíduo. O género masculino comportou-se de modo semelhante, 62,7% dos indivíduos necessitavam extracções, 114 dentes indicados para extracção, média de 3,1 (±3,1) por indivíduo, mínimo 1 e máximo 13 exodontias por indivíduo. Não existem diferenças significativas, entre os géneros, quanto à necessidade de exodontia.

**Tabela XIV – Caracterização dos indivíduos que necessitam exodontia.**

Género	Necessidade de Extracção (Cárie + Perio + Raiz + Outro)			
	n (%)	Total de dentes	Média (±DP*)	Máximo
Feminino	40 (59,7)	119	3,0 (2,4)	10
Masculino	37 (62,7)	114	3,1 (3,1)	13
<b>Amostra Total</b>	<b>77 (60,1)</b>	<b>233</b>		

\*DP= Desvio Padrão

p value = 0,554

A necessidade de prótese (Tabela XV) apresentou diferenças significativas nos grupos de idade. Nos indivíduos jovens não existiu a necessidade de reabilitação protética, 52,4% dos adultos e 75% dos idosos, necessitavam reabilitação. No que se refere aos géneros (anexos página iii/15, gráfico 29), 41,8% dos indivíduos do género feminino e 45,8% do masculino necessitavam de prótese, sem existirem diferenças significativas.

**Tabela XV – Caracterização da necessidade de reabilitação oral com prótese.**

Grupos de idade	Necessidade de Prótese (Fixa + Total Removível + Parcial Removível)	
	Não n (%)	Sim n (%)
≤18	28 (100)	0 (0)
19-59	39 (47,6)	43 (52,4)
≥60	4 (25,0)	12 (75,0)

*p value* <0,001

## II.2.v. Dor

Tal como foi referido, os dados revelaram que 28,6% dos pacientes referiam sintomatologia dolorosa, na consulta de triagem. Destes, 35,8% pertenciam ao género feminino e 20,3% ao masculino, *p value* foi 0,095. Na avaliação qualitativa da dor, utilizou-se a escala subjectiva de faces (Tabela XVI). Esta constava de cinco rostos. A face 1 representava a ausência de dor. Dentro dos indivíduos com sintomatologia dolorosa, a maioria (25,3%) das escolhas recaiu sobre a face 2, sendo 34,3% dos indivíduos do género feminino e 15,3% do masculino. As faces 3 e 4 foram assinaladas por 3,2% e 0,8% dos indivíduos, respectivamente. Não existiram indivíduos na escala máxima, face 5. Não foi possível aplicar o teste do  $\chi^2$ , devido ao tamanho amostral.

**Tabela XVI – Avaliação qualitativa da dor pela Escala Subjectiva de Faces.**

Género	Faces				
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
Feminino	42 (62,7)	23 (34,3)	1 (1,5)	1 (1,5)	0 (0)
Masculino	47 (79,7)	9 (15,3)	3 (5,1)	0 (0)	0 (0)
Total	89 (70,6)	32 (25,3)	4 (3,2)	1 (0,8)	0 (0)

\*não foi possível realizar teste estatístico.

*p value*\*

## II.2.vi. Hábitos de higiene oral e última consulta no Médico Dentista

Quanto à frequência de escovagem (Tabela XVII) existiu uma média superior no género feminino ( $p=0,028$ ), escovando 1,9 vezes/dia, enquanto o masculino escovavam, em média, 1,6 vezes/dia.

Quanto aos grupos de idade, 57,1% dos indivíduos jovens escovavam os dentes 2 vezes/dia, 17,9% escovavam 1 vez/dia e, igual percentagem de indivíduos, referiu não escovar os dentes regularmente. No grupo dos adultos, 48,8%, 24,4% e 18,3% escovavam os dentes 2, 1 e 3 vezes/dia, respectivamente. Existiram 2,4% de indivíduos adultos que referiram escovar os dentes 4 ou mais vezes/dia, facto que apenas se verificou neste grupo. A maioria das pessoas idosas (62,5%) escovava os dentes 2 vezes/dia. Não foi possível calcular o valor de  $p$ , devido ao tamanho da amostra não o permitir.

*Tabela XVII – Caracterização da frequência de escovagem dos dentes.*

Género	Indivíduos n (%)	Escovagens / dia Média ( $\pm$ DP*)	
Feminino	67 (53,2)	1,9 (0,8)	
Masculino	59 (46,8)	1,6 (0,9)	
*DP= Desvio Padrão		$p$ value = 0,028	
Escovagens/dia	Grupo de Idade (anos)		
	$\leq 18$ n (%)	19-59 n (%)	$\geq 60$ n (%)
0	5 (17,9)	5 (6,1)	0 (0)
1	5 (17,9)	20 (24,4)	4 (25,0)
2	16 (57,1)	40 (48,8)	10 (62,5)
3	2 (7,1)	15 (18,3)	2 (12,5)
$\geq 4$	0 (0)	2 (2,4)	0 (0)
*não foi possível realizar teste estatístico.			$p$ value*

A Tabela XVIII esquematiza a caracterização da utilização de flúor, fio dentário e colutório, entre os indivíduos da amostra populacional. Não existiram diferenças significativas entre os géneros, na utilização destes métodos de higiene oral. O método mais utilizado foi o colutório, 17,5% dos indivíduos utilizavam-no, entre eles 20,9% eram do género feminino e 13,6% do masculino. O fio dentário era empregue por 20,9%

do género feminino e 8,5% dos indivíduos masculinos. O menos utilizado foi o flúor, apenas 7,1% dos indivíduos referiram a sua utilização. Quanto aos grupos de idade, observou-se que 10,7% dos indivíduos jovens utilizavam diariamente suplementos de flúor, a mesma percentagem referiu o uso de fio dentário e nenhum indivíduo utilizava colutório. Nos adultos, existiam 6,1%, 17,1% e 22,0% de indivíduos que utilizavam flúor, fio dentário e colutório, respectivamente. Dos indivíduos idosos, 25,0% bochechava com colutório, 12,5% aplicavam fio dentário e 6,3% usavam flúor. Não foi possível realizar o teste  $\chi^2$  devido ao tamanho amostral.

**Tabela XVIII – Utilização de outros métodos de higiene oral.**

Métodos de Higiene Oral	Género		Total n(%)	P value
	Feminino n(%)	Masculino n(%)		
Uso de Flúor	5 (7,5)	4 (6,8)	9 (7,1)	0,580
Uso de Fio Dentário	14 (20,9)	5 (8,5)	19 (15,1)	0,090
Uso de Colutório	14 (20,9)	8 (13,6)	22 (17,5)	0,397

Métodos de Higiene Oral	Grupo de Idade (anos)		
	≤18 n (%)	19-59 n (%)	≥60 n (%)
Uso de Flúor	3 (10,7)	5 (6,1)	1 (6,3)
Uso de Fio Dentário	3 (10,7)	14 (17,1)	2 (12,5)
Uso de Colutório	0 (0)	18 (22,0)	4 (25,0)

\*não foi possível realizar teste estatístico. p value\*

Em média, os indivíduos do género masculino referiam não comparecer a uma consulta de Medicina Dentária há 4,1 ( $\pm 6,9$ ) anos e o tempo máximo de ausência foi de 30 anos. O género feminino apresentou uma média de 2,3 ( $\pm 2,8$ ) e um máximo de 15 anos de ausência. Não existiram diferenças significativas entre os géneros, no tempo desde a última consulta. (Tabela XIX). Os idosos não visitavam o Médico Dentista, em média, há 4,4 ( $\pm 8,3$ ) anos. Um tempo significativamente superior ao praticado pelos adultos, 3,6 ( $\pm 5,2$ ) anos, e pelos jovens, 1,0 ( $\pm 1,3$ ) anos. Mais, 2,4% dos adultos e 6,3% dos idosos situavam o tempo desde a última consulta, nos 30 anos.

Na amostra total 11,1% dos indivíduos realizaram a sua primeira consulta: 35,7% indivíduos jovens, 3,7% adultos e 6,3% dos idosos.

**Tabela XIX – Caracterização do tempo desde a última consulta no Médico Dentista.**

Género	Indivíduos n (%)	Tempo desde a última consulta (anos)	
		Média (±DP*)	
Feminino	67 (53,2)	2,3 (2,8)	
Masculino	59 (46,8)	4,1 (6,9)	
<b>*DP= Desvio Padrão</b>		<i>p value = 0,236</i>	
Grupo de Idade (anos)	Indivíduos n (%)	Tempo desde a última consulta (anos)	
		Média (±DP*)	
≤18	28 (22,2)	1,0 (1,3)	
19-59	82 (65,1)	3,6 (5,2)	
≥60	16 (12,7)	4,4 (8,3)	
<b>*DP= Desvio Padrão</b>		<i>p value &lt; 0,001</i>	

### II.2.vii. Índice CPOd e Índice de Placa de Silness e Løe

O índice CPOd (Tabela XX), em maiores de 18 anos, foi semelhante entre os géneros, 18,3. A média de dentes obturados no género feminino foi de 3,5 (±3,8), significativamente superior à média de 1,7 (±2,9) dentes obturados, existente no género masculino. No grupo dos idosos, o índice CPOd foi igual a 21,8 (±6,9). Este valor foi significativamente superior ao obtido para os adultos, 17,6 (±6,5). Os idosos possuíam, significativamente maior número de dentes perdidos, 11,7 (±6,2) do que os adultos, 6,1 (±5,9). Os valores mínimos – máximos no total da amostra foram: 0 – 24, 0 – 32 e 0 – 12 dentes cariados, perdidos e obturados, respectivamente.

**Tabela XX – Caracterização do Índice CPOd em indivíduos maiores de 18 anos.**

Género	Indivíduos n (%)	CPOd	Cariados	Perdidos	Obturados
		Média (±DP*)	Média (±DP*)	Média (±DP*)	Média (±DP*)
Feminino	52 (41,3)	18,3 (6,8)	8,3 (4,2)	6,4 (5,3)	3,5 (3,8)
Masculino	46 (36,5)	18,3 (6,7)	8,9 (5,0)	7,7 (7,1)	1,7 (2,9)
<i>p value</i>		0,994	0,548	0,551	0,004
<b>*DP= Desvio Padrão</b>					
Grupo de Idade (anos)	Indivíduos n (%)	CPOd	Cariados	Perdidos	Obturados
		Média (±DP*)	Média (±DP*)	Média (±DP*)	Média (±DP*)
19-59	82 (65,1)	17,6 (6,5)	8,9 (4,7)	6,1 (5,9)	2,6 (3,5)
≥60	16 (12,7)	21,8 (6,9)	7,3 (4,4)	11,7 (6,2)	2,9 (3,9)
<i>p value</i>		0,022	0,139	<0,001	0,559
<b>*DP= Desvio Padrão</b>					

O índice de placa de Silness e Løe em indivíduos maiores de 18 anos (Tabela XXI) foi igual a 1,1 ( $\pm 0,7$ ) no género feminino, significativamente inferior à média de 1,4 ( $\pm 0,8$ ), obtida no género masculino, ( $p$  value = 0,013). Nos grupos de idade, os adultos possuem um índice de placa igual a 1,3 ( $\pm 0,8$ ), superior ao dos idosos, 1,2 ( $\pm 0,5$ ), mas sem diferenças significativas.

**Tabela XXI – Caracterização do Índice de placa de Silness e Løe em indivíduos maiores de 18 anos.**

Género	Indivíduos	Índice de Silness e Løe	<i>p</i> value
	n (%)	Média ( $\pm$ DP*)	
<b>Feminino</b>	52 (41,3)	1,1 (0,7)	0,013
<b>Masculino</b>	46 (36,5)	1,4 (0,8)	
<b>*DP= Desvio Padrão</b>			
Grupo de Idade (anos)	Indivíduos	Índice de Silness e Løe	<i>p</i> value
	n (%)	Média ( $\pm$ DP*)	
<b>19-59</b>	82 (65,1)	1,3 (0,8)	0,703
<b><math>\geq 60</math></b>	16 (12,7)	1,2 (0,5)	
<b>*DP= Desvio Padrão</b>			

#### II.2.viii. Caracterização quantitativa da dentição

No que respeita ao número de dentes presentes em boca (Tabela XXII), o género feminino e masculino possuíam, respectivamente, uma média de 25,6 ( $\pm 5,3$ ) e 24,0 ( $\pm 6,6$ ). Não foram encontrados indivíduos do género feminino com menos de 10 dentes em boca, já no masculino existiu edentulismo. Avaliando a ausência ou perda dentária, por qualquer motivo chegou-se a uma média de 6,4 ( $\pm 5,3$ ) dentes ausentes no género feminino e 7,7 ( $\pm 7,2$ ) no masculino. Não existiram dentes supranumerários. Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de idade. Os adultos possuíam a média de 25,9 ( $\pm 5,9$ ) dentes presentes em boca, mais do que os idosos, com uma média de 20,2 ( $\pm 6,2$ ) dentes. Igualmente, os idosos tinham 11,9 ( $\pm 6,2$ ) dentes ausentes, significativamente mais do que os adultos, com média de 6,1 ( $\pm 5,9$ ) ausências

**Tabela XXII – Caracterização quantitativa da dentição, em função do género.**

Dentes	Género	n* <sup>1</sup> (nd* <sup>2</sup> )	Média (±DP* <sup>3</sup> )	Mín – Máx
<b>Presentes em Boca</b> <i>p value = 0,303</i>	Feminino	52 (1332)	25,6 (5,3)	10 – 31
	Masculino	46 (1118)	24,0 (6,6)	0 – 29
<b>Ausentes</b> <i>p value = 0,546</i>	Feminino	52 (333)	6,4 (5,3)	0 – 22
	Masculino	46 (354)	7,7 (7,2)	0 – 32
<b>Impactados</b> <i>p value = 0,054</i>	Feminino	52 (4)	0,1 (0,4)	0 – 3
	Masculino	46 (13)	0,3 (0,8)	0 – 4
<b>Supranumerários</b> <i>p value =</i>	Feminino	52 (0)	-	-
	Masculino	46 (0)	-	-

\*<sup>1</sup>n= número de indivíduos \*<sup>2</sup>nd= número de dentes \*<sup>3</sup>DP= desvio padrão

Dentes	Grupos de idade	n* <sup>1</sup> (nd* <sup>2</sup> )	Média (±DP* <sup>3</sup> )	Mín – Máx
<b>Presentes em Boca</b> <i>p value = &lt;0,001</i>	19-59	82 (2127)	25,9 (5,9)	0 – 32
	≥60	16 (323)	20,2 (6,2)	10 – 31
<b>Ausentes</b> <i>p value = &lt;0,001</i>	19-59	82 (497)	6,1 (5,9)	0 – 32
	≥60	16 (190)	11,9 (6,2)	1 – 32
<b>Impactados</b> <i>p value = 0,167</i>	19-59	82 (17)	0,2 (0,7)	0 – 4
	≥60	16 (0)	-	-
<b>Supranumerários</b> <i>p value =</i>	19-59	82 (0)	-	-
	≥60	16 (0)	-	-

\*<sup>1</sup>n= número de indivíduos \*<sup>2</sup>nd= número de dentes \*<sup>3</sup>DP= desvio padrão

## 2ª AVALIAÇÃO

### II.2.ix. Caracterização da assiduidade do paciente

No total da amostra (Tabela XXIII), foram prestadas 418 consultas em 4 meses. O género masculino recebeu 228 consultas, 3,9 (±3,0) por indivíduo, uma média significativamente superior à do género feminino, 2,8 (±2,8). Ainda foi constatado que o número máximo de consultas recebidas foi 14, em ambos os géneros.

A média de consultas aumenta significativamente com a idade, 2,7 (±2,0), 3,1 (±2,6) e 5,6 (±4,4) consultas recebidas por jovens, por adultos e por idosos, respectivamente. O máximo de consultas recebidas foi 8, 12 e 14, segundo a mesma ordem.

**Tabela XXIII – Caracterização do número de consultas recebidas.**

Género	Indivíduos n (%)	Número de consultas recebidas	
		Total	Média ( $\pm$ DP*)
Feminino	67 (53,2)	190	2,8 (2,8)
Masculino	59 (46,8)	228	3,9 (3,0)
*DP= Desvio Padrão			<i>p value</i> = 0,021
Grupos de idade	Indivíduos n (%)	Número de consultas recebidas	
		Total	Média ( $\pm$ DP*)
$\leq 18$	28 (22,2)	76	2,7 (2,0)
19-59	82 (65,1)	251	3,1 (2,6)
$\geq 60$	16 (12,7)	91	5,6 (4,4)
*DP= Desvio Padrão			<i>p value</i> = 0,037

Cada indivíduo do género feminino faltou, em média, 0,5 ( $\pm$ 0,7) consultas no período de 4 meses, e o género masculino faltou 0,6 ( $\pm$ 0,9) consultas. Existiu um máximo de 2 e 4 faltas, no género feminino e masculino, respectivamente.

A mesma avaliação descrita por grupos de idade, revela que os jovens faltaram em média a 0,4 ( $\pm$ 0,7) consultas, os idosos 0,4 ( $\pm$ 0,6) consultas e, por fim, os adultos deram 0,7 ( $\pm$ 0,8) faltas. Não existiram diferenças significativas entre os géneros nem entre os grupos de idade, relativamente ao número de faltas. (Tabela XXIV)

**Tabela XXIV – Caracterização do número de faltas.**

Género	Indivíduos n (%)	Número de faltas	
		Total	Média ( $\pm$ DP*)
Feminino	67 (53,2)	36	0,5 (0,7)
Masculino	59 (46,8)	38	0,6 (0,9)
*DP= Desvio Padrão			<i>p value</i> = 0,786
Grupos de idade	Indivíduos n (%)	Número de faltas	
		Total	Média ( $\pm$ DP*)
$\leq 18$	28 (22,2)	12	0,4 (0,7)
19-59	82 (65,1)	55	0,7 (0,8)
$\geq 60$	16 (12,7)	7	0,4 (0,6)
*DP= Desvio Padrão			<i>p value</i> = 0,230

A Tabela XXV descreve o número de desmarcações, tendo havido 2 desmarcações no género feminino, o que representou uma média de 0,04 ( $\pm$ 0,2) e 4 desmarcações no género masculino, em média 0,1 ( $\pm$ 0,3) faltas. Os jovens desmarcaram 1 consulta e os

adultos 5, sendo as médias para a amostra de 0,04 ( $\pm 0,2$ ) e 0,1 ( $\pm 0,2$ ), respectivamente. Não existiram diferenças significativas entre os géneros nem entre os grupos de idade, relativamente ao número de desmarcações.

**Tabela XXV – Caracterização do número de desmarcações.**

Género	Indivíduos n (%)	Número de desmarcações	
		Total	Média ( $\pm DP^*$ )
Feminino	67 (53,2)	2	0,04 (0,2)
Masculino	59 (46,8)	4	0,1 (0,3)
*DP= Desvio Padrão			<i>p value</i> = 0,320
Grupos de idade	Indivíduos n (%)	Número de desmarcações	
		Total	Média ( $\pm DP^*$ )
$\leq 18$	28 (22,2)	1	0,04 (0,2)
19-59	82 (65,1)	5	0,1 (0,2)
$\geq 60$	16 (12,7)	0	-
*DP= Desvio Padrão			<i>p value</i> = 0,552

## II.2.x. Continuidade do tratamento

No total da amostra, 87,3% dos indivíduos deram continuidade aos tratamentos clínicos e 12,7% desistiram (Tabela XXVI). Registaram-se 11,9% e 13,6 % de desistência, no género feminino e masculino, respectivamente. Quanto aos grupos de idade, 14,3%, 13,4% e 6,3% dos jovens, adultos e idosos, respectivamente, desistiram do tratamento. Não existiram diferenças significativas entre os géneros nem entre os grupos de idade, quanto à continuidade do tratamento.

**Tabela XXVI – Continuidade do tratamento.**

Género	Indivíduos n (%)	Continua n (%)	Desiste n (%)
Masculino	59 (46,8)	51 (86,4)	8 (13,6)
Total	126(100)	110 (87,3)	16 (12,7)
			<i>p value</i> = 0,997
Grupos de idade	Indivíduos n (%)	Continua n (%)	Desiste n (%)
19-59	82 (65,1)	71 (86,6)	11 (13,4)
$\geq 60$	16 (12,7)	15 (93,8)	1 (6,3)
			<i>p value</i> = 0,704

## II.2.xi. Caracterização da prestação de cuidados de saúde oral

A Tabela XXVII apresenta as percentagens de indivíduos que receberam pelo menos um tratamento, por género e por tipo de tratamento. Assim, 47,8% e 54,2% dos indivíduos do género feminino e masculino, respectivamente, usufruíram de algum tratamento restaurador (dentística). Segue-se a destartarização, que foi realizada em 46,8% dos indivíduos e o tratamento endodontico, usufruído por 13,5% dos indivíduos. Não houve diferenças significativas entre os géneros, quanto aos tratamentos recebidos.

*Tabela XXVII – Percentagem de indivíduos que recebeu tratamentos.*

Tratamentos	Tratamentos recebidos	Género		Total n(%)	
		Feminino n(%)	Masculino n(%)		
<b>Extracção devido a:</b>	<b>Cárie</b>	Sim	8 (11,9)	8 (13,6)	16 (12,7)
		Não	59 (88,1)	51 (86,4)	110 (87,3)
	<b>Doença Periodontal</b>	Sim	4 (6,0)	6 (10,2)	10 (7,9)
		Não	63 (94,0)	53 (89,8)	116 (92,1)
<b>Presença de Raiz</b>	Sim	9 (13,4)	6 (10,2)	15 (11,9)	
	Não	58 (86,6)	53 (89,8)	111 (88,1)	
<b>Outro Motivo</b>	Sim	6 (9,0)	6 (10,2)	12 (9,5)	
	Não	61 (91,0)	53 (89,8)	114 (90,5)	
<b>Dentística</b>	Sim	32 (47,8)	32 (54,2)	64 (50,8)	
	Não	35 (52,2)	27 (45,8)	64 (49,2)	
<b>Endodontia</b>	Sim	8 (11,9)	9 (15,3)	17 (13,5)	
	Não	59 (88,1)	50 (84,7)	109 (86,5)	
<b>Medicina Oral</b>	Sim	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	Não	0 (0)	0 (0)	126 (100)	
<b>Oclusão</b>	Sim	2 (3,0)	0 (0)	2 (1,6)	
	Não	65 (97,0)	0 (0)	124 (98,4)	
<b>Ortodontia</b>	Sim	2 (3,0)	2 (3,4)	4 (3,2)	
	Não	65 (97,0)	57 (96,6)	122 (96,8)	
<b>Destartarização</b>	Sim	24 (35,8)	35 (59,3)	59 (46,8)	
	Não	43 (64,2)	24 (40,7)	67 (53,2)	
<b>RAR</b>	Sim	3 (4,5)	4 (6,8)	7 (5,6)	
	Não	64 (95,5)	55 (93,2)	119 (94,4)	
<b>Prostodontia</b>	<b>Fixa</b>	Sim	2 (3,0)	1 (1,7)	3 (2,4)
		Não	65 (97,0)	58 (98,3)	123 (97,6)
	<b>Total Removível</b>	Sim	0 (0)	2 (3,4)	2 (1,6)
<b>Parcial Removível</b>	Não	0 (0)	57 (96,6)	124 (98,4)	
	Sim	3 (4,5)	4 (6,8)	7 (5,6)	
<b>Outros</b>	Não	64 (95,5)	55 (93,2)	119 (94,4)	
	Sim	3 (4,5)	2 (3,4)	5 (4,0)	
	Não	64 (95,5)	57 (96,6)	121 (96,0)	

A Tabela XXVIII descreve o total de 457 tratamentos efectuados (219 no género feminino e 238 no masculino), relativamente ao género. Os tratamentos restauradores (Dentística Operatória) foram os mais abundantes. Existiram 88 destes tratamentos, o que equivale a uma média de 1,3 ( $\pm 1,7$ ) tratamentos por indivíduo do género feminino. No género masculino registaram-se 94 tratamentos restauradores, média de 1,6 ( $\pm 1,9$ ).

O segundo tratamento mais comum foi a destartarização, realizando-se em média 0,4 ( $\pm 0,6$ ) e 0,6 ( $\pm 0,5$ ) destartarizações por indivíduo, do género feminino e do género masculino, respectivamente.

O terceiro tratamento mais comum para o género feminino foi a exodontia de restos radiculares, com média de 0,3 ( $\pm 1,3$ ) restos radiculares extraídos. O género masculino possuía uma média de 0,4 ( $\pm 0,9$ ) tratamentos de endodontia. Não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros, em relação aos tratamentos recebidos.

**Tabela XXVIII – Tratamentos recebidos.**

Tratamentos recebidos	Género				p value	
	n	Feminino Média ( $\pm DP^{*1}$ )	n	Masculino Média ( $\pm DP^{*1}$ )		
Extracção devido a:	Cárie	9	0,1 (0,4)	19	0,3 (1,1)	0,679
	Doença Periodontal	21	0,3 (1,6)	20	0,3 (1,3)	0,410
	Presença de Raiz	23	0,3 (1,3)	7	0,1 (0,4)	0,509
	Outro Motivo	9	0,1 (0,6)	8	0,1 (0,5)	0,821
Dentística	88	1,3 (1,7)	94	1,6 (1,9)	0,413	
Endodontia	19	0,3 (0,9)	21	0,4 (0,9)	0,592	
Medicina Oral	0	-	0	-	* <sup>2</sup>	
Oclusão	3	0,1 (0,3)	0	-	0,183	
Ortodontia	2	0,03 (0,2)	2	0,03 (0,2)	0,898	
Destartarização	26	0,4 (0,6)	36	0,6 (0,5)	<b>0,013</b>	
RAR	7	0,1 (0,6)	6	0,1 (0,4)	0,592	
Prostodontia	Fixa	4	0,1 (0,4)	1	0,02 (0,1)	0,630
	Total Removível	0	-	6	0,1 (0,6)	0,130
	Parcial Removível	5	0,1 (0,4)	16	0,3 (1,3)	0,559
Outros	3	0,1 (0,2)	2	0,03 (0,8)	0,183	

\*<sup>1</sup>DP= Desvio Padrão

\*<sup>2</sup> Não foi possível realizar teste estatístico.

A Tabela XXIX descreve os tratamentos efectuados, relativamente aos grupos de idade. No que respeita aos tratamentos recebidos com mais frequência, existiram 55, 105 e 22 tratamentos restauradores (Dentística Operatória), recebidos pelos jovens, adultos e idosos, respectivamente. Com médias de 2,0 ( $\pm 1,9$ ) restaurações realizadas em jovens, 1,3 ( $\pm 1,8$ ) nos adultos e 1,4 ( $\pm 1,6$ ) nos idosos.

Nos jovens e nos adultos, o segundo tratamento mais frequente foi a Destartarização, com médias de 0,3 ( $\pm 0,5$ ) e 0,5 ( $\pm 0,6$ ) destartarizações por indivíduo. Os idosos alcançaram a média de 1,3 ( $\pm 3,3$ ) extracção devido a doença periodontal.

Quanto ao terceiro tratamento efectuado mais comum, nos jovens foram 0,2 ( $\pm 0,6$ ) extracções por outro motivo, nos adultos existiram 0,3 ( $\pm 0,9$ ) TENC (Endodontia) e nos idosos houve 1,1 ( $\pm 2,5$ ) tratamentos de PPR por indivíduo. Existiram diferenças significativas nos tratamentos de ortodontia, PF e PPR.

*Tabela XXIX – Tratamentos recebidos, por grupos de idade.*

Tratamentos recebidos	Grupo de Idade (anos)						p value	
	n	≤18 Média ( $\pm DP^{*1}$ )	n	19-59 Média ( $\pm DP^{*1}$ )	n	≥60 Média ( $\pm DP^{*1}$ )		
Extracção devido a:	Cárie	3	0,1 (0,4)	23	0,3 (0,9)	2	0,1 (0,3)	0,587
	Doença Periodontal	0	-	20	0,2 (1,0)	21	1,3 (3,3)	0,071
	Presença de Raiz	2	0,1 (0,3)	25	0,3 (1,2)	3	0,2 (0,5)	0,639
	Outro Motivo	5	0,2 (0,6)	12	0,2 (0,5)	0	-	0,385
Dentística	55	2,0 (1,9)	105	1,3 (1,8)	22	1,4 (1,6)	0,146	
Endodontia	2	0,1 (0,3)	27	0,3 (0,9)	11	0,7 (1,3)	0,069	
Medicina Oral	0	-	0	-	0	-	* <sup>2</sup>	
Oclusão	0	-	3	0,04 (0,3)	0	-	0,582	
Ortodontia	4	0,1 (0,4)	0	-	0	-	<b>0,001</b>	
Destartarização	9	0,3 (0,5)	42	0,5 (0,6)	11	0,7 (0,5)	0,073	
RAR	0	-	9	0,1 (0,5)	4	0,3 (0,7)	0,201	
Prostodontia	Fixa	0	-	1	0,01 (0,1)	4	0,3 (0,8)	<b>0,016</b>
	Total Removível	0	-	6	0,2 (0,5)	0	-	0,582
	Parcial Removível	0	-	4	0,1 (0,2)	17	1,1 (2,5)	<b>0,024</b>
Outros	0	-	3	0,03 (0,1)	2	0,1 (0,3)	0,256	

\*<sup>1</sup>DP= Desvio Padrão

\*<sup>2</sup> Não foi possível realizar teste estatístico.

Foram efectuadas 138 radiografias intraorais (Tabela XXX), média de 0,9 ( $\pm 1,6$ ) e 1,3 ( $\pm 2,5$ ) radiografias por indivíduo do género feminino e masculino, respectivamente. Existe uma média de 0,5 ( $\pm 1,1$ ), 1,2 ( $\pm 2,3$ ) e 1,7 ( $\pm 2,2$ ) radiografias intraorais efectuadas em jovens, adultos e idosos, respectivamente.

**Tabela XXX – Utilização do raio-X intraoral – método auxiliar de diagnóstico.**

Género	Indivíduos n (%)	Número raio-X intraorais	
		Total	Média ( $\pm DP^*$ )
Feminino	67 (53,2)	60	0,9 (1,6)
Masculino	59 (46,8)	78	1,3 (2,5)
<i>p value = 0,529</i>			
Grupos de idade	Indivíduos n (%)	Número raio-X intraorais	
		Total	Média ( $\pm DP^*$ )
$\leq 18$	28 (22,2)	14	0,5 (1,1)
19-59	82 (65,1)	97	1,2 (2,3)
$\geq 60$	16 (12,7)	27	1,7 (2,2)
<i>p value = 0,152</i>			

\*DP= Desvio Padrão

A prescrição de fármacos está descrita na Tabela XXXI. Foram prescritos antibióticos a 1,5% e 5,1% dos indivíduos do género feminino e masculino, respectivamente. Quanto aos anti-inflamatórios, existiu a prescrição destes a 3% e 8,5%, ao género feminino e masculino, respectivamente. Ainda, 1,5% dos indivíduos do género feminino e 3,4% do masculino obtiveram prescrição para analgésicos. Foi prescrita Clorohexidina a 3,4% dos indivíduos do género masculino.

**Tabela XXXI – Prescrição de fármacos.**

Fármacos	Género	
	Feminino n (%)	Masculino n (%)
Antibiótico	1 (1,5)	3 (5,1)
Anti-inflamatório	2 (3,0)	5 (8,5)
Analgésico	1 (1,5)	2 (3,4)
Clorohexidina	0 (0)	2 (3,4)

\*não foi possível realizar teste estatístico.

*p value\**

A Tabela XXXII esquematiza o número de consultas recebidas, de acordo com a área de atendimento, no total de 418 consultas (190 no género feminino e 228 no masculino) em 4 meses.

Assim sendo, a área de atendimento de Clínica Integrada distingue-se pelo maior número de consultas prestadas aos elementos da amostra populacional. No género feminino existiu uma média de 1,3 ( $\pm 2,0$ ) consultas recebidas no total da amostra e no género masculino, a média foi de 1,5 ( $\pm 2,2$ ) consultas recebidas. A média de consultas recebidas, na área da Cirurgia Oral foi de 0,4 ( $\pm 1,1$ ) e 0,5 ( $\pm 1,1$ ) consultas, no género feminino e masculino, respectivamente. A Odontopediatria proporcionou, em média, 0,2 ( $\pm 0,7$ ) e 0,7 ( $\pm 1,7$ ) consultas por indivíduo do género feminino e masculino, respectivamente. Ainda a Periodontia, com uma média de consultas prestadas igual (0,3  $\pm 0,7$ ) quer ao género feminino, quer ao masculino. Nenhum indivíduo foi consultado nos blocos operatórios (Estágio) de Cirurgia, nem de Dentística. Apenas indivíduos do género feminino obtiveram consultas nos blocos operatórios de Endodontia, Oclusão e Periodontia, realizando em média 0,02 ( $\pm 0,1$ ), 0,1 ( $\pm 0,3$ ) e 0,02 ( $\pm 0,1$ ) consultas, respectivamente. Não houve diferenças significativas entre os géneros, nas variáveis onde o teste estatístico foi viável.

**Tabela XXXII – Total de consultas recebidas por área de atendimento.**

Áreas de Atendimento	Género				p value	
	n	Feminino Média ( $\pm DP^{*1}$ )	n	Masculino Média ( $\pm DP^{*1}$ )		
Cirurgia	27	0,4 (1,1)	30	0,5 (1,1)	0,648	
Clínica Integrada	90	1,3 (2,0)	89	1,5 (2,2)	0,880	
Diagnóstico e Planeamento	4	0,1 (0,3)	3	0,1 (0,4)	0,650	
Medicina Dentária Conservadora	17	0,3 (0,8)	14	0,2 (0,8)	0,948	
Odontopediatria	12	0,2 (0,7)	42	0,7 (1,7)	0,045	
Ortodontia	3	0,1 (0,3)	7	0,1 (0,6)	0,324	
Periodontia	20	0,3 (0,7)	19	0,3 (0,7)	0,848	
Prostodontia Removível	5	0,1 (0,4)	16	0,3 (1,2)	0,352	
Bloco operatório de	Cirurgia	0	-	0	-	* <sup>2</sup>
	Dentística	0	-	0	-	* <sup>2</sup>
	Endodontia	1	0,02 (0,1)	0	-	0,348
	Oclusão	3	0,1 (0,3)	0	-	0,183
	Periodontia	1	0,02 (0,1)	0	-	0,348
	Prostodontia Fixa	1	0,02 (0,1)	1	0,02 (0,1)	0,928
	Prostodontia Total	6	0,1 (0,7)	7	0,1 (0,6)	0,263

\*<sup>1</sup> DP= Desvio Padrão

\*<sup>2</sup> Não foi possível realizar teste estatístico.

Relativamente aos grupos de idade (Tabela XXXIII), foi possível determinar que a disciplina de Clínica Integrada proporcionou significativamente ( $p=0,016$ ) mais consultas a idosos e adultos, com média de 1,8 ( $\pm 2,1$ ) consultas, relativamente aos jovens, 0,2 ( $\pm 0,8$ ). Os pacientes jovens, adultos e idosos, acudiram a uma média de 0,04 ( $\pm 0,2$ ), 0,5 ( $\pm 1,0$ ) e 1,0 ( $\pm 2,1$ ) consultas, da área de Cirurgia, existindo diferenças significativas. Quanto à disciplina de Periodontia, também houve diferenças significativas e foram realizadas em média 0,04 ( $\pm 0,2$ ), 0,3 ( $\pm 0,7$ ) e 0,7 ( $\pm 1,0$ ) consultas, respectivamente aos jovens, adultos e idosos. No que se referiu às consultas do bloco operatório, apenas os adultos e idosos utilizaram a este serviço. As consultas de Odontopediatria, Ortodontia e Prostodontia Removível apresentaram diferenças significativas entre os grupos de idades, em relação às consultas recebidas.

**Tabela XXXIII** – Total de consultas recebidas por área de atendimento e grupo de idade.

Áreas de Atendimento	Grupo de Idade (anos)						p value	
	n	≤18 Média (±DP* <sup>1</sup> )	n	19-59 Média (±DP* <sup>1</sup> )	n	≥60 Média (±DP* <sup>1</sup> )		
Cirurgia	1	0,04 (0,2)	40	0,5 (1,0)	16	1,0 (2,1)	<b>0,016</b>	
Clínica Integrada	6	0,2 (0,8)	145	1,8 (2,2)	28	1,8 (2,1)	<b>0,002</b>	
Diagnóstico e Planeamento	0	-	4	0,1 (0,3)	3	0,2 (0,8)	0,416	
Medicina Dentária Conservadora	4	0,1 (0,8)	18	0,2 (0,7)	9	0,6 (1,3)	0,091	
Odontopediatria	54	1,9 (2,1)	0	-	0	-	<b>&lt;0,001</b>	
Ortodontia	10	0,4 (0,9)	0	-	0	-	<b>&lt;0,001</b>	
Periodontia	1	0,04 (0,2)	27	0,3 (0,7)	11	0,7 (1,0)	<b>0,006</b>	
Prostodontia Removível	0	-	5	0,1 (0,2)	16	1,0 (2,3)	<b>0,039</b>	
Bloco operatório de	Cirurgia	0	-	0	-	0	-	* <sup>2</sup>
	Dentística	0	-	0	-	0	-	* <sup>2</sup>
	Endodontia	0	-	1	0,01 (0,1)	0	-	0,765
	Oclusão	0	-	3	0,04 (0,3)	0	-	0,582
	Periodontia	0	-	1	0,01 (0,1)	0	-	0,765
	Prostodontia Fixa	0	-	1	0,01 (0,1)	1	0,1 (0,3)	0,256
	Prostodontia Total	0	-	6	0,1 (0,5)	7	0,4 (1,5)	0,063

\*<sup>1</sup>DP= Desvio Padrão

\*<sup>2</sup> Não foi possível realizar teste estatístico.

## **II.4. Discussão dos resultados**

A existência de necessidades de saúde oral e sua percepção, frequentemente leva à procura de cuidados (Ekanayake *et al.*, 2001). Para que estes sejam os mais adequados, deve existir uma avaliação meticulosa das carências da população, assim como da capacidade de resposta dos serviços de saúde.

### **II.3.i. Distribuição da amostra observada segundo o género e a idade**

A análise estatística da amostra observada revelou maior número de indivíduos pertencentes ao género feminino (53,2%), sendo que 46,8% da amostra pertenceu a indivíduos do género masculino. Estes valores estão de acordo com os dados do Censos 2001, que apontam para 51,7% e 48,3% de indivíduos do género feminino e masculino na população Portuguesa, respectivamente (INE, 2002). Estudos realizados em diferentes países apresentam distribuições semelhantes: Ekanayake *et al.* (2001) com 59,5% e 40,5% de indivíduos do género feminino e masculino, respectivamente, e Leggott *et al.* (2002) com 51,2% e 48,8%, segundo a mesma ordem de géneros.

A faixa etária dos 19 aos 59 anos foi a maior utilizadora da Clínica Dentária da FCS – UFP. A média de idades obtida foi  $34,5 \pm 19,2$  anos. Nos Censos 2001 a média de idade da população Portuguesa é de 39,5 anos, a diferença não é muito relevante. Leggott *et al.* (2002) obteve uma amostra populacional com uma média de idade semelhante, 38,8 anos.

### **II.3.ii. Distribuição da amostra observada segundo a residência**

A amostragem populacional residia, maioritariamente, em meio urbano (91,3%). Este facto deveu-se, provavelmente, à maior proximidade das Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP. Mesmo assim, existiu um grupo restrito de 8,7% de indivíduos do meio rural que, em vez de optar por serviços mais próximos, preferiram deslocar-se aos serviços de saúde mais afastados. Este facto pôde dever-se a factores económicos, ou à preferência pelas Clínicas Pedagógicas. Quanto aos grupos etários, a faixa etária  $\geq 60$  anos não

incluiu residentes de meios rurais, podendo-se justificar pela maior dificuldade de deslocação.

### **II.3.iii. Distribuição da amostra observada segundo a classificação de Graffar**

A classificação socioeconómica determinou que a maioria (36,5%) dos indivíduos pertencia à Classe III de Graffar. Esta classe corresponde à classe socioeconómica média. Seguiu-se a classe II (31%), média alta, e a classe IV (22,2%), classe média baixa e baixa. Barros *et al.* (1996) realizaram um estudo numa maternidade do Porto, e obtiveram um nível socioeconómico médio-baixo para 58,3% dos indivíduos (Barros *et al.*, 1996). No presente estudo, a menor percentagem de indivíduos de classe socioeconómica média-baixa e baixa pode ter sido devida à impossibilidade de acarretar os custos dos tratamentos Médico – Dentários, embora estes sejam reduzidos face às clínicas particulares ou a questões relacionadas com prioridades. A classe alta possuiu apenas 8,7% de indivíduos. Presumivelmente, estes indivíduos terão optado por clínicas particulares.

### **II.3.iv. Distribuição da amostra observada segundo o interesse dos pacientes**

Um total de 57,9% dos indivíduos, referiram a saúde em termos gerais, como o seu principal interesse na procura de cuidados em saúde oral. Ainda se constatou que 21,4% dos indivíduos indicaram a mastigação como sendo o seu principal interesse, denotando-se a existência de necessidades funcionais. Identicamente, Klein *et al.* (2004) obteve 21,8% de indivíduos com dificuldade na mastigação. Em terceiro lugar, estiveram as necessidades estéticas, com 14,3%. Seguiram-se as questões de âmbito social (3,2%), e a fala (2,4% referiram dificuldades de elocução). Ainda houve uma minoria que apresentava outro tipo de interesse. Quanto aos grupos de idades, a saúde geral foi o principal interesse dos jovens (82,1%), dos adultos (52,4%), assim como dos idosos (43,8%). Ainda existiu uma percentagem elevada de idosos com interesse em reabilitar a função mastigatória (31,3%), semelhante ao sucedido num estudo de Astrom e Kida (2007), onde avaliaram as necessidades sentidas de 1031 indivíduos com média de 62,9 anos, e concluíram que 37,6% dos indivíduos referiam padecer de dificuldades na mastigação (Astrom e Kida, 2007).

### **II.3.v. Presença de patologia**

A prevalência de patologias foi reduzida e as maiores percentagens ficaram relacionadas com outras patologias, 56,3%, 14,6% e 21,4% dos indivíduos idosos, adultos e jovens. Das patologias consideradas, o género masculino sofreu de maior percentagem de hipertensão, enquanto que as perturbações gástricas foram as patologias mais referidas pelo género feminino. Nos jovens apenas existiu uma percentagem de sopro cardíaco (3,6%), igual percentagem de perturbações gástricas. Quanto aos adultos, a hipertensão foi a patologia mais frequente (8,5%), seguida das perturbações gástricas (7,3%). A prevalência de hipertensão e perturbações gástricas nos idosos foi idêntica (25,0%). Os resultados poderão não ter correspondido à realidade, pois constatou-se um desconhecimento generalizado da própria situação de saúde, aquando do preenchimento da ficha clínica. Ainda assim, estes dados alertam para a prevalência de perturbações gástricas, que devem ser tomadas em consideração, durante a prescrição de fármacos. Um estudo realizado por Klein *et al.* (2004) aponta para uma percentagem superior relativamente à hipertensão (31,4%), numa amostra de 2762 indivíduos. Doença coronária foi registada em 13,1% dos indivíduos e Diabetes em 6,5% (Klein *et al.*, 2004).

### **II.3.vi. Farmacoterapia**

Aproximadamente metade da população referia a toma de fármacos, o que reforça a indispensabilidade de precaver a existência de interacções medicamentosas, no momento da prescrição de fármacos. Os tranquilizantes representaram 10,3% da medicação, com percentagens semelhantes entre os géneros, e os anti-hipertensores 7,9%, percentagem superior no género masculino (8,5%), face ao feminino (7,5%). Os contraceptivos orais foram o fármaco mais comum (13,5%). A percentagem de idosos que tomava anti-hipertensores (31,3%) e medicamentos para o coração (18,8%) foi superior, relativamente aos adultos (6,1% e 1,2%, respectivamente). Os jovens obtiveram a maior percentagem de toma de antibióticos (7,1%), seguidos dos idosos (6,3%) e dos adultos (2,4%).

### **II.3.vii. Tabagismo**

No total da amostra, 24,6% dos indivíduos eram fumadores. Neste grupo de indivíduos, apesar do género masculino ter tido menor número de fumadores (22%) estes fumavam significativamente mais (média de  $23,1 \pm 13,2$  cigarros por dia), do que o género feminino, que constava de 26,9% de indivíduos fumadores e média de  $11,2 \pm 6,6$  cigarros por dia. Segundo a WHO (2005), Portugal possuía em 2005, 31,0% de indivíduos fumadores do género feminino e maiores de 16 anos. Andrews *et al.* (1998) realizaram um estudo em Oregon com uma amostra de 13897 pacientes entre os 15 e os 95 anos, onde existiam menos fumadores (11,8%). O género masculino apresentou menos fumadores (41,2%), do que o feminino, tal como no presente estudo (Andrews *et al.*, 1998). Porém, a percentagem de fumadores varia consoante os estudos, Ojima *et al.* (2007) referem uma percentagem semelhante, numa amostra de 1314 indivíduos, 29,6% de fumadores, 55,3% no género masculino e 15,5% no feminino. Hanioka *et al.* (2007) obtiveram 23,1% de fumadores (7,8% no género feminino e 45,6% no masculino) e Samorodnitzky *et al.* (2005) acharam 30,8% de fumadores.

Neste estudo existiram apenas fumadores com idades compreendidas entre os 19 e os 59 anos de idade (62,2%). Devido ao pudor e ao receio de represálias, especialmente os jovens, poderão ter ocultado o consumo de tabaco. Segundo a WHO, Portugal possuía em 2005 menor percentagem de indivíduos adultos (maiores de 16 anos) fumadores, 35,8%. (WHO, 2005).

### **II.3.viii. Consumo de bebidas alcoólicas**

Os indivíduos que não consumiam bebidas alcoólicas diariamente, foram significativamente mais (80,2%) do que aqueles que referiram o seu consumo (19,8%). Ojima *et al.* (2007) obtiveram no seu estudo 21,8% de indivíduos com consumo diário de bebidas alcoólicas. Em média, o género masculino consumia, significativamente mais bebidas alcoólicas/dia do que o género feminino ( $0,9 \pm 2,9$  e  $0,1 \pm 0,3$ , respectivamente). Também, no que se referia apenas aos indivíduos que consomem bebidas alcoólicas, o género masculino (33,9%) consumia mais ( $2,7 \pm 4,5$ ) bebidas alcoólicas/dia, do que o feminino (7,5%) ( $1,2 \pm 0,5$ ). O NIAAA define o paciente

alcoólico com elevado risco de desenvolver cancro oral (abuso ou dependência). No género masculino serão todos os pacientes que bebem regularmente mais de 14 bebidas alcoólicas à semana ou mais de 4 ao dia e, no género feminino e idosos acima dos 65 anos, aqueles pacientes que consomem mais de 7 bebidas alcoólicas à semana e 3 ao dia (*cit. in* Miller, 2006). Existiram indivíduos do género masculino (máximo de 20 bebidas alcoólicas diárias), que possuíam elevado risco de cancro oral.

Nos grupos de idade, registou-se um consumo superior entre os 19 e 59 anos (28,0%), em relação aos indivíduos com 60 ou mais anos (12,0%). Os jovens não referiram o consumo diário de bebidas alcoólicas, porém estes valores poderão não corresponder à realidade devido a pudor e ao receio de represálias. Grant (1997) e o *Nacional Institute on Drug Abuse* (1992), referem que o consumo máximo de álcool ocorre nos indivíduos com idades entre 20 e 35 anos, e decresce a partir dos 40 anos. Entre indivíduos com mais de 65 anos, 7,0% do género masculino e 2,0% do feminino consumiam elevadas quantidades de bebidas alcoólicas (*cit. in* Friedlander *et al.*, 2003). Estes dados estão de acordo com o presente estudo.

### **II.3.ix. Motivo da consulta (necessidade sentida ou procura)**

O motivo da consulta mais frequente foi a dor, representando 28,6% (35,8% do género feminino e 20,3% do masculino) dos motivos referidos, no total da amostra populacional. Seguiu-se o *check-up* (21,4% no total da amostra, 19,4% do género feminino e 23,7% do masculino) e os tratamentos restauradores (17,5% no total da amostra, 16,4% do género feminino e 18,6% do masculino).

A elevada percentagem de pacientes que referiu a dor como queixa principal, revela uma procura tardia e demonstra reduzido interesse na prevenção primária de doenças orais, pelos próprios pacientes. Este facto foi, ainda, reforçado pelo terceiro motivo da consulta mais comum, estando também ele dentro da prevenção secundária (fase patogénica). Uma explicação plausível para estes dados é a falta de informação e conhecimento. Mais, o tratamento para a doença oral tem custos elevados, pelo que existe tendência a recorrer ao Médico Dentista apenas para receber tratamentos de urgência ou para aliviar a dor (Petersen, 2005). As pessoas tendem a subestimar as suas

necessidades de saúde oral (Trevonen *et al. cit. in* Samorodnitzky *et al.*, 2005). Portanto, torna-se necessário alertar para a importância da prevenção, embora exista uma percentagem razoável de *check-up*, face a outros estudos, referidos a seguir.

Num estudo realizado por Ekanayake *et al.* (2001) foram observados 849 pacientes, durante 4 meses, na sua primeira visita à clínica dentária da *University Dental Hospital* em Sri Lanka, com idades entre os 4 e os 79 anos. Ekanayake *et al.* (2001) obtiveram resultados diferentes no que respeita ao motivo principal da consulta, onde 24,9% dos indivíduos referiram os dentes cariados sem existência de dor, seguido de 22,7% de procura para tratamento por dor de dentes. Apenas 3 indivíduos referiram a necessidade de *check-up* (Ekanayake *et al.*, 2001). A queixa principal referente a manchas/tártaro do estudo de Ekanayake *et al.* (2001), obteve 11,3% de indivíduos, semelhante à obtida no presente estudo para destartarização, que foi referida por 11,9% dos indivíduos.

Ainda assim, a soma das percentagens de dor e tratamentos restauradores (somando as duas variáveis obtemos 46,1%) não difere muito, da obtida por Ekanayake *et al.* (2001) para dor e dentes cariados (47,6%). Segundo Razak e Jaafar (1987) e Warnakulasuriya (1997) a dor é, tal como no presente estudo, o motivo da consulta mais comum (*cit. in* Ekanayake *et al.*, 2001). Mialhe *et al.* (2006) observaram que 72% dos indivíduos procuraram cuidados de saúde oral devido a dentes cariados (41%) e dor (31%).

Num outro estudo, realizado por Kamei *et al.* (2000) na Universidade Estadual de Campinas sobre o motivo da consulta, onde participaram 1389 pacientes na consulta de triagem, obtiveram resultados semelhantes ao presente estudo. A dor constituiu 22,9% das queixas principais, seguido dos tratamentos restauradores (21,1%) e tratamentos periodontais (10,9%). A consulta de *check-up* não foi considerada.

Mais, um estudo realizado por Lacerda *et al.* (2004), onde foram abrangidos 754 adultos do Estado de Santa Catarina do Brasil, evidenciou a dor como motivo de consulta principal (18,7% dos indivíduos), sendo 22% e 20,5% do género feminino e masculino, respectivamente.

A dor é responsável por um terço das consultas realizadas no Brasil (Teixeira *et al. cit. in* Lacerda *et al.*, 2004). Um estudo sobre saúde oral em adultos, realizado no Reino Unido, indica a dor como sendo o problema mais frequente (40%), interferindo com as actividades diárias (Nuttall *et al. cit. in* Lacerda *et al.*, 2004).

No entanto, factores cognitivos como o conhecimento, crenças, aspectos culturais e expectativas foram associados a diferenças na percepção da dor, por Slade (2001) (*cit. in* Lacerda *et al.*, 2004).

Quando à necessidade de prótese, 1,6%, 0,8% e 6,3% do total de indivíduos, referiram necessitar de PF, PPR e PT, respectivamente. Estes resultados foram semelhantes, aos publicados por Ekanayake *et al.* (2001), com uma percentagem de necessidade de próteses igualmente baixa (4,4%). No estudo de Kamei *et al.* (2000) a percentagem do motivo de consulta relacionado com a prótese, foi superior, nomeadamente 10,2%.

Relativamente aos grupos de idade, os jovens possuíram como motivo da consulta mais comum o *check-up* (39,3%), seguido de dor (21,4%) e Dentística (17,9%); os adultos obtiveram seguinte sequência de necessidades: dor (31,7%), *check-up* (17,1%), Dentística (15,9%) e entre os idosos, a dor teve a mesma percentagem que a Dentística (25%), sendo que em terceiro lugar, se encontra a destararização (18,8%). Pode-se aferir que no grupo dos jovens existe maior preocupação pela prevenção primária, no entanto, muitos dos jovens usufruíram da sua primeira consulta no Médico Dentista, sendo, na maioria dos casos, uma consulta de *check-up*. Existiram 7,1% de jovens que referiram a Ortodontia, como motivo da consulta, semelhante a um outro estudo, que obteve 8,4% (Kamei *et al.*, 2000). No entanto, Borges *et al.* (2008) obtiveram uma prevalência de dor de 35,6% em 16126 pacientes jovens, existindo sintomatologia dolorosa em 32,6% e 37,8% dos indivíduos do género feminino e masculino, respectivamente.

Os idosos recorreram, na sua maioria, aos cuidados de saúde oral para receberem tratamentos restauradores e também porque padeciam de dor. Astrom e Kida (2007) estudaram as necessidades sentidas por idosos e concluíram, dentro dos problemas específicos de saúde oral, que a dor foi a queixa mais prevalente (30,3%) e que, quanto

à reabilitação protética, 20,5% dos indivíduos necessitavam de PPR e 2,7% carecia de PT. No presente estudo, apenas 6,3% dos idosos referiram como motivo principal a prótese, mais propriamente a PPR. Estes resultados poderão dever-se à preexistência de uma prótese, que deverá ser reavaliada, à falta de consciência das necessidades ou a factores económicos, entre outras hipóteses.

Segundo Ekanayake *et al.* (2001), os grupos de idade <16, dos 35 aos 44 e dos 45 aos 64 anos referiram, na sua maioria, a dor como motivo da consulta. Nos maiores de 65 anos, o motivo principal foi a mobilidade dentária, diferindo do presente estudo (Ekanayake *et al.*, 2001).

### **II.3.x. Tratamentos necessários (necessidade normativa)**

O tratamento necessário mais comum foi o restaurador, com 90,5% da amostra populacional a necessitar de tratamentos da área da Dentística Operatória (91,0% do género feminino e 89,8% do masculino). Seguiu-se a destartarização, com 77,0% dos indivíduos (77,6% do género feminino e 76,3% do masculino), e a reabilitação da função mastigatória através de PPR, com 30,2% dos indivíduos (32,8% do género feminino e 27,1% do masculino). Os tratamentos necessários não diferiram significativamente, entre os géneros.

Nos tratamentos restauradores, os géneros feminino e masculino necessitavam em média,  $6,5 \pm 3,8$  e  $7,1 \pm 3,7$  tratamentos relacionados com Dentística, respectivamente. Em relação à Endodontia, eram necessários  $1,5 \pm 0,9$  e  $1,6 \pm 1,1$  tratamentos endodonticos não cirúrgicos (TENC), no género feminino e masculino, respectivamente.

No estudo realizado por Ekanayake *et al.* (2001) existiu uma menor necessidade de tratamentos restauradores, apenas 35,7% dos indivíduos necessitava este tratamento, e a necessidade normativa mais predominante foi o conjunto de tratamentos periodontais (77,4%). Quanto aos tratamentos endodonticos, estes autores referem que 0,5% dos indivíduos necessitavam este tratamento, e que a prótese parcial removível e a total removível representou 7,5% e 2,6% das necessidades normativas, respectivamente.

Neste artigo, as extracções encontram-se divididas de forma semelhante, extracção devido a: cárie 19,8%, doença periodontal 1,4% e outro motivo 0,5%. (Ekanayake *et al.*, 2001)

No presente estudo, os valores relativos à extracção devido a doença periodontal (7,9%) e à extracção devido a outros motivos (28,6%) foram superiores. A exodontia devido a cárie possuiu igual percentagem. No entanto, poderia ser igualmente superior, uma vez que foi considerado mais uma causa de extracção, nomeadamente a extracção devido à presença de raiz (10,6%). Esta foi agrupada nas extracções devido a cárie, no estudo de Ekanayake *et al.* (2001). Os valores elevados para a extracção por outro motivo deviam-se, na sua maioria, a extracção de terceiros molares e, em menor número, ao planeamento protético, pois este foi, em muitos casos, feito posteriormente. O tratamento endodóntico foi necessário em 24,6% dos indivíduos, um valor muito superior ao apresentado por Ekanayake *et al.* (2001).

Ao considerar o total de exodontias necessárias, existiam 60,1% dos indivíduos que precisavam deste tratamento (59,7% do género feminino, média de  $3,0 \pm 2,4$  e 62,7% do masculino, média de  $3,1 \pm 3,1$ ). Assim, este tratamento constituiu, na realidade, a terceira necessidade normativa mais comum. No que se refere à necessidade de reabilitação da função mastigatória, 43,7% dos indivíduos necessitavam de algum tipo de prótese (41,8% do género feminino e 45,8% do masculino).

Relativamente aos grupos etários, os jovens ( $\leq 18$  anos) apresentavam maior necessidade de tratamentos restauradores (78,6%), destartarização (46,4%) e outros tratamentos (42,9%), muitos deles relacionados com aplicação de flúor e selantes de fissuras, não considerados neste estudo como restauradores (Dentística). A área de ortodontia das Clínicas Pedagógicas destina-se somente a crianças, logo apenas os jovens possuíram essa necessidade normativa registada no plano de tratamento. Quanto aos adultos (19-59 anos), seguiram a distribuição da amostra total e apurou-se que existiu um número significativamente maior de indivíduos que necessitavam de tratamentos de dentística (95,1%), relativamente aos outros grupos etários. Os idosos necessitavam todos de destartarização ( $p < 0,001$ ), o que pode ser explicado pelo tempo desde a última consulta ter sido significativamente superior nesta faixa etária (média de 4,4 anos). Seguiu-se a

dentística (87,5%) e PPR (56,3%). Houve maior número de indivíduos idosos a necessitar de PPR e de PT (12,5%).

As necessidades deveram-se sobretudo a cáries dentárias, ao acumulo de tártaro, a ausências dentárias e à destruição massiva da estrutura dentária, restando apenas tratamentos radicais. Torna-se evidente a elevada percentagem de necessidades normativas que, provavelmente, dever-se-á ao elevado consumo de hidratos de carbono refinados, a hábitos de higiene oral inadequados e a longos períodos de ausência, na consulta de Medicina Dentária. Na amostra total, apenas 6 (4,8%) indivíduos não necessitam tratamento, 2 (1,6%) do género feminino e 4 do masculino (3,2%).

### **II.3.xi. Dor**

Como foi referido anteriormente, a dor foi o motivo da consulta mais comum. Com vista a quantificar qualitativamente a dor, foi utilizada uma escala subjectiva de faces. Assim, no total de indivíduos da amostra populacional, apresentaram-se à consulta de triagem 25,3% com dor presente, havendo períodos em que é esquecida, 3,2% com dor persistente, mas que não impede o exercer das actividades diárias, e 0,8% com uma dor persistente, que transtorna todas as actividades da vida diária, excepto a alimentação e a higiene pessoal. Foi possível constatar que, embora haja uma percentagem elevada de indivíduos que recorrem às Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP para eliminar odontalgias, a grande maioria procurou auxílio para dores com a intensidade mais baixa, da escala subjectiva de faces. Não houve nenhuma situação de dor extrema. Ainda assim, manteve-se um padrão de procura tardia que poderá estar relacionado com ansiedade e receio. Estes dois factores são problemáticos para muitas crianças e adultos, funcionando como uma barreira ao tratamento, que é evitado a todo custo, salvo em casos de emergência ou dor (Samorodnitzky *et al.*, 2005).

### **II.3.xii. Hábitos de higiene oral**

Tanto a *British (BDA)* como a *American Dental Association (ADA)* recomendam escovar os dentes, pelo menos, duas vezes ao dia e uma utilização diária de fio dentário. (*cit. in Andrews et al.*, 1998) (*cit. in Sniehotta et al.*, 2007). O género feminino possuiu

uma frequência de escovagem (1,9 ±0,8 vezes/dia) significativamente superior ao género masculino (1,6 ±0,9 vezes/dia). Um estudo efectuado por Stoltenberg *et al.* (*cit. in Andrews et al.*, 1998) chegou à mesma conclusão, relativamente aos géneros, assim como no estudo de Andrews *et al.* (1998), onde a maioria dos indivíduos (60,3%), escova os dentes duas vezes por dia e o género masculino feminino tem uma frequência de escovagem significativamente superior ao género masculino. Outros estudos referem, identicamente, uma maioria de duas escovagens por dia (Samorodnitzky *et al.*, 2005) (Ojima *et al.*, 2007) (Hanioka *et al.*, 2007). No que respeita aos grupos etários, a maioria (67,2%) dos indivíduos possui uma frequência de escovagem de 2 vezes diárias, para todas as idades, estando de acordo com as recomendações da ADA. No total de indivíduos existem 17,9% e 6,1% de indivíduos jovens e adultos, respectivamente, que não escovam os dentes regularmente.

O uso de flúor, de fio dentário e de colutório era aplicado por 7,1% (7,5% do género feminino e 6,8% do masculino), 15,1% (20,9% do género feminino e 8,5% do masculino) e 17,5% (20,9% do género feminino e 13,6% do masculino) dos indivíduos no total da amostra populacional, respectivamente. Sniehotta *et al.* (2007) obtiveram dados semelhantes na Escócia, onde apenas 5,1% dos indivíduos utilizavam fio dentário diariamente. No entanto, Andrews *et al.* (1998) referem a utilização diária de fio dentário por 28,7% dos indivíduos e, a grande maioria de 75%, pertence ao género feminino. As diferenças encontradas podem dever-se a questões intrínsecas da amostra, como crenças ou literacia. A utilização destes métodos adicionais de higiene oral esteve, maioritariamente, associada aos adultos, à excepção do flúor que era aplicado por 10,7% dos jovens, 6,1% dos adultos e 6,3% dos idosos.

### **II.3.xiii. Visitas ao Médico Dentista**

A *Health Development Agency (HDA)* (2001) considera que um paciente possui uma assiduidade regular, quando visita pelo menos uma vez ao ano o Médico Dentista, para promover a sua saúde oral. No entanto, o período entre consultas deve ser adequado a cada paciente. Apenas tratando-se de um adulto, sem problemas de saúde oral, não fumador e com baixo consumo de hidratos de carbono, poderá ser consultado apenas uma vez ao ano. Kay (1999) conclui, igualmente, que o período entre consultas deve ser

estipulado para cada paciente e defende, como benéfico para a saúde do paciente, duas visitas por ano.

O tempo médio desde a última consulta de Medicina Dentária foi inferior no género feminino ( $2,3 \pm 2,8$  anos), relativamente ao averiguado para o género masculino ( $4,1 \pm 6,9$  anos), tal como o que sucedeu na maioria dos indivíduos (48,7%) questionados por Samorodnitzky *et al.* (2005), que referiram usufruir da última consulta entre 1 e 3 anos, atrás. Este facto pode dever-se ao maior receio dos tratamentos dentários, demonstrado pelo género masculino (Samorodnitzky *et al.* 2005). Ambas as médias foram bastante superiores à recomendada pela HDA.

Um estudo realizado por Mialhe *et al.* (2006) constatou que 94,5% dos indivíduos adultos da amostra populacional tinham visitado o Médico Dentista alguma vez na vida. Destes, a maioria de 41% não o fazia há mais de 3 anos. No presente estudo, 11,1% dos indivíduos realizaram a primeira consulta de Medicina Dentária, destes 35,7%, 3,7% e 6,3% eram jovens, adultos e idosos, respectivamente.

O tempo médio desde a última consulta aumentou significativamente com a idade, 1,0, 3,6 e 4,4 anos de ausência, para os jovens, adultos e idosos, respectivamente. Os jovens possuíam um menor tempo desde a última consulta que os idosos, possivelmente, porque existiu uma maior preocupação por parte dos seus responsáveis, com a saúde dentária e a saúde geral (interesse principal de 82,1% dos jovens). Estes últimos poderão ainda apresentar maiores dificuldades de deslocação e menor motivação para a saúde oral. Barros e Bertoldi (2002) relacionam o tempo de procura a factores económicos, sendo que as pessoas com maior assiduidade são as que pertencem a níveis socioeconómicos mais elevados (*cit. in* Mialhe *et al.*, 2006).

#### **II.3.xiv. Índice CPOd**

O índice CPOd foi calculado para indivíduos com mais de 18 anos. Entre os géneros o valor foi idêntico, 18,6. O número de dentes obturados foi significativamente superior no género feminino ( $3,5 \pm 3,8$ ), relativamente ao masculino ( $1,7 \pm 2,9$ ). Este facto pode ter-se devido ao menor tempo desde a última consulta, por parte do género feminino. O

índice CPOd dos idosos ( $21,8 \pm 6,9$ ) foi significativamente superior ao dos adultos ( $17,6 \pm 6,5$ ). Este facto pode ser explicado pelo número de dentes perdidos, que foi significativamente superior nos idosos ( $11,7 \pm 6,2$ ), relativamente aos adultos ( $6,1 \pm 5,9$ ). No estudo de Lacerda *et al.* (2004) o índice CPOd médio para adultos dos 18 aos 58 anos foi superior, nomeadamente 20,2. Silva e Fernandes (2001) estudaram indivíduos com 60 ou mais anos, residentes em São Paulo, e calcularam uma média de CPOd de 26,7 no total de indivíduos, embora 60,4% dos indivíduos afirma-se não padecer de problemas dentários.

### **II.3.xv. Índice de placa de Silness e Løe**

O índice de placa de Silness e Løe, em maiores de 18 anos, apresentou diferenças significativas entre os géneros, sendo que o género masculino apresentava em média ( $1,4 \pm 0,8$ ) mais placa bacteriana do que o feminino ( $1,1 \pm 0,7$ ). A diferença poderá dever-se à frequência ou técnica de escovagem. Nos grupos de idade, o índice de placa foi semelhante, ainda assim os adultos possuíam um índice ( $1,3 \pm 0,8$ ) superior, superior ao dos idosos ( $1,2 \pm 0,5$ ). Porém, todas as médias corresponderam a um mesmo nível: presença de película aderida à margem gengival livre e adjacente ao dente.

### **II.3.xvi. Dentição**

A média de dentes em boca, em indivíduos maiores de 18 anos, foi superior no género feminino ( $25,6 \pm 5,3$ ), em relação ao masculino ( $24,0 \pm 6,6$ ). Apenas existiu edentulismo no género masculino. Nos grupos de idade, foram encontradas diferenças significativas. Os adultos apresentavam mais dentes em boca ( $25,9 \pm 5,9$ ) do que os idosos ( $20,2 \pm 6,2$ ). A percentagem de indivíduos com menos do que 19 dentes, numa amostra de 3999 indivíduos, foi de 37,3% dos quais 38,5% pertenciam ao género feminino e 35,5% ao masculino. A ausência dentária aumentou significativamente com a idade. (Hanioka *et al.*, 2007) Ainda assim os idosos possuíam mais dentes em boca do que no estudo de Silva e Fernandes (2001), onde a média foi de 11,4 dentes por pessoa com 60 ou mais anos e apontaram a cárie como motivo de 77,2% das ausências dentárias (Silva e Fernandes, 2001). Apenas os adultos apresentaram dentes impactados ( $0,21 \pm 0,70$ ).

## 2ª Avaliação

### II.3.xvii. Caracterização da assiduidade do paciente

#### a) Número de Consultas realizadas

No total da amostra populacional, foram prestadas 418 consultas, num período de 4 meses. Os indivíduos do género feminino receberam em média 2,8 ( $\pm 2,8$ ) consultas, significativamente menos do que o género masculino, com média de 3,9 ( $\pm 3,0$ ) consultas por indivíduo. O número de consultas aumentou significativamente com a idade. Os jovens poderão ter usufruído de menos consultas devido ao planeamento espaçado de consultas, que poderá ter reduzido a média das mesmas. A média elevada de 5,6 consultas nos idosos, dever-se-á, provavelmente, a um maior número de necessidades terapêuticas.

#### b) Número de faltas

O número de faltas foi reduzido. O género masculino faltou em média (0,6  $\pm 0,9$  consultas) mais do que o género feminino (0,5  $\pm 0,7$  consultas). George *et al.* (2007) realizaram um estudo sobre esta temática, numa instituição de ensino durante o período de 6 meses, e concluíram que 43,8% dos pacientes não compareceram à última consulta que lhes foi agendada, dos quais 70,2% pertenciam ao género masculino. E a razão de tal facto devia-se, na sua maioria, à falta de tempo (George *et al.*, 2007). Relativamente ao comportamento dos pacientes, Siegal e Marx (2005) indiciam as faltas e as desmarcações de consultas como sendo o maior problema relatado pelos Médicos Dentistas, referindo existirem menos problemas no que concerne ao pagamento das consultas (Siegal e Marx, 2005). O menor número de faltas pertenceu aos jovens.

#### c) Número de desmarcações

Existiram escassas desmarcações. Nos grupos de idade, apenas os jovens (média de 0,04  $\pm 0,2$ ) e os adultos (média de 0,04  $\pm 0,2$ ) desmarcaram consultas.

### **II.3.xviii. Continuidade do tratamento**

A percentagem de desistências atingiu 12,7% da amostra populacional. Este resultado poder-se-á dever ao facto do tempo das consultas se prolongarem para além de uma hora, no entanto, seria necessário realizar um estudo, para obter maior certeza dos motivos de desistência. Os jovens são o grupo com maiores desistências (14,3%), seguindo-se os adultos (13,4%) e os idosos (6,3%). Richards e Ameen, 2002 referem que os indivíduos jovens possuem uma assiduidade mais irregular, visitando o Médico Dentista casualmente e devido a sintomatologia dolorosa. A maioria de 87,3% dos indivíduos confere continuidade ao tratamento.

### **II.3.xix. Tratamentos recebidos**

O tratamento recebido com mais frequência foi o restaurador, sendo que o género masculino recebeu, em média, mais tratamentos restauradores ( $1,6 \pm 1,9$ ), do que o género feminino ( $1,3 \pm 1,7$ ). Estes resultados são facilmente explicados pela elevada necessidade de tratamentos restauradores (90,5% da amostra populacional). Um estudo realizado na *Ohio State University College of Dentistry* durante um ano e onde foram analisados os tratamentos prestados por estudantes a 19344 pacientes, constatou que o tratamento restaurador foi o mais frequente, no total de tratamentos efectuados, embora com uma média (0,2 tratamentos por paciente) inferior à do presente estudo (Bean *et al.*, 2007). Outro estudo, realizado na Universidade de Washington (UW), confirma a elevada percentagem de tratamentos restauradores, sendo que 76,6% e 83,9% de todos os tratamentos realizados por estudantes da UW e pelos Médicos Dentistas generalistas, respectivamente, correspondem a diagnóstico e tratamento de cáries dentárias (Leggott *et al.*, 2002). A destartarização evidenciou-se como o segundo tratamento mais frequente e foi, novamente, mais frequente no género masculino ( $0,6 \pm 0,5$ ), do que no feminino ( $0,4 \pm 0,6$ ).

No que se refere aos tratamentos cirúrgicos, o género feminino e masculino auferiram, respectivamente, de  $0,1 \pm 0,4$  e  $0,3 \pm 1,1$  extracções devido a cárie,  $0,3 \pm 1,6$  e  $0,3 \pm 1,3$  extracções devido a doença periodontal,  $0,3 \pm 1,3$  e  $0,1 \pm 0,4$  extracções de restos radiculares, e  $0,1 \pm 0,6$  e  $0,1 \pm 0,5$  extracções por outros motivos. Assim, pode-se

constatar que o género feminino realizou mais extracções de restos radiculares do que dentes cariados, contrariamente ao género masculino. Bean *et al.* (2007) obtiveram como o segundo tratamento mais frequente a extracção, com uma média de 0,1 extracções por paciente. Em 404 extracções, Júnior *et al.* (2003) referem que 70,3% se deviam a cáries e 15,1% a doença periodontal. Um estudo realizado por McCaul *et al.* (2001) abrangendo 25% dos Médicos Dentistas generalistas da Escócia e 1730 pacientes, revela valores superiores nas médias de extracção, existindo uma média de 1,47 e 1,48 extracções no género feminino e masculino, respectivamente, e a maioria destas devia-se a cáries/presença de resto radicular (54,7%) e a doença periodontal. No que se refere às extracções realizadas no presente estudo, a maioria das extracções deveram-se a doença periodontal (35,3%), seguido de 25,9%, 24,1% e 14,7% de extracções devido à presença de resto radicular, a cárie e a outros motivos, respectivamente. Somando-se as razões de extracção cárie e presença de resto radicular, obteve-se um resultado de 50%, semelhante a McCaul *et al.* (2001). No entanto os valores de extracção devido a cáries/restos radiculares e doença periodontal variam entre países, Ainamo *et al.* refere: 60% e 18% na Finlândia, Cahen *et al.*: 49% e 32% em França, Agerholm *et al.*: 48% e 27% em Inglaterra, Stephens *et al.*: 63% e 34% no Canadá, Reich *et al.*: 20,7% e 27,3% na Alemanha, Ong *et al.*: 35,4% e 35,8% em Singapura, Angelillo *et al.*: 33,4% e 33,1% em Itália (*cit in* McCaul *et al.*, 2001).

Quanto aos tratamentos de reabilitação protética, o género masculino recebeu mais tratamentos de PPR (média de  $0,3 \pm 1,3$ ) do que o género feminino (média de  $0,1 \pm 0,4$ ). Os tratamentos de PT foram apenas auferidos pelo género masculino (média de  $0,1 \pm 0,6$ ).

No que respeita aos grupos de idade, todos receberam maior número de tratamentos restauradores. Os jovens possuíam uma média de restaurações ( $2,0 \pm 1,9$ ) superior aos adultos ( $1,3 \pm 1,8$ ) e aos idosos ( $1,4 \pm 1,6$ ). Estes factos dever-se-ão, possivelmente, a um maior consumo de substâncias açucaradas em idades mais jovens, associado a menor destreza na técnica de escovagem. Quanto aos tratamentos cirúrgicos, jovens tiveram o maior número de extracções por outros motivos ( $0,2 \pm 0,6$ ), possivelmente, relacionados com a erupção dentária. Os adultos obtiveram a maioria das extracções devido a cárie ( $0,3 \pm 1,2$ ). Nos idosos existiram  $1,3 \pm 3,3$  exodontias devido a doença

periodontal. Esta diferença notória em relação aos adultos ( $0,2 \pm 1,0$ ) deve-se, provavelmente, ao aumento da doença periodontal com idade. (Júnior *et al.*, 2003) A média tratamentos de reabilitação protética com PPR foi mais frequente nos idosos,  $1,1 \pm 2,5$ , tal e como seria de esperar, pelo maior número de dentes ausentes. Os tratamentos de PT foram, apenas, recebidos por adultos.

Em diversos casos de procura tardia, apenas restam tratamentos restauradores ou mutiladores (Mialhe *et al.*, 2006).

### **II.3.xx. Método auxiliar de diagnóstico – raio-X intraoral**

O género masculino efectuou, em média, maior número de radiografias ( $1,3 \pm 2,5$ ), do que o género feminino ( $0,9 \pm 1,6$ ). Os idosos realizaram uma média de  $1,7 (\pm 2,2)$ , mais do que os adultos ( $1,2 \pm 2,3$ ) e do que os jovens ( $1,7 \pm 2,2$ ). Estes dados podem dever-se ao facto dos idosos terem recebido mais tratamentos endodonticos, do que as restantes faixas etárias. De todos os tratamentos realizados na UW, aproximadamente 20% são radiografias, com médias próximas de duas por indivíduo em todas as idades, sendo que esse número aumenta significativamente com o aumento da idade (Leggott *et al.*, 2002). Aguila *et al.* (2005) reforçam este facto, num estudo com dados de 2212 Médicos Dentistas e 760752 pacientes do estado de Washington, onde 21% e 20,5% dos tratamentos são radiografias, no género masculino e feminino, respectivamente. Outros autores apresentam dados distintos, onde a média de radiografias intraorais é inferior, nomeadamente 0,1 radiografias por paciente (Bean *et al.*, 2007).

### **II.3.xxi. Prescrição de Fármacos**

Os fármacos mais prescritos foram os anti-inflamatórios, na sua maioria a indivíduos do género masculino (8,5% dos indivíduos masculinos), relativamente ao género feminino constatou-se apenas 3% de indivíduos com prescrição. Os antibióticos também foram mais comuns no género masculino (5,1%), do que no feminino (1,5%). A Clorohexidina foi prescrita a 3,4% dos indivíduos do género masculino e a nenhum paciente feminino. Bean *et al.* (2007), na análise dos 25 tratamentos mais comuns, concluíram que 7,8% destes correspondiam a profilaxia medicamentosa.

### **II.3.xxii. Consultas por áreas de atendimento**

A área de atendimento com maior número de consultas prestadas foi a de Clínica Integrada. O género masculino possuiu uma média de consultas recebidas nesta área ( $1,5 \pm 2,2$ ), ligeiramente superior ao feminino ( $1,3 \pm 2,0$ ). O número elevado de consultas poder-se-á ter devido ao carácter generalista desta área, efectuando todo o tipo de tratamentos. Registou-se uma média superior no género masculino ( $0,7 \pm 1,7$ ), relativamente ao género feminino ( $0,2 \pm 0,7$ ). Uma das áreas que proporcionou mais consultas foi a Cirúrgica. Houve uma média superior de  $0,5 \pm 1,1$  consultas, no género masculino, em relação ao feminino, com média de  $0,4 \pm 1,1$  consultas. Curiosamente, a área de Periodontia obteve um número reduzido de consultas, devendo-se, provavelmente, à realização de tratamentos desta área em Clínica Integrada.

Relativamente às consultas recebidas por grupos de idades, houve diferenças significativas na área de atendimento de Cirurgia, que facultou mais consultas aos idosos ( $1,0 \pm 2,1$ ), em relação aos adultos ( $0,5 \pm 1,0$ ) e jovens ( $0,04 \pm 0,2$ ). Clínica Integrada, que proporcionou uma média significativamente superior de consultas aos adultos ( $1,8 \pm 2,2$ ), relativamente aos idosos ( $1,8 \pm 2,1$ ) e aos jovens ( $0,2 \pm 0,8$ ). Igualmente, Odontopediatria e Ortodontia proporcionaram médias de  $1,9 \pm 2,1$  e  $0,4 \pm 0,9$ , respectivamente, apenas aos indivíduos jovens, com significância. A Ortodontia é destinada somente a crianças até aos 12 anos, daí os resultados encontrados.

As áreas de atendimento na disciplina de Estágio obtiveram um baixo número de consultas, ou mesmo nenhuma, destacando-se a Prostodontia Total, fornecendo em média  $0,1 (\pm 0,5)$  e  $0,4 \pm 1,5$  consultas, a indivíduos adultos e idosos, respectivamente. Como seria de esperar, os idosos usufruíram de mais consultas, nesta área.

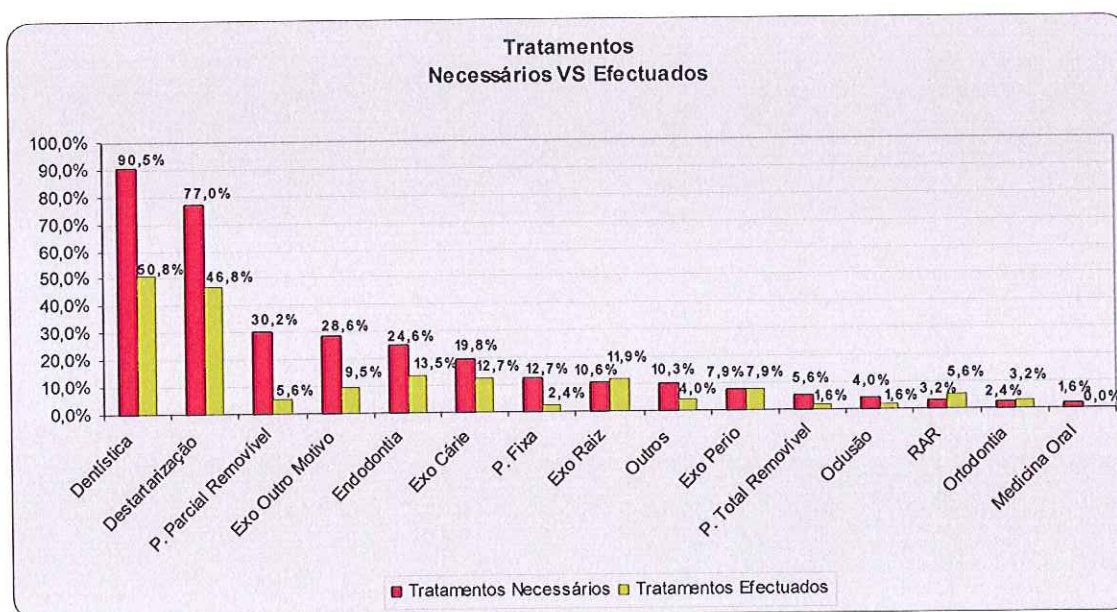
### **II.3.xxiii. Motivo da consulta, tratamentos necessários e tratamentos recebidos**

O motivo da consulta (necessidades sentidas) e os tratamentos necessários (necessidades normativas) coincidiram nos tratamentos mais comuns: Dentística, Destartarização e PPR (anexos página iii/28, gráfico 58). A percepção dos pacientes está

correcta, face à necessidade destes tratamentos. No entanto, este facto poder-se-á ter devido ao estado evoluído das cáries, aos longos períodos entre as consultas de Medicina Dentária e aos problemas funcionais causados pela perda dentária. A grande maioria dos pacientes necessitou mais tratamentos, além dos necessários para responder ao motivo da consulta.

A Ilustração 1 representa graficamente os tratamentos necessários e os realmente efectuados, tendo em conta o número de indivíduos, ou seja, 90,5% dos indivíduos necessitavam algum tratamento restaurador (dentística) e 50,8% dos mesmos obtiveram no mínimo um tratamento deste tipo, no período de 4 meses. Seguindo-se o mesmo raciocínio, 77,0% dos indivíduos necessitavam realizar uma destartarização e 46,8% destes, realizaram pelo menos uma destartarização.

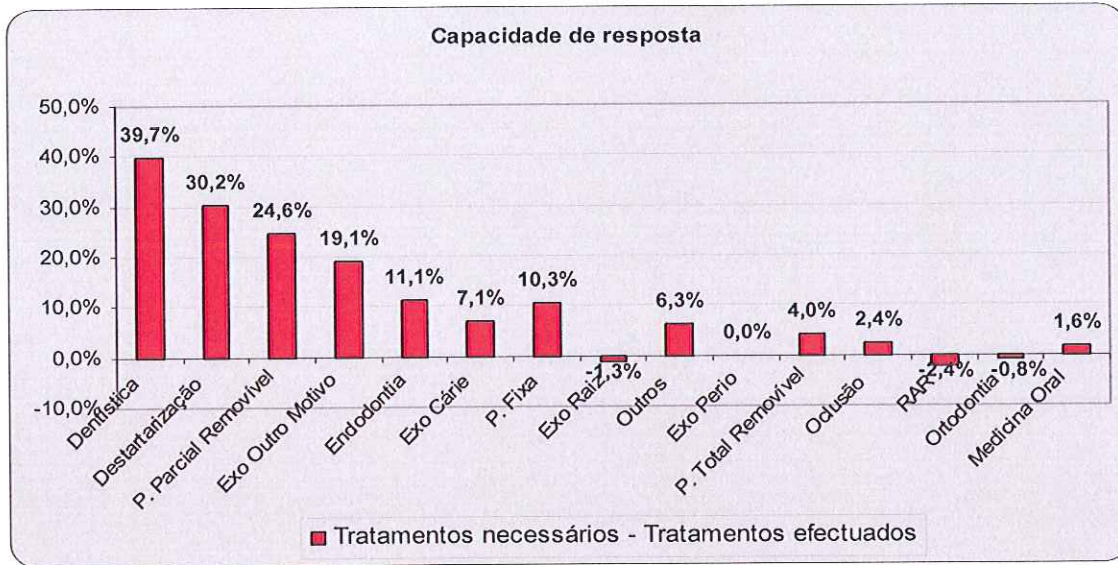
Ilustração 1



Para aferir a capacidade de resposta das Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP, elaborou-se a Ilustração 2, que apresenta a subtracção dos tratamentos efectuados aos necessários, para se visualizar a capacidade de resposta, que situou a percentagem de indivíduos que ainda não tinham usufruído dos diversos tipos de tratamentos, abaixo dos 40%. Assim, 39,7% dos indivíduos ainda não realizaram tratamentos restauradores, no referido período, embora os necessitassem. As exodontias de restos radiculares, RAR e

ortodontia obtiveram uma maior percentagem de indivíduos do que aquela que se diagnosticou inicialmente, possivelmente porque foram introduzidas alterações no plano de tratamento, com base em exames complementares de diagnóstico e exames mais específicos. Todos os indivíduos que necessitavam de exodontias devido a doença periodontal efectuaram pelo menos uma exodontia.

Ilustração 2



### III. Conclusões

A saúde oral é um bem essencial e, como tal, deve ser preservada e fomentada através da prevenção primária. Um correcto planeamento dos serviços de saúde, através da averiguação das necessidades da população, é essencial para criar ambientes de saúde.

Existem poucos estudos sobre as necessidades e a procura de tratamentos Médico – Dentários, pelo que após um período de seis meses de recolha de dados, que decorreu entre o dia 6 de Novembro de 2007 e o dia 23 de Junho de 2008, foram caracterizados 126 indivíduos, utentes das Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP.

A amostra populacional observada revelou maior percentagem de indivíduos do género feminino (53,2%), uma média de idades de 34,5 anos e idades de 1 aos 79 anos. A maioria dos indivíduos pertencia ao meio urbano (91,3%) e ao nível socioeconómico médio (36,5%). O interesse principal relaciona-se com a saúde em termos gerais.

Relativamente às conclusões deste estudo podemos referir que:

- Existiu uma pequena prevalência de patologias nos indivíduos da amostra, sendo que as perturbações gástricas e a hipertensão foram as patologias mais comuns. Verificou-se um desconhecimento geral sobre a própria saúde, alertando para a necessidade de esclarecer o estado de saúde, através de exames complementares de diagnóstico, ou de reencaminhar os pacientes para a consulta no Médico de família.

- A farmacoterapia encontra-se presente em 50,1% dos indivíduos, visando a necessidade de verificar interações medicamentosas. Os contraceptivos orais detêm o valor mais elevado, juntamente com a opção: outros medicamentos. Seguem-se os tranquilizantes (10%) e anti-hipertensores, sendo que 4% da amostra populacional está medicada com antibióticos.

- 24,6% dos indivíduos eram fumadores e, embora houvesse mais fumadores do género feminino (53,2%), o género masculino fumava significativamente mais (em

média cada indivíduo fumava  $23,1 \pm 13,1$  cigarros por dia). Os fumadores concentravam-se na faixa etária dos 19 aos 59 anos, no entanto estes dados poderão não corresponder à realidade.

- O número de indivíduos que não consumia bebidas alcoólicas foi significativamente superior aos que consumiam (19,8%). O consumo de bebidas alcoólicas foi significativamente superior no género masculino, média de  $0,9 \pm 2,9$  e  $2,7 \pm 4,5$  copos de bebidas alcoólicas/dia, para a amostra total e apenas nos indivíduos consumidores, respectivamente. Existiram indivíduos do género masculino com elevado risco para o cancro oral. O consumo foi superior nos indivíduos adultos e os jovens não referem o consumo diário de bebidas alcoólicas.

- O principal motivo da consulta (necessidade sentida) foi a dor (28,6%), para ambos os géneros, demonstrando uma procura tardia dos cuidados de saúde e o desinteresse face aos cuidados preventivos de saúde oral, reforçado pelo terceiro motivo da consulta mais comum, os tratamentos restauradores (17,5%). Este facto, poder-se-á dever a questões culturais, relacionadas com o receio, à falta de informação e/ou de recursos económicos. Ainda assim, 21,4% dos indivíduos foram à consulta para realizar um *check up* dentário. Estes dados sublinham a necessidade de programas de prevenção primária e educação da população, face a saúde oral.

- Quanto aos tratamentos necessários (necessidades normativas) pode-se concluir que os tratamentos restauradores foram os mais comuns, aliás praticamente todos os indivíduos necessitam deste tratamento (90,5%), seguido de destartarização. A exodontia foi necessária em mais de metade dos indivíduos (60,1%) e a prótese em 43,7% dos indivíduos, sendo significativamente mais necessária nos idosos. Os adultos necessitavam significativamente ( $p=0,033$ ) mais tratamentos restauradores, enquanto que todos os idosos necessitavam realizar uma destartarização ( $p<0,001$ ). Apenas 4,8% da amostra populacional possuía uma óptima saúde oral, sem tratamentos necessários.

- Qualitativamente e para a maioria dos indivíduos, a dor compreendia períodos em que era esquecida.

- A frequência de escovagem dos dentes foi significativamente superior no género feminino, estando mais próximo das 2 escovagens/dia. A utilização de outros métodos de higiene oral foi reduzida (17,5% colutório, 15,1% fio dentário e 7,1% flúor).
- O tempo desde a última consulta no médico dentista foi sempre superior a 1 ano (tempo recomendado pela *HDA*), e revelou-se significativamente superior nos idosos (média de  $4,4 \pm 8,3$  anos). Constatou-se que 35,7% dos jovens, 3,7% dos adultos e 6,3% dos idosos compareciam à primeira consulta no médico dentista.
- O valor do índice CPOd, para indivíduos maiores que 18 anos, atingiu 18,3, com valores praticamente idênticos em ambos os géneros. O número de dentes obturados foi significativamente superior no género feminino. Os idosos possuíam um índice CPOd de 21,8, significativamente superior, devido aos dentes perdidos.
- Foram encontradas diferenças significativas ( $p \text{ value} = 0,013$ ) no índice de Silness e Løe em maiores de 18 anos, sendo que o género masculino possuía uma média superior ( $1,4 \pm 0,8$ ) ao feminino ( $1,1 \pm 0,7$ ). A diferença poderá dever-se à frequência ou à técnica de escovagem.
- A média de dentes em boca foi de 25,6 dentes no género feminino e 24,0 no masculino, para indivíduos com mais de 18 anos, e foi significativamente inferior nos indivíduos idosos.
- Foram facultadas 418 consultas no período de 4 meses, sendo que o género masculino e o grupo dos idosos usufruíram, em média e com significância, maior número de consultas ( $3,9 \pm 3,0$  e  $5,6 \pm 4,4$  consultas, respectivamente). Existiram 74 faltas (0,6 por indivíduo) e 6 desmarcações. A maioria dos indivíduos deu continuidade ao tratamento (87,3%).
- No que respeita aos tratamentos realizados, o mais comum foi o restaurador, tendo cada indivíduo do género feminino e masculino usufruído, em média e respectivamente, de  $1,3 (\pm 1,7)$  e  $1,6 (\pm 1,9)$  tratamentos. Seguiu-se a destarização, a

exodontia por motivos periodontais e os tratamentos endodónticos. Houve diferenças significativas nos grupos de idade, sendo os idosos os que receberam maior número de tratamentos de exodontia por motivos periodontais, destartarização, PF e PPR.

- Foram realizados 138 radiografias intraorais, um número elevado, que determinou uma média superior a 1 radiografia por indivíduo. O género feminino e os idosos realizaram mais radiografias.

- Foram prescritos antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos e Cloro-hexidina.

- A área de atendimento que forneceu o maior número de consultas foi a Clínica Integrada, devido ao seu carácter generalista.

- A capacidade de resposta das Clínicas Pedagógicas da FCS – UFP, situou a percentagem de indivíduos que ainda não usufruíram dos diversos tipos de tratamentos, abaixo dos 40%, pelo que se pode considerar satisfatória.

### **Considerações:**

Podemos inferir do conjunto de conclusões que a procura de tratamentos Médico – Dentários, por parte dos indivíduos da amostra estudada, se deveu à presença de dor e que as necessidades normativas mais comuns se relacionavam com tratamentos restauradores, tendo a área de atendimento de Clínica Integrada a maior afluência.

A capacidade de resposta das Clínicas Pedagógicas de Medicina – Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da UFP e no que refere à satisfação das necessidades dos pacientes e da procura dos serviços, revelou-se satisfatória.

Em estudos posteriores, será vantajoso aumentar a amostra populacional, através de um maior período de investigação ou admitindo vários observadores, e reduzir o número de variáveis. De igual modo, será conveniente averiguar as razões da procura tardia e avaliar a percepção dos pacientes sobre saúde oral.

## IV. Bibliografia:

Aguila, M. A. *et alii*, (2005). Practice Patterns among Male and Female General Dentist in a Washington State Population. *Journal of the American Dental Association*, 136, pp. 790-796

Alkhatib, N., Gilthorpe, M. e McGrath, C. (2002). Disparities in Self Reported Oral Health Problems among a Young Syrian Adult Population. *International Dental Journal*, 52(6), pp. 449-452.

Andrews, J. A. *et alii* (1998). Relationship between Tobacco Use and Self-Reported Oral Hygiene Habits. *Journal of the American Dental Association*, 129, pp. 313-319.

Astrom, A. N. e Kida, I. A. (2007). Perceived Dental Treatment Need among Older Tanzanian Adults – A Cross-sectional Study. [Em linha]. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/7/9>>. [Consultado em 15/09/2008].

Barros, H., Tavares, M. e Rodrigues, T. (1996). Role of Prenatal Care in Birth and Low Birth Weight in Portugal. *Journal of Public Health Medicine*, 18 (3), pp. 321-328.

Bean, C. Y. *et alii* (2007). Comparing Fourth-year Dental Student Productivity and Experiences in a Dental School with Community-based Clinical Education. *Journal of Dental Education*, 71 (8), pp. 1020-1026.

Boraks, S. (1999). *Diagnóstico Bucal*. São Paulo. Artes Médicas.

Borges *et alii* (2008). Dor nos Dentes e Gengivas e Factores Associados em Adolescentes Brasileiros: Análise do Inquérito Nacional de Saúde Bucal SB – Brasil 2002 – 2003. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (8), pp. 1825-1835.

Carranza, F. A. e Newman, M. G. (1997). *Periodontia Clínica*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan.

---

Cataldo, E. (1984). Dental Education in Portugal. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 77, 986-987.

Cohen, S. e Hargreaves, K. M. (2006). *Pathways of the Pulp*. Canada. Mosby Elsevier.

Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cespu.pt/pt->>. [Consultado em 09/10/2008].

Conceição, E. N. *et alii* (2007). *Dentística Saúde e Estética*. Porto Alegre, Artmed.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos. Volume I – Prioridades*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2008). *Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Grávidas e Idosos Beneficiários do Complemento Solidário*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde.

Durante, R. A., Genovez, B. e Fiorelli, A. (2006). Efeitos da Hidrocinesioterapia na Dor em Indivíduos com Osteoartrose. [Em linha]. Disponível em <[http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/cinesio/hidrocinesio\\_ronato.htm](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/cinesio/hidrocinesio_ronato.htm)>. [Consultado em 10/11/2007].

Dunning, J. M. (1980). *Principles of Dental Public Health*. Londres, Harvard University Press.

Ekanayake, L., Weerasekare, C. e Elkanayake, N. (2001). Needs and Demands for Dental Care in Patients Attending the University Dental Hospital in Sri Lanka. *International Dental Journal*, 51(2), pp. 67-72.

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. [Em linha]. Disponível em <<https://woc.uc.pt/fmuc/class/getpresentation.do?idclass=350&idyear=3>>. [Consultado em 09/10/2008].

---

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. [Em linha]. Disponível em  
<<http://www.fmd.ul.pt/comunidade/externa.htm>>. [Consultado em 09/10/2008].

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. [Em linha]. Disponível em  
<<http://www.fmd.ul.pt/comunidade/universitaria.htm>>. [Consultado em 09/10/2008].

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. [Em linha]. Disponível em  
<[www.fmd.up.pt](http://www.fmd.up.pt)>. [consultado em 09/10/2008].

Fejerskov, O. e Kidd, E. (2005). *Cárie Dentária. A Doença e Seu Tratamento Clínico*.  
São Paulo, Livraria Editora Santos.

Fraga, S. *et alii* (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19(5-6), pp.  
207-229.

Friedlander, A. H. *et alii*. (2003). Alcohol Abuse and Dependence: Psychopathology,  
Medical Management and Dental Implications. *Journal of the American Dental  
Association*, 134, pp 731-740.

Friedlander, A. H., Dean, C. N. (2006). Geriatric Alcoholism. Psychopathology and  
Dental Implications. *Journal of the American Dental Association*, 137, pp. 330-338.

Garcia, R. I. (2005). Addressing Oral Health Disparities in Diverse Populations. *Journal  
of the American Dental Association*, 136, pp. 1210-1212.

George, A. C., Hoshing, A. e Joshi, N. V. (2007). A Study of the Reasons For Irregular  
Dental Attendance in a Private College in a Rural Setup. *Indian Journal of Dental  
Research*, 18 (2), pp. 78-81.

Goodman, H. S., *et alii* (2004). Self-reported Awareness of Unrestored Dental Caries:  
Survey of the Oral Health Status of Maryland Schoolchildren, 2000-2001. *Paediatric  
Dentistry*, 26(4), pp. 369-375.

---

Hanioka *et alii* (2007). Relationship between Smoking Status and Tooth Loss: Findings From a National Database in Japan. *Journal of Epidemiology*, 17, pp.125-132.

Health Development Agency (2001). *Scientific Basis of Dental Health Education: A Policy Document (Revised Four Edition)*. London. National Health Service.

INE (2002). *CENSUS 2001 – Resultados definitivos: XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação*. Lisboa, INE.

Júnior, A. F. C., Silveira, R. C J. e Marcenes, W. (2003). The Impact of Restorative Treatment on Tooth Prevention. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 17 (2), pp. 166-170.

Kay, E. J. (1999). How Often Should We Go to The Dentist? *British Dental Journal*, 319, pp. 204-205.

Kamei, N. C. *et alii* (2000). Queixa Principal dos Pacientes da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP Submetidos à Triagem. *Iniciação Científica Cesumar*, 2 (1), pp.21-22.

Klein, B. E. K., Klein, R. e Knudtsin, M. D. (2004). Life-Style Correlates of Tooth Loss in an Adult Midwestern Population. *Journal of Public Health Dentistry*, 64 (3), pp. 145-150.

Kustner, E. C. (1999). *La História Clínica en Odontología*. Espanha, Masson.

Lacerda, J. T. *et alii* (2004). Dor de Origem Dental como Motivo de Consulta Odontológica em uma População Adulta. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), pp. 453-458.

Lamster, I. B. (2004). Oral Health Care Services for Older Adults: A Looming Crisis. *American Journal of Public Health*, 94(4), pp. 699 - 702

---

Leggott, P. J. L., *et alii* (2002). Patterns of Oral Care in Dental School and General Dental Practice. *Journal of Dental Education*, 66(4), pp. 541 – 547.

Lynch, M. A., Brightman, V. J. e Greenberg, M. S. (1997). *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment*. Filadélfia. Lippincott – Raven.

Martínez, A. B. *et alii* (2001). *Periodoncia Clínica e Implantología Oral*. Madrid. Ediciones Avances Medico-Dentales.

McCaul, L. K., Jenkins, W. M. M. e Kay, E. J. (2001). The Reasons for Extraction of Permanent Teeth in Scotland: A 15 – Year Follow-Up Study. *British Dental Journal*, 190 (12), pp. 658-662.

Mialhe, F. L., Oliveira, C. S. R. e Silva, D. D. (2006). Acesso e Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal em uma Localidade Rural da Região Sul do Brasil. *Arquivos De Ciências Da Saúde Da Unipar*, 10 (3), pp. 145-149.

Miller, P. M. *et alii* (2006). Alcohol Screening in Dental Patients: The Prevalence of Hazardous Drinking and Patients' Attitudes about Screening and Advice. *Journal of the American Dental Association*, 137, pp. 1692-1698.

Ojima, M. *et alii* (2007). Cigarette Smoking and Tooth Loss Experience among Young Adults: A National Record Linkage Study. [Em linha]. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/313>>. [Consultado em 09/09/2008].

Peres, K. G., Traebert, E. S. A. e Marcenes, W. (2002). Diferenças entre Autopercepção e Critérios Normativos na Identificação das Oclusopatias. *Revista de Saúde Pública*. 36(2), pp. 230-236.

Petersen, P. E. *et alii* (2005). The Global Burden of Oral Diseases and Risks to Oral Health. *Bulletin or the World Health Organization*, 83 (9), pp. 661-669.

---

Peterson, L. J. *et alii* (2006). *Cirurgia Oral e Maxillofacial*. Rio de Janeiro. Elsevier Editora.

Ramos, D. D. e Lima, M. A. D. S. (2003). Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 19(1), pp. 27-34

Raspall, G. (2006). *Cirurgía Oral e Implantología*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

Reichart, P. A. e Philipsen, H. P. (2000). *Atlas de Patología Oral*. Barcelona. Masson.

Richards, W. e Ameen, J. (2002). The Impact of Attendance Patterns on Oral Health in a General Dental Practice. *British Dental Journal*, 193 (12), pp. 697-702.

Ronis, D. L., *et alii* (1994). Preventive Oral Health Behaviour among Detroit-Area Residents. *Journal Dental Hygiene*. 68, pp. 123-130.

Sala, E. C. e García, P. B. (2005). *Odontología Preventiva y Comunitaria*. Barcelona, Masson.

Samorodnitzky *et alii* (2005). Self-Assessed Dental Status, Oral Behaviour, DMF, and Anxiety. *Journal of Dental Education*, 69 (12), pp. 1385-1389.

Séiquer, A. C. e Joaquín D. L. (2005). *Manual de Introducción a la Odontología* Madrid, Editorial Médica Ripano.

Siegal, M. D. e Marx, M. L. (2005). Ohio Dental Care Providers' Treatment of Young Children, 2002. *Journal of the American Dental Association*, 136, pp. 1583 – 1591.

Silva, S. R. C. e Fernandes, R. A. C. (2001). Autopercepção das Condições de Saúde Bucal por Idosos. *Revista de Saúde Pública*, 35 (4), pp. 349-355.

---

Sniehotta, F. F., Soares, A. V. e Dombrowski, S. U. (2007). Randomized Control Trial of a One-Minute Intervention Changing Oral Self-Care Behaviour. *Journal of Dental Research*, 87 (7), pp. 641,645.

Universidade Católica Portuguesa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.crb.ucp.pt/cdu/>>. [Consultado em 09/10/2008].

Volpato, L. E. e Figueiredo, A. F. (2005). Estudo da Clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um Serviço Público do Município de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5 (1), pp. 45-52.

Winn, D. M. (2001). Tobacco Use and Oral Disease. *Journal of Dental Education*, 65 (4), pp. 306-312.

WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. [Em linha]. Disponível em <<http://www.whocollab.od.mah.se/exp1/ohisiloe64.html>>. [Consultado em 10/10/2007].

WHO (2005). [Em linha]. Disponível em <[http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?countries=\[Location\].Members](http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?countries=[Location].Members)>. [Consultado em 20/10/2008].

WHO (2007). Fact Sheet N°318 – Oral health. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>>. [Consultado em 20/10/2008].

Woodall, I. R., *et alii*. (1996). *Odontologia Preventiva*. Interamericana, pp. 48-63

World Health Organization Geneva (1997). *Oral Health Surveys – Basic Methods*. OMS, Inglaterra.

Wright, E. F. (2005). *Manual of Temporomandibular Disorders*. Iowa, USA. Blackwell Munksgaard.

---

Universidade Fernando Pessoa [Em linha]. Disponível em  
<<http://www.ufp.pt/page.php?intPageObjId=10977>>. [Consultado em 05/03/2008].

Zittel-Palamara, K. *et alii.* (2005). Improving Patient Retention and Access to Oral Health Care: The CARES Program. *Journal of Dental Education*, 69 (8), pp. 912 – 918.

## Anexos

## Questionário

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Medicina Dentária

Impresso nº \_\_\_\_\_

**RECOLHA DE INFORMAÇÕES PARA MONOGRAFIA**

Data da Triagem \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome do Paciente \_\_\_\_\_ Processo \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Género M[ ] F[ ]

Profissão \_\_\_\_\_






Residência \_\_\_\_\_

Índice de Graffar	1	2	3	4	5	Principal Interesse do Paciente:
Profissão						Âmbito Social
Nível de instrução						Estética
Fontes de rendimento familiar						Fala
Conforto do alojamento						Mastigação
Aspecto do bairro que habita						Saúde
Classificação Social						Outro: _____

**II – HISTÓRIA CLÍNICA GERAL:**

Patologias		Medicação	
	Reumatismo articular		Anti-histamínicos
	Doenças Cardíacas		Antibióticos
	-Congénitas		Anticoagulantes
	-Angina de Peito		Anti-hipertensores
	-Síncope		Aspirina
	-Hipertensão		Contraceptivos
	-Sopro Cardíaco		Corticóides
	Epilepsia		Insulina, Antidiabéticos
	Diabetes		Medicamentos coração
	Hepatite		Tranquilizantes
	SIDA		Outros: _____
	Perturbações renais	Hábitos	
	Perturbações gástricas		Fumador: _____ Cig./Dia
	Problemas Oncológicos		Álcool: _____ Copo/dia
	Outras: _____		Outros: _____

**III – MOTIVO DA CONSULTA E TRATAMENTOS NECESSÁRIOS:**

	Motivo Consulta	Tratamentos Necessários
<b>Cirurgia</b>		
Extracção-cárie		
Extracção-perio		
Extracção-raiz		
Extracção-outro		
Dentística		
Endodontia		
Medicina Oral		
Oclusão		
Ortodontia		
<b>Periodontia</b>		
-Destartarização		
-RAR		
<b>Prostodontia</b>		
-P. Fixa		
-P. Total		
-P. Parcial		
Check-up		/
Controlo		
Sorriso deteriorado		
DOR	S    N	
    	<b>01</b> <b>02</b> <b>03</b> <b>04</b> <b>05</b>	
Outro:		

**Escala subjectiva de faces:**  
**Face 1:** Dor ausente ou sem dor.  
**Face 2:** Dor presente, havendo períodos em que é esquecida.  
**Face 3:** A dor não é esquecida, mas não impede exercer actividades da vida diária.  
**Face 4:** A dor não é esquecida, e atrapalha todas as actividades da vida diária, excepto alimentação e higiene.  
**Face 5:** A dor persiste mesmo em repouso, está presente e não pode ser ignorada, sendo o repouso imperativo.

**IV – HÁBITOS DE HIGIENE ORAL E VISITAS AO MÉDICO DENTISTA:**

Nº Escovagens/dia		
Flúor	S	N
Fio Dentário	S	N
Colutório	S	N
Tempo desde a última consulta no Médico Dentista		

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Medicina Dentária

Impresso nº \_\_\_\_\_

**V – EXAME DENTÁRIO:**

<b>CPOd</b>			55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
								<b>DENTE</b>								
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			

<b>Código:</b>			
0	Hígido	5	Ausente por outro motivo
1	Cariado	6	Selante de fissura
2	Restaurado com cárie	7	Suporte de prótese, coroa, faceta ou implante
3	Restaurado sem cárie	8	Não erupcionado
4	Ausente por cárie	9	Traumatismo

<b>Nº de Dentes:</b>			
Presentes em boca		Inclusos	
Ausentes		Supranumerários	

**VI – ÍNDICE DE PLACA:**

**ÍNDICE DE PLACA DE SILNESS E LÖE**

<b>Dente</b>		1.6		1.2		2.4		
M	V	D						
	P							
M	V	D						
	L							
<b>Dente</b>		4.4		3.2		3.6		

<b>Código</b>	
0	Ausência de PB na área marginal avaliada.
1	Presença de película de PB aderida à margem gengival livre e adjacente ao dente; a PB é reconhecida pela raspagem da sonda na superfície dentária.
2	Acúmulo de resíduos moles dentro do sulco gengival, sobre a margem gengival ou adjacente à superfície dentária, reconhecida a olho nu.
3	Abundância de matéria mole dentro do sulco ou na margem gengival e adjacente à superfície do dente.
9	Não aplicável (ausência dentária)

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Medicina Dentária

Impresso nº \_\_\_\_\_

**SEGUNDA RECOLHA DE INFORMAÇÕES PARA MONOGRAFIA**

Data da Recolha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do Paciente \_\_\_\_\_ Processo \_\_\_\_\_

Data da última consulta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**VII – ASSIDUIDADE:**

Seguimento			
	Nº Consultas Recebidas	Nº de Faltas	Nº de Desmarcações
Desistência			

**VIII – TRATAMENTOS EFECTUADOS**

	Tratamentos Efectuados
Cirurgia	
Extracção-cárie	
Extracção-perio	
Extracção-raiz	
Extracção-outro	
Dentística	
Endodontia	
Medicina Oral	
Oclusão	
Ortodontia	
Periodontia	
-Destartarização	
-RAR	
Prostodontia	
-P. Fixa	
-P. Total	
-P. Parcial	
Outro:	

**IX – CONSULTAS POR ÁREA DE ATENDIMENTO:**

Áreas de atendimento	Nº Consultas
Cirurgia	
Clínica Integrada	
Diagnóstico e Planeamento	
M.D. Conservadora	
Odontopediatria	
Ortotontia	
Periodontia	
Prostodontia Removível	
Bloco Operatório	
Cirurgia	
Dentística	
Endodontia	
Oclusão	
Periodontia	
Postodontia Fixa	
Prostodontia Total	

Nº Radiografias intraorais	
----------------------------	--

**Medicação prescrita:**

**Índice de Graffar**

**Profissão**

Segundo a profissão exercida pelo pai. Se a mãe exercer uma profissão de nível mais elevado do que a do pai, neste caso servirá de base para a classificação da família.

**1º grau:** Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.

**2º grau:** Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.

**3º grau:** Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.

**4º grau:** Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc).

**5º grau:** Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc).

**Nível de instrução**

**1º grau:** Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por exemplo, catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.

**2º grau:** Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.

**3º grau:** Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduo com curso de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.

**4º grau:** Ensino primário completo (6 anos de estudo).

**5º grau:** Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).

**Fontes de rendimento familiar**

**1º grau:** A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).

**2º grau:** Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc (ex: encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).

**3º grau:** Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex: empregados de Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, profissões liberais de médio rendimento, caixeiros-viajantes).

**4º grau:** Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por horas ou à tarefa (ex: operários, empregados de comércio e escriturários).

**5º grau:** O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

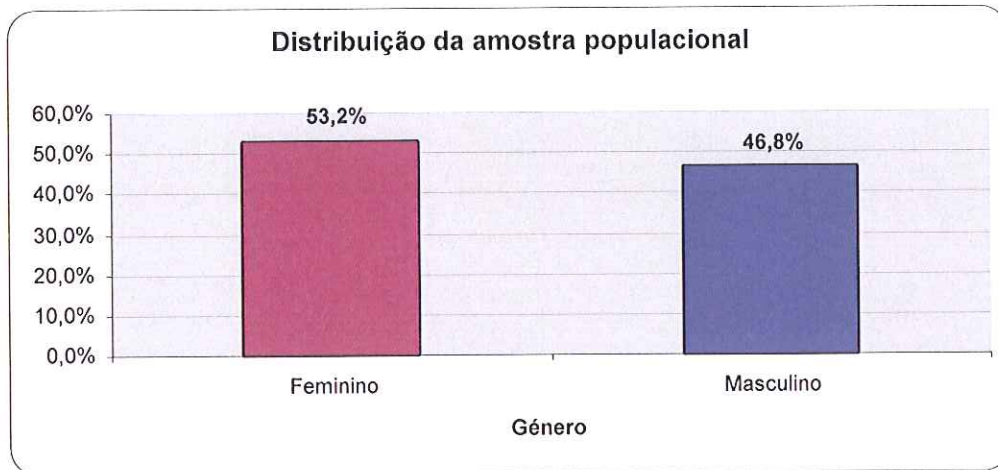
<b>Conforto do alojamento</b>
<b>Grupo 1º:</b> Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto. <b>Grupo 2º:</b> Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis. <b>Grupo 3º:</b> Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho. <b>Grupo 4º:</b> Categoria intermédia entre 3 e 5. <b>Grupo 5º:</b> Alojamentos impróprios para uma vida decente, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas.
<b>Aspecto do bairro em que habita</b>
<b>Grupo 1º:</b> Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados. <b>Grupo 2º:</b> Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas. <b>Grupo 3º:</b> Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável. <b>Grupo 4º:</b> Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos-de-ferro, etc. <b>Grupo 5º:</b> Bairros de lata.
<b>Classificação Social</b>
<b>Classe I:</b> Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9. <b>Classe II:</b> Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13. <b>Classe III:</b> Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17. <b>Classe IV:</b> Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21. <b>Classe V:</b> Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

## Gráficos

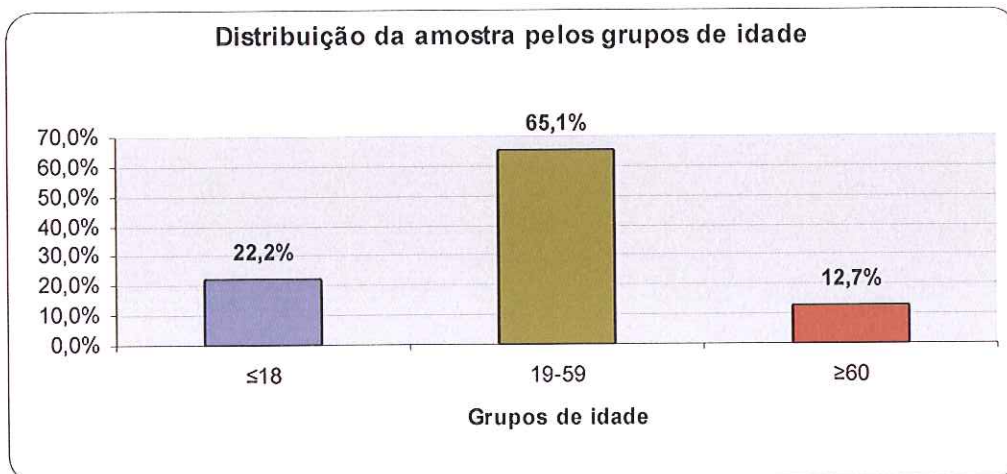
Os gráficos encontram-se dispostos segundo a ordem das tabelas. Aqueles que se referem a médias foram realizados com três casas decimais e posteriormente arredondados, para facilitar a leitura.

**Tabela I – Caracterização da idade dos pacientes na consulta de triagem.**

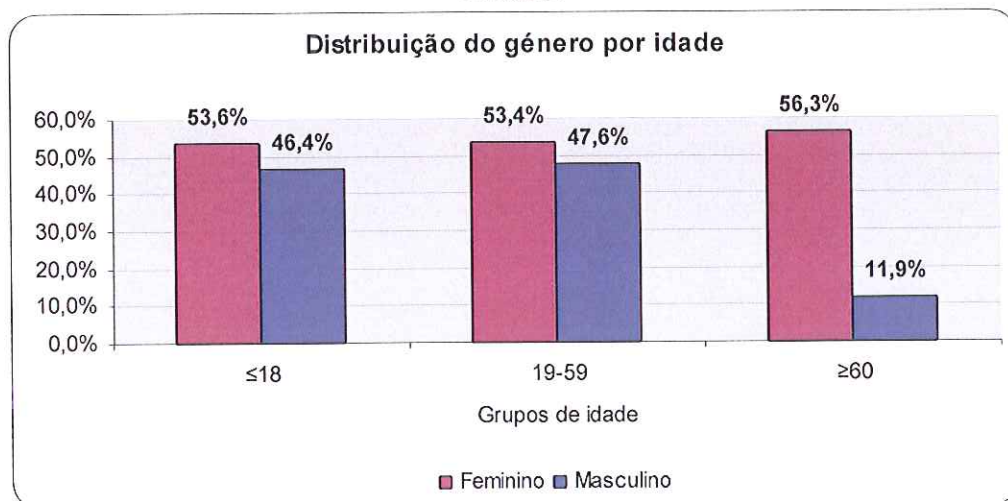
**Gráfico 1**



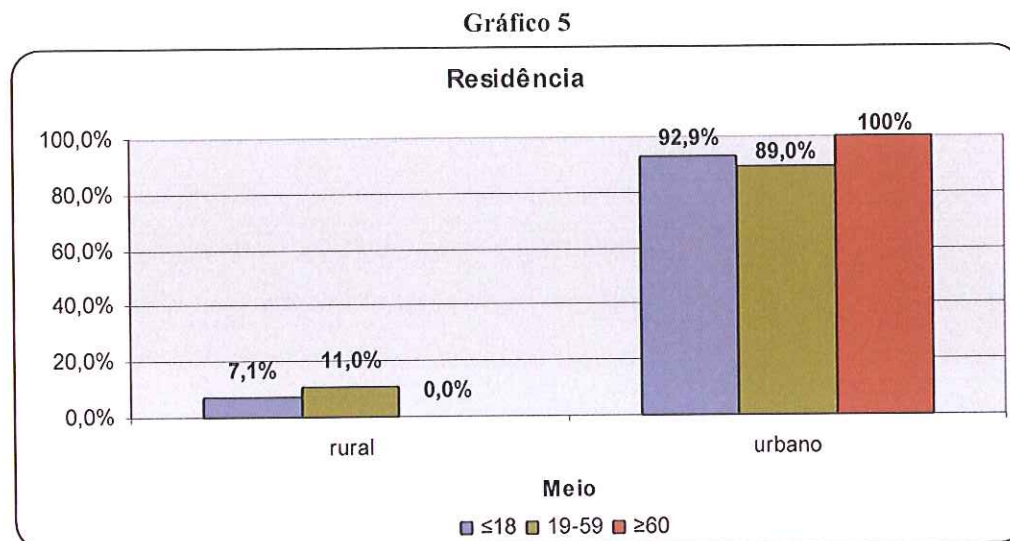
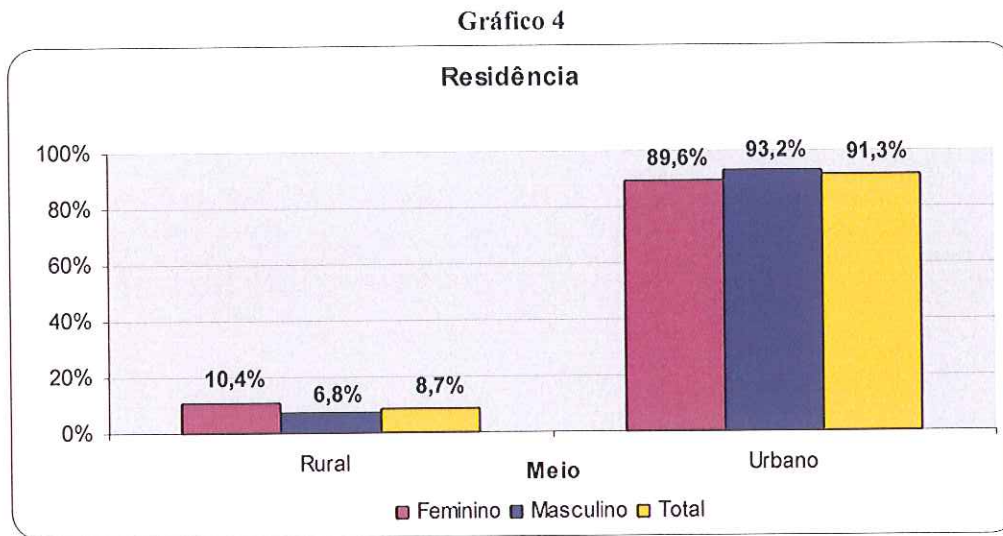
**Gráfico 2**



**Gráfico 3**



**Tabela II – Residência dos pacientes.**



**Tabela III – Classificação de Graffar.**

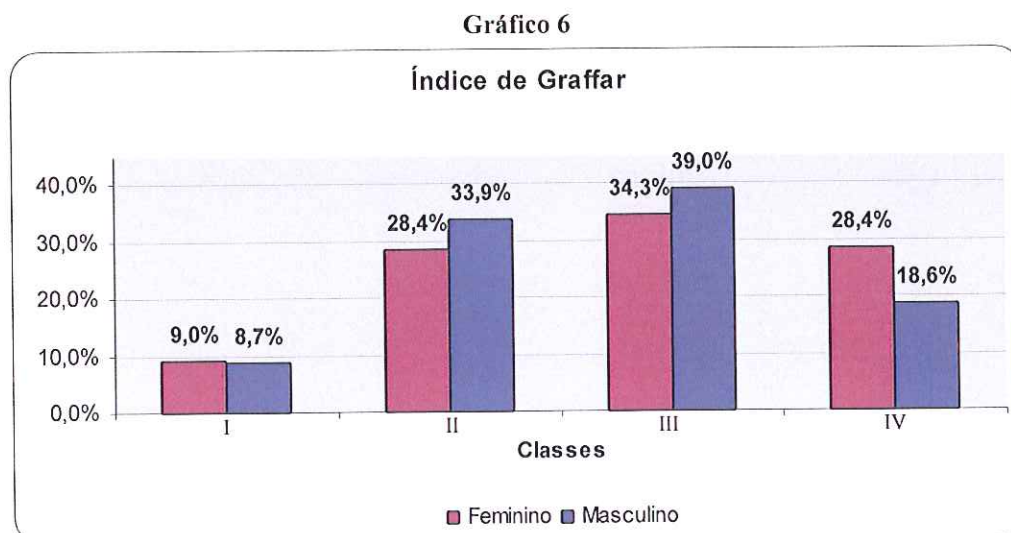


Gráfico 7

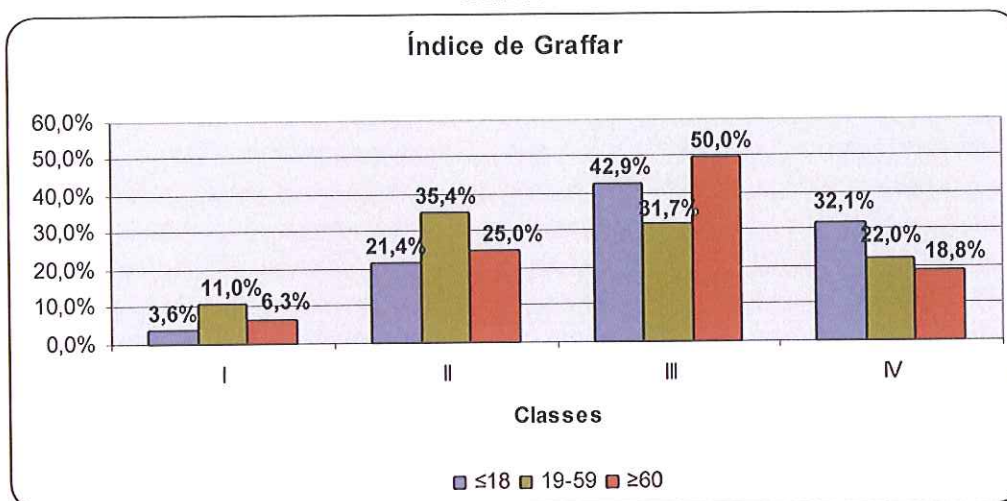


Tabela IV – Interesse do paciente.

Gráfico 8

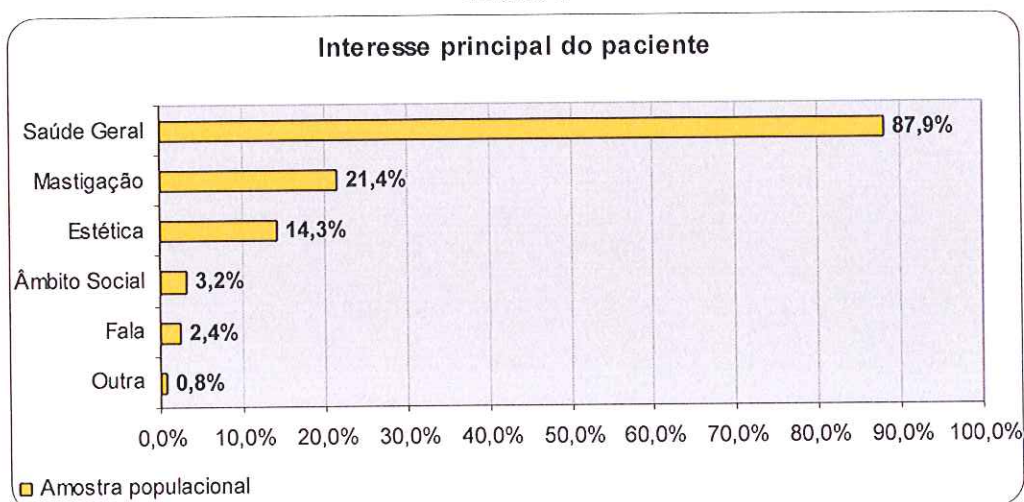


Gráfico 9

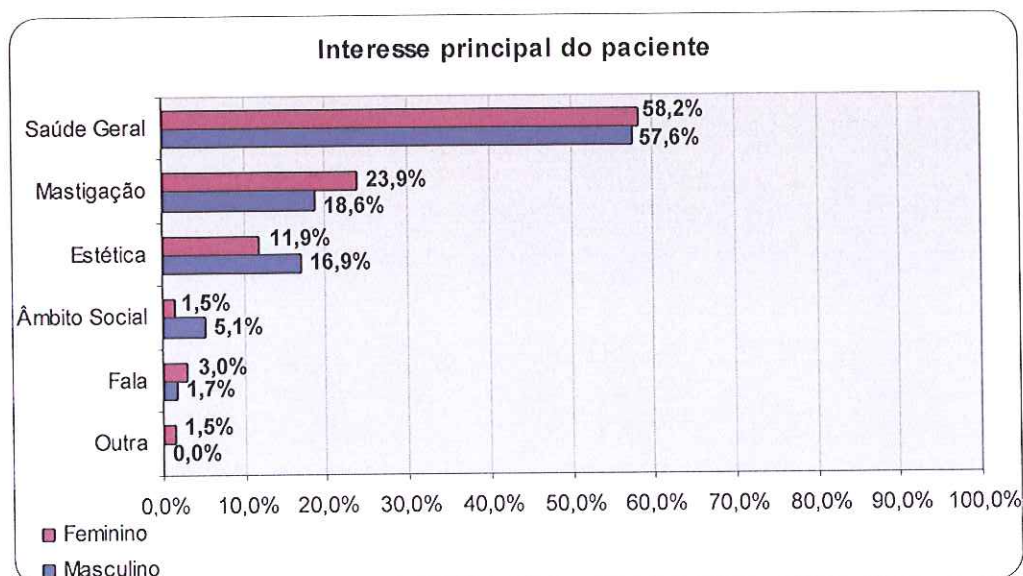


Gráfico 10

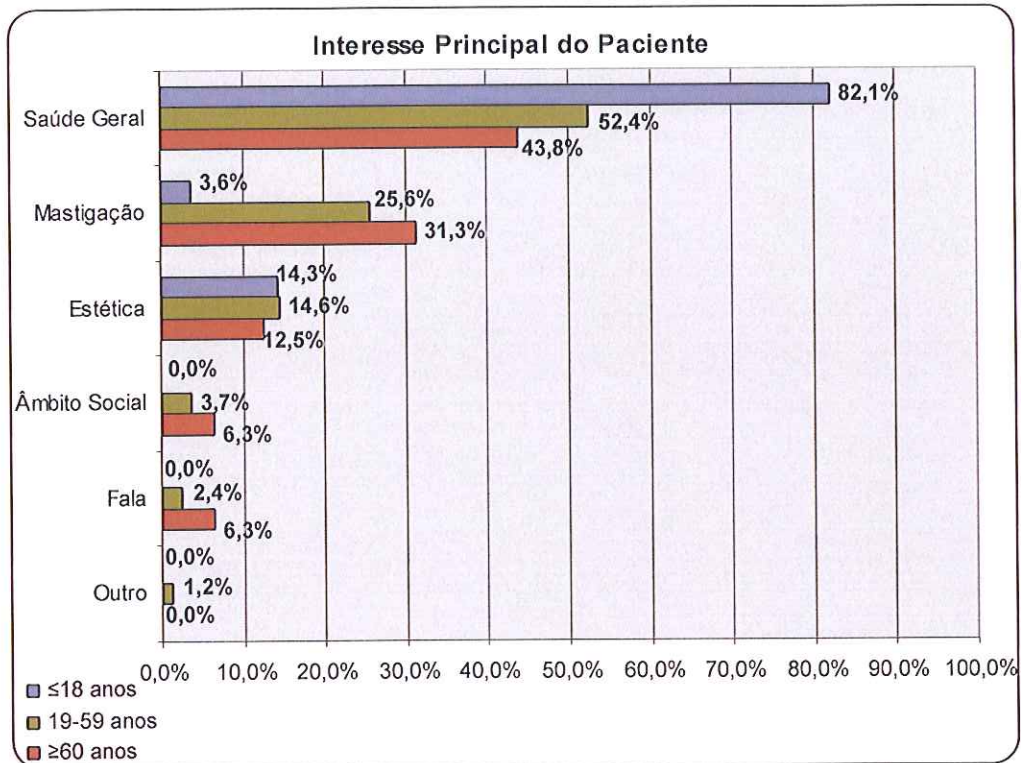
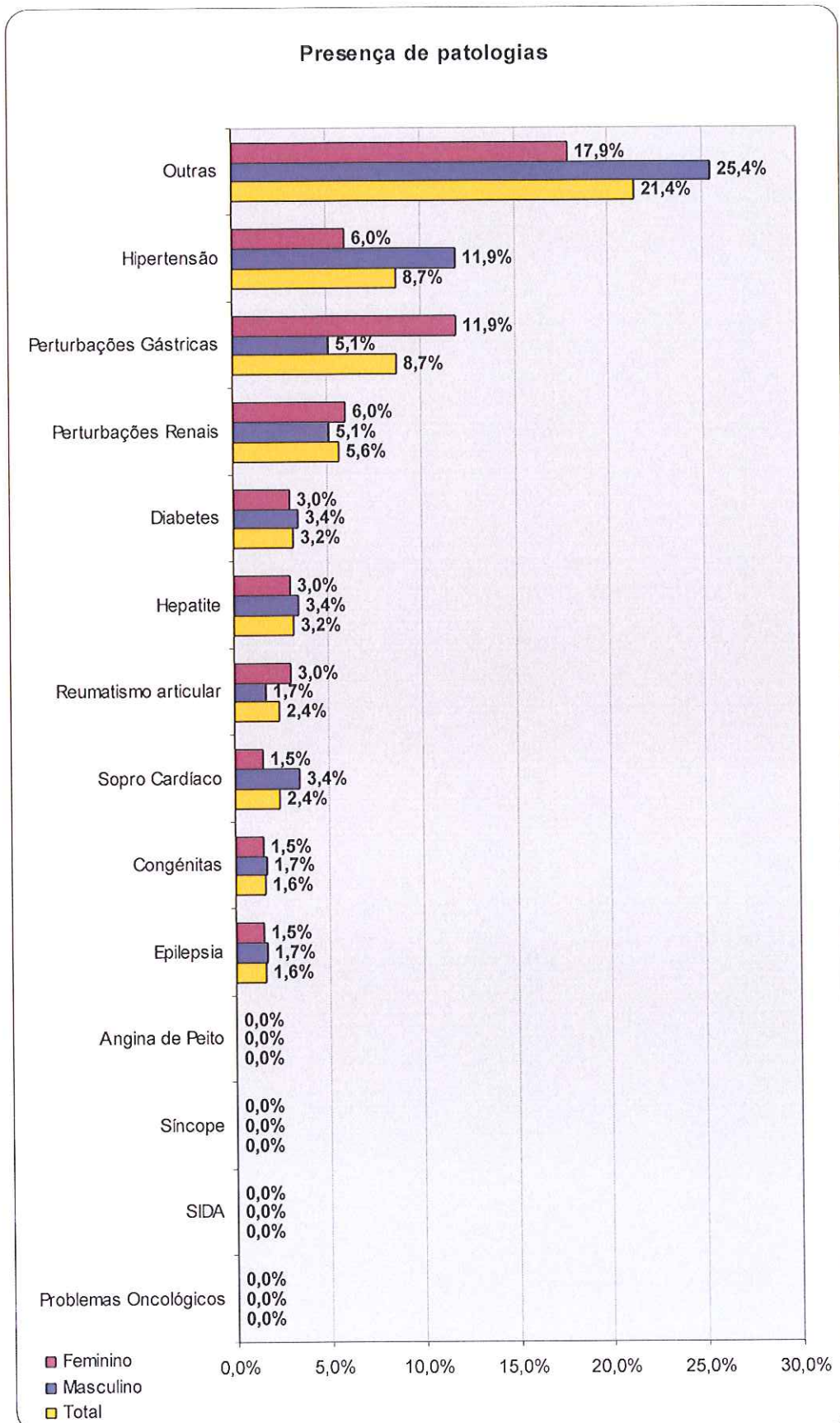


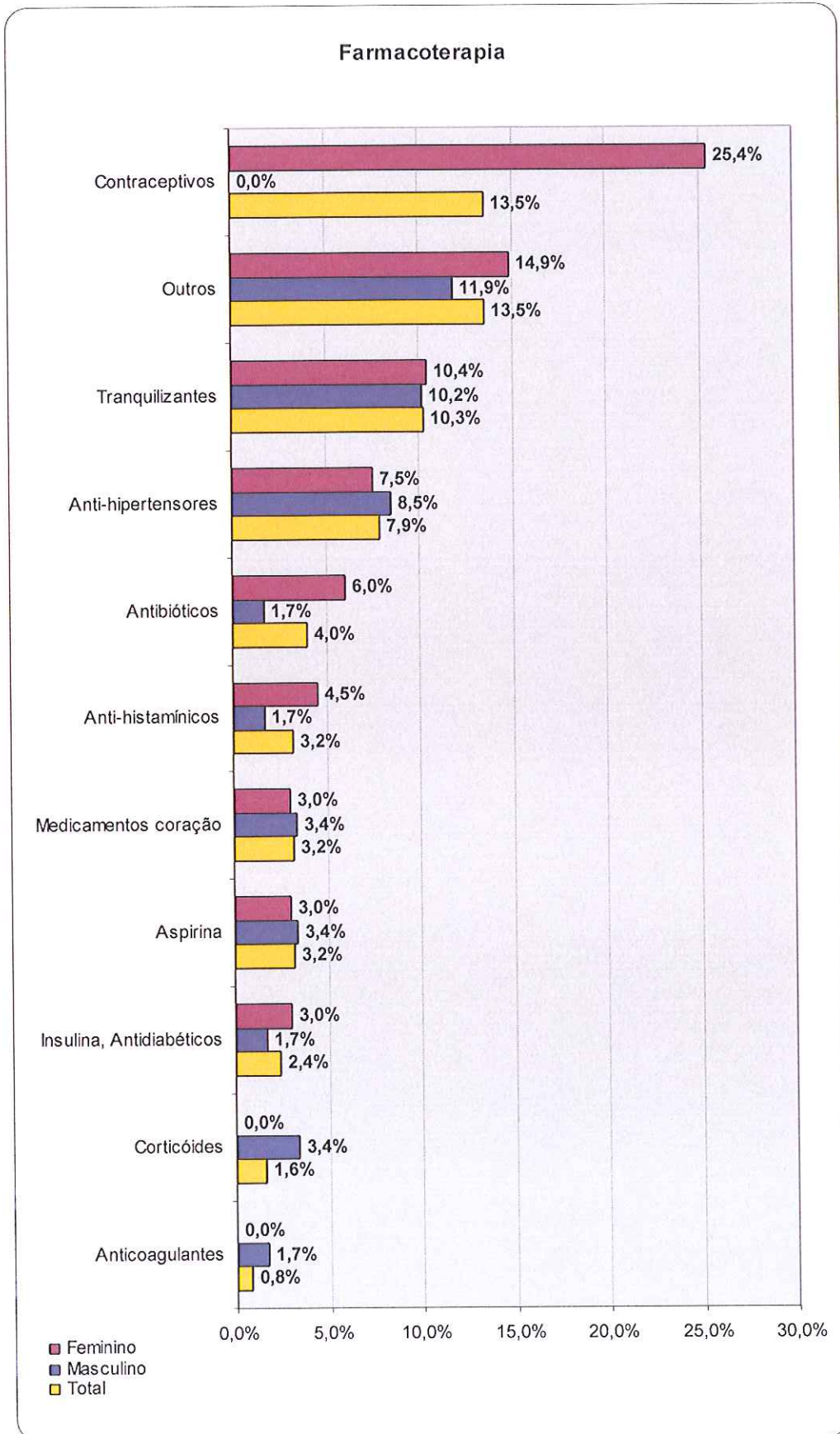
Tabela V – Presença de patologia.

Gráfico 11



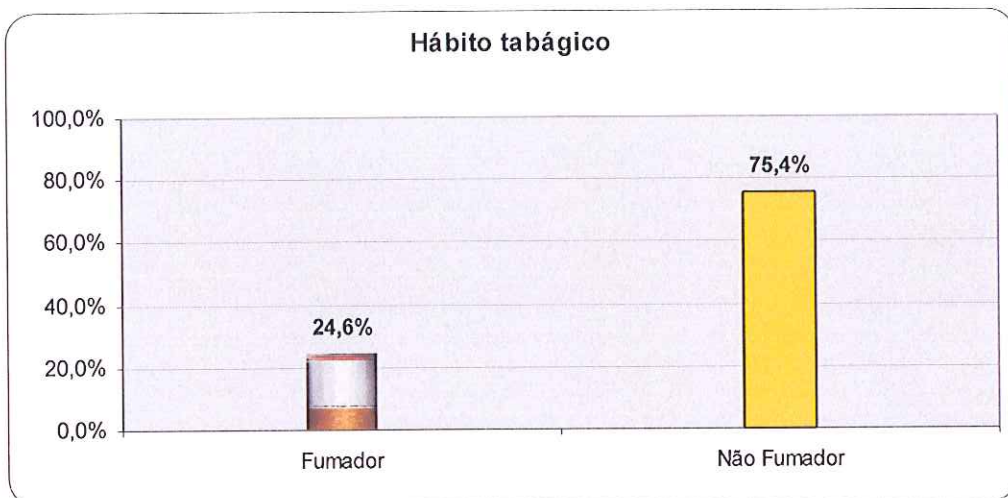
**Tabela VI – Farmacoterapia.**

**Gráfico 12**

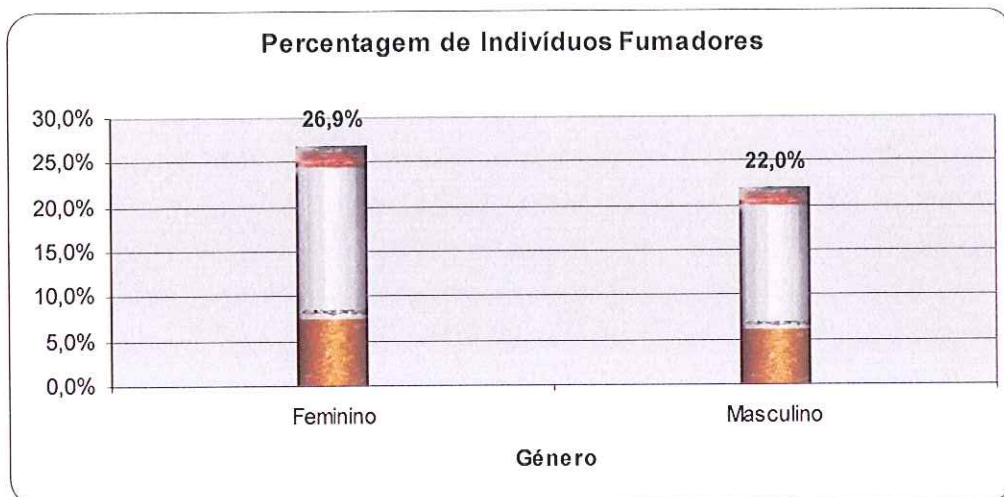


**Tabela VII – Tabagismo.**

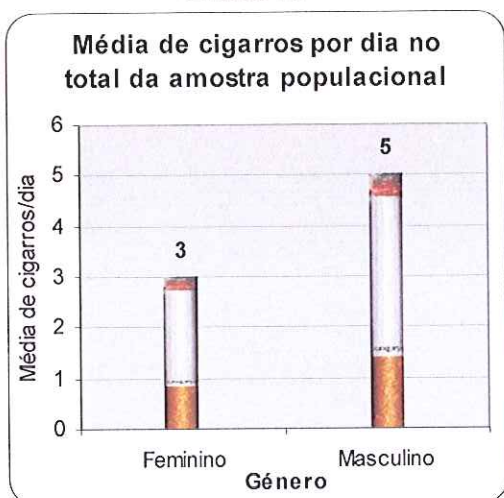
**Gráfico 13**



**Gráfico 14**



**Gráfico 15**



**Gráfico 16**

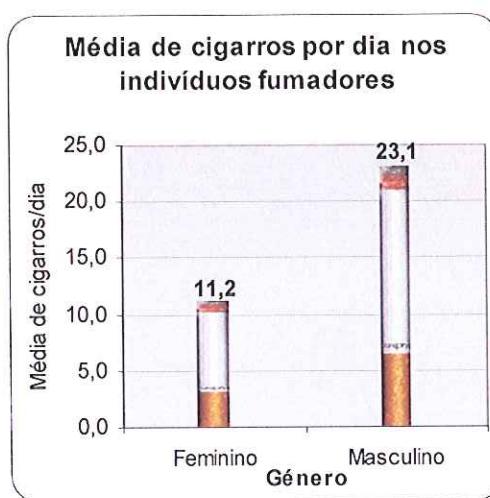


Gráfico 17

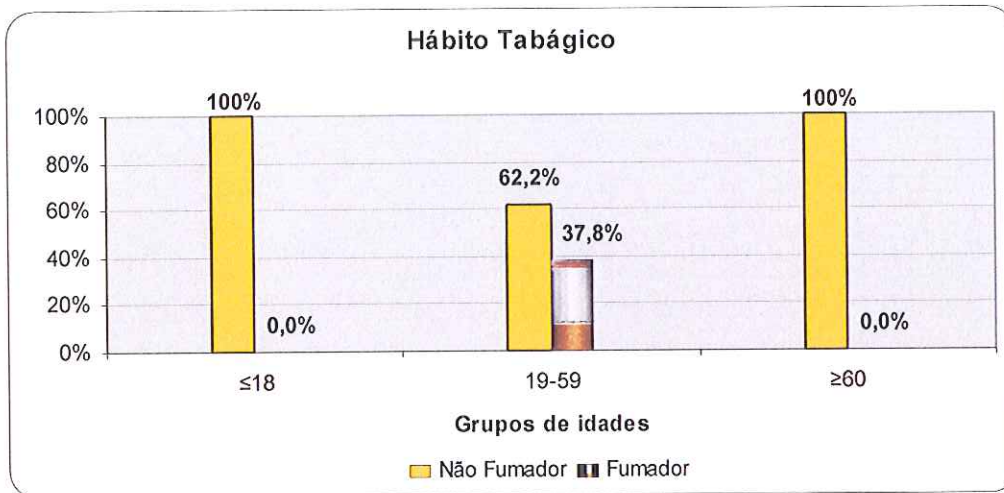


Tabela VIII – Consumo de bebidas alcoólicas.

Gráfico 18



Gráfico 19

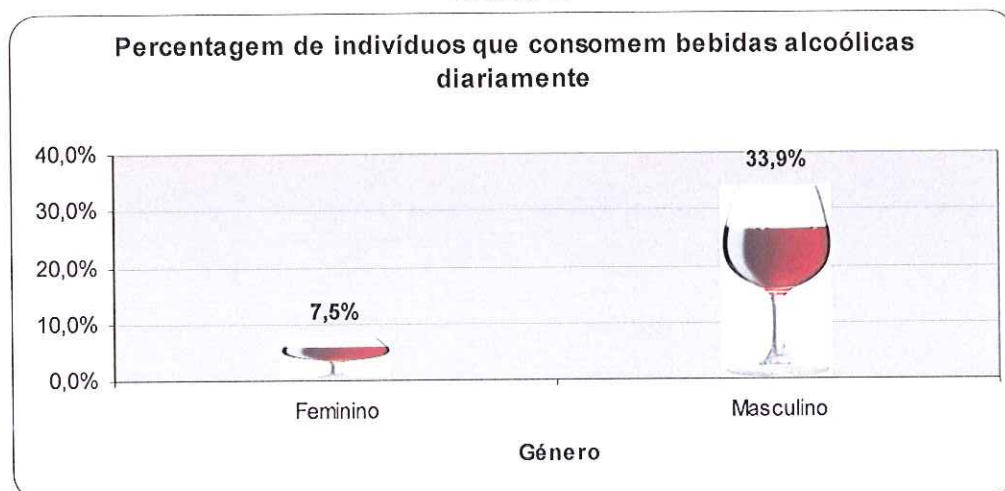


Gráfico 20

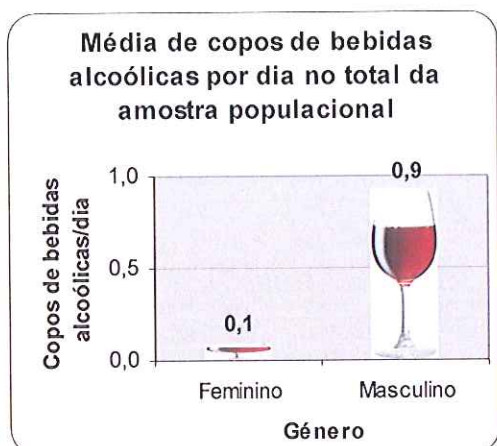


Gráfico 21

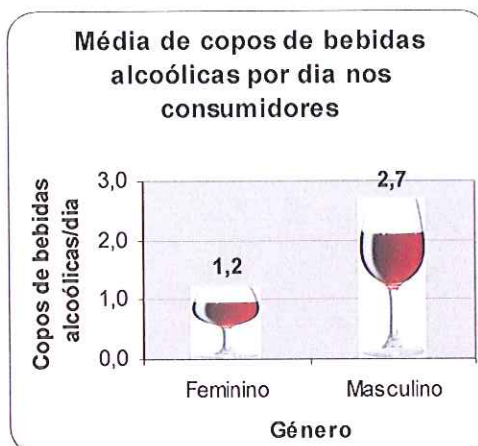
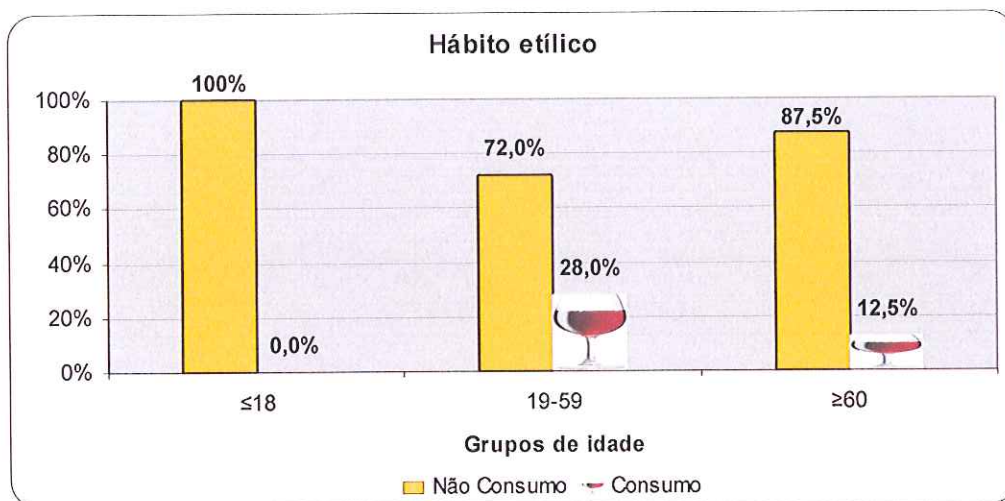
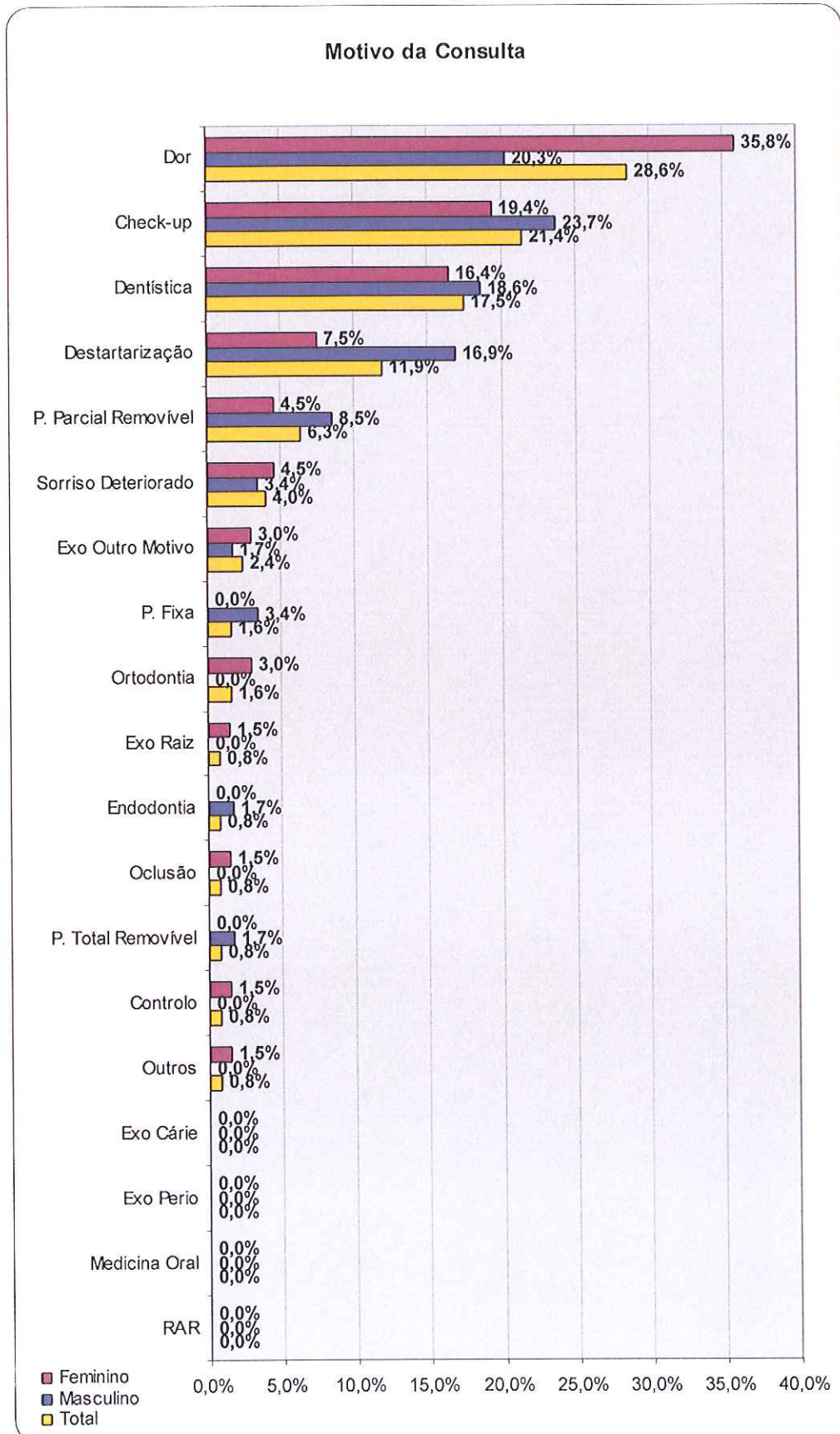


Gráfico 22



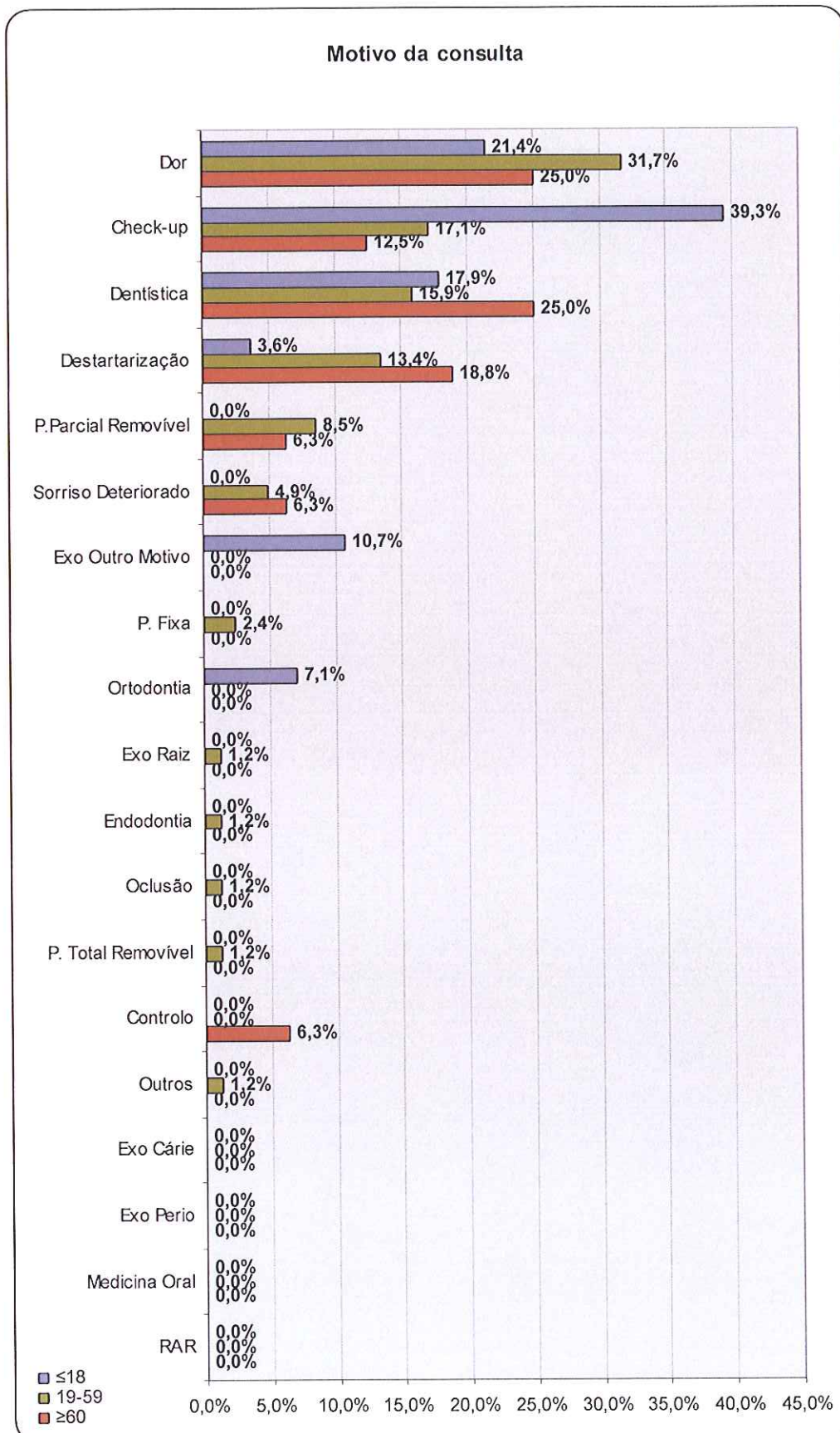
**Tabela IX – Motivo da consulta (necessidade sentida ou procura).**

**Gráfico 23**



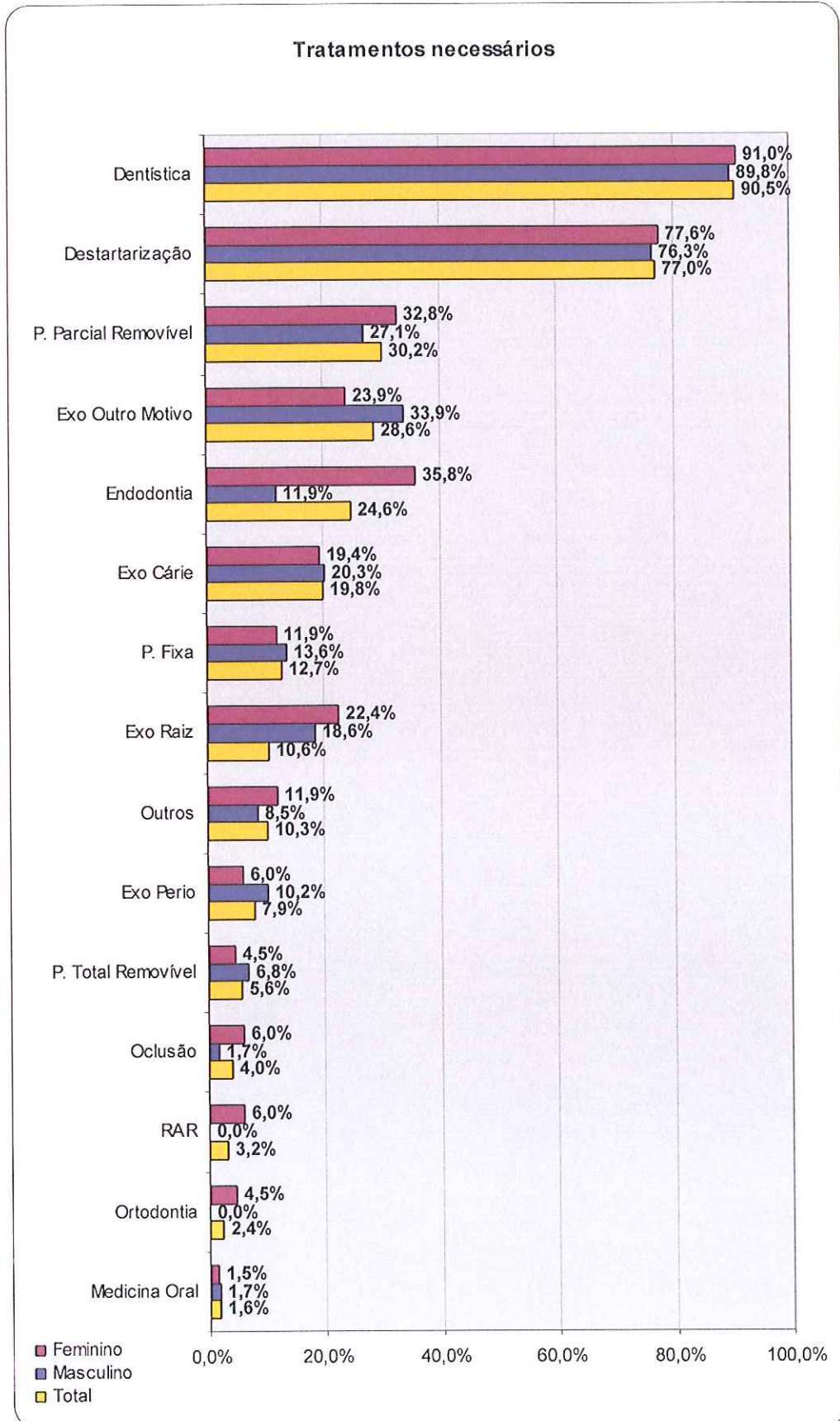
**Tabela X – Motivo da consulta, por grupos de idade.**

**Gráfico 24**



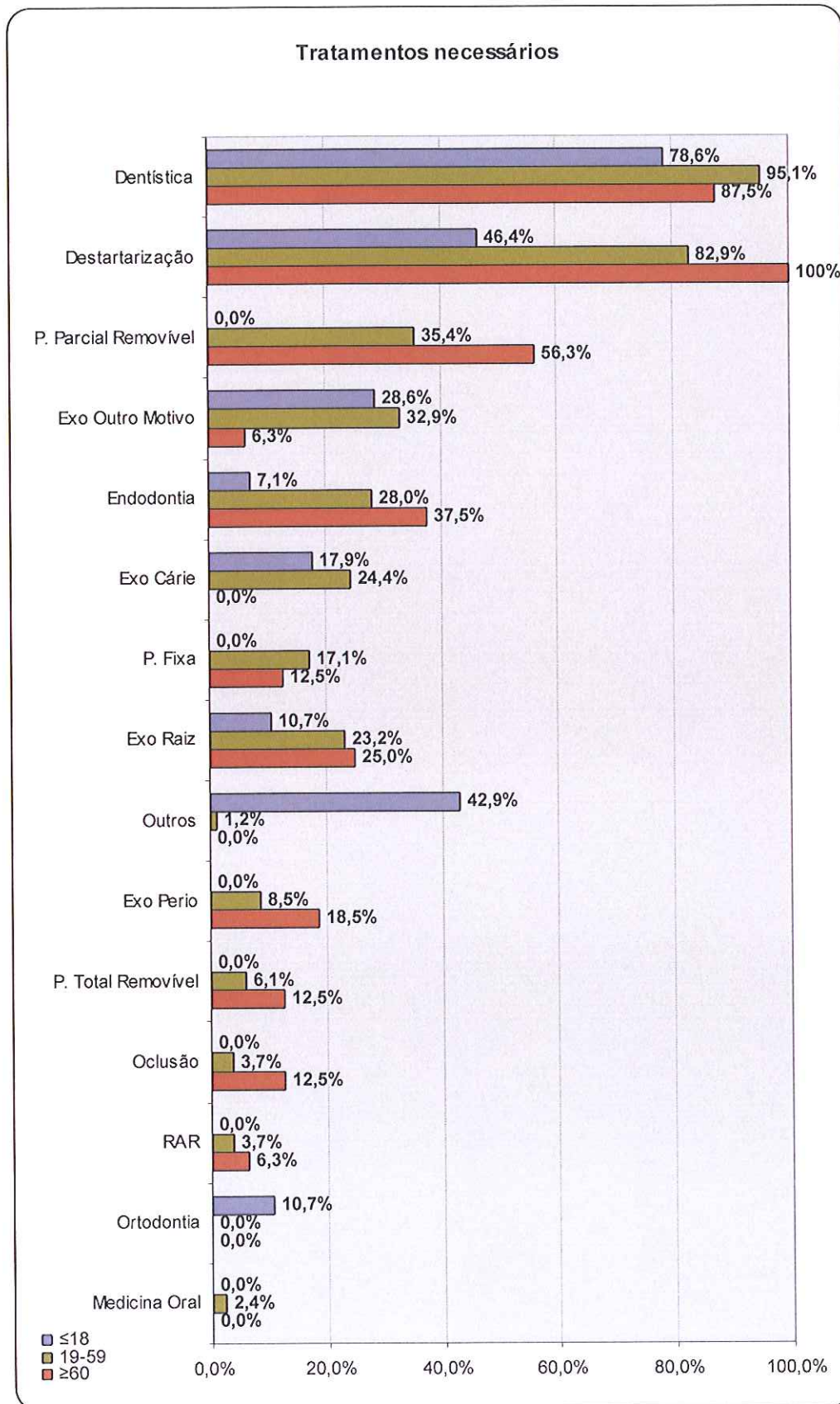
**Tabela XI – Tratamentos necessários (necessidade normativa).**

**Gráfico 25**



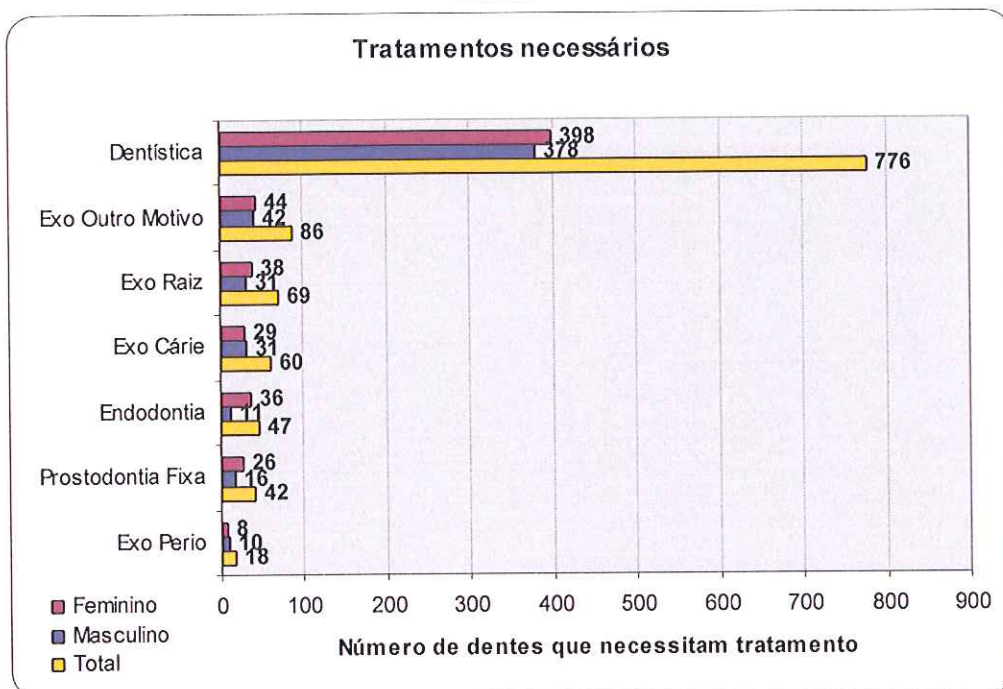
**Tabela XII – Tratamentos necessários (necessidade normativa), por grupos de idade.**

**Gráfico 26**



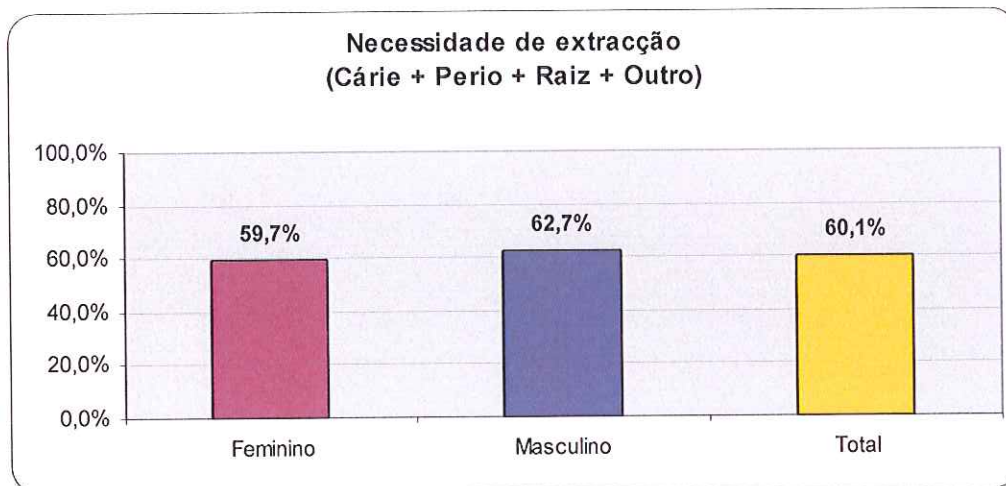
**Tabela XIII – Caracterização do número de dentes que necessita tratamento.**

**Gráfico 27**



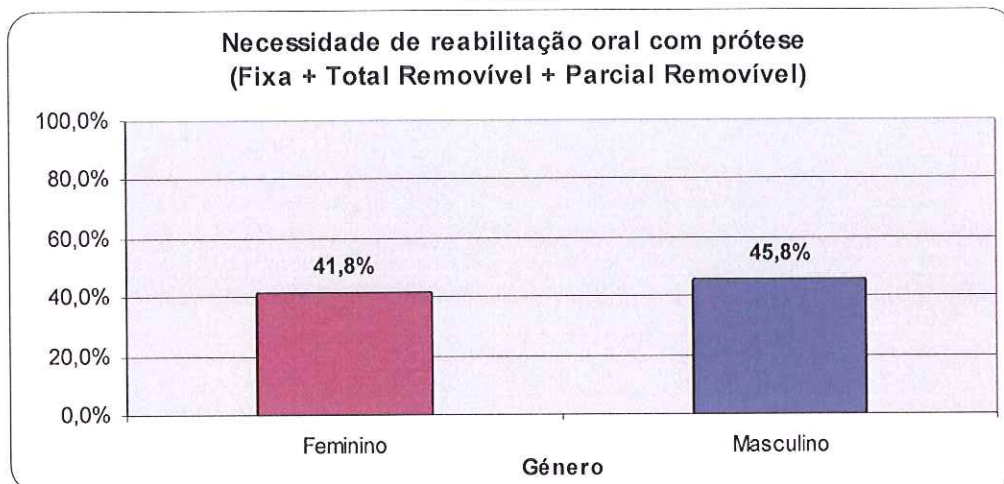
**Tabela XIV – Caracterização dos indivíduos que necessitam exodontia.**

**Gráfico 28**

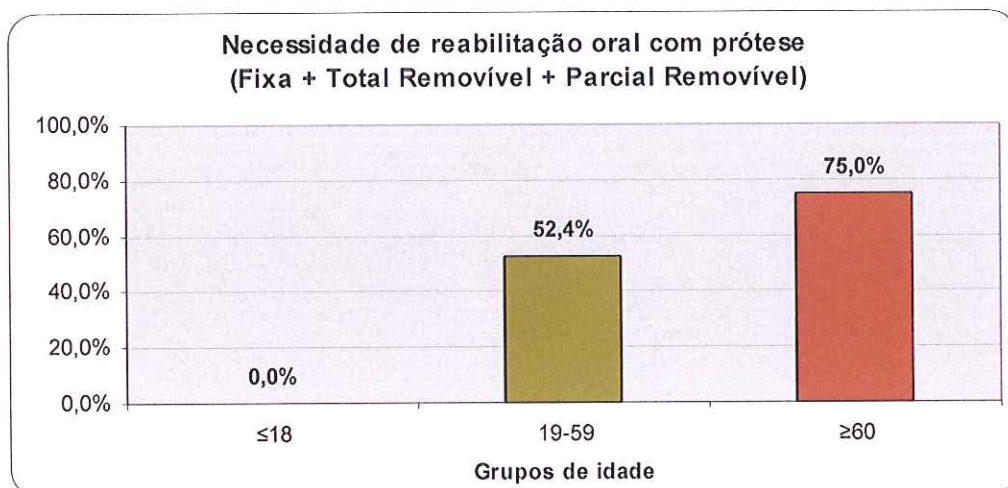


**Tabela XV – Caracterização da necessidade de reabilitação oral com prótese.**

**Gráfico 29**

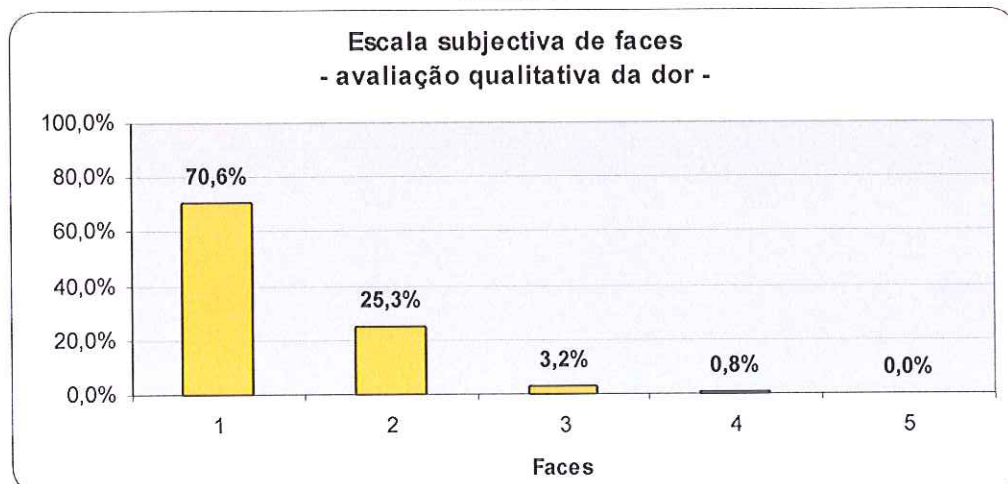


**Gráfico 30**



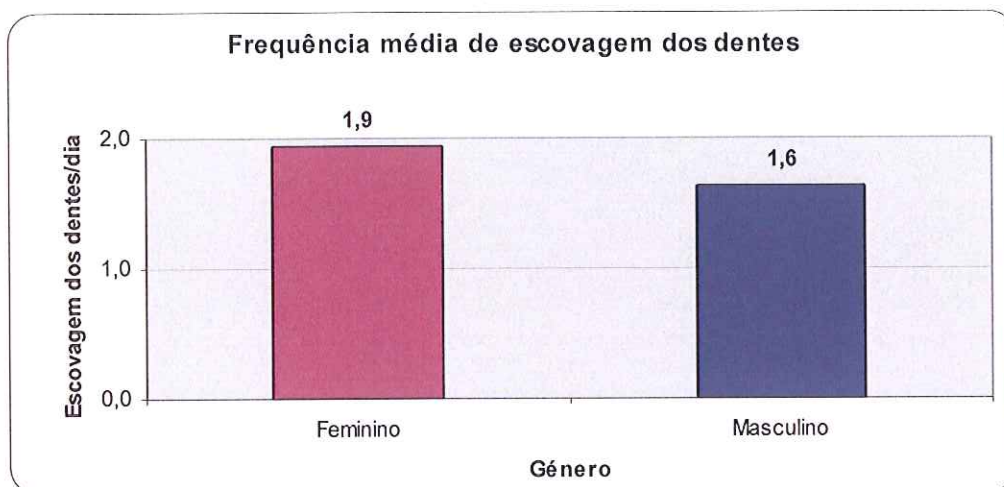
**Tabela XVI – Avaliação qualitativa da dor pela Escala Subjectiva de Faces.**

**Gráfico 31**

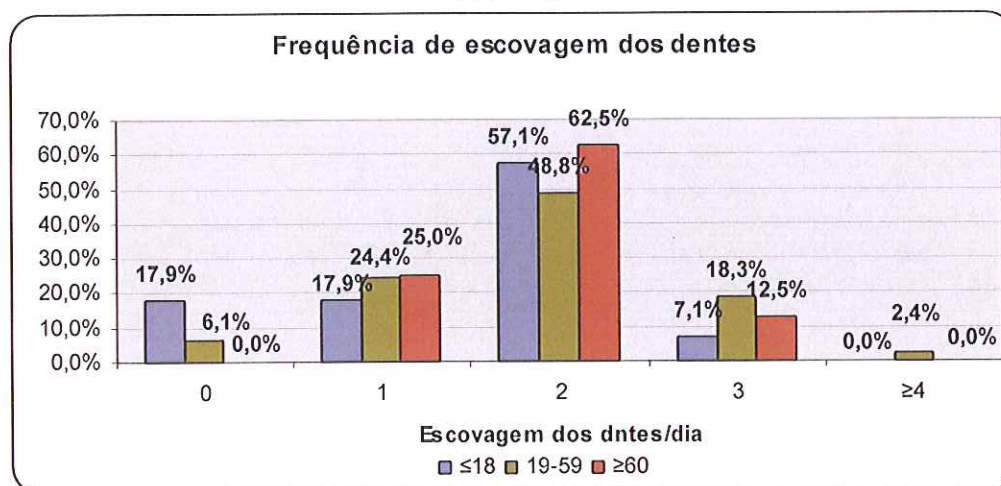


**Tabela XVII – Caracterização da frequência de escovagem dos dentes.**

**Gráfico 32**



**Gráfico 33**



**Tabela XVIII – Utilização de outros métodos de higiene oral.**

**Gráfico 34**

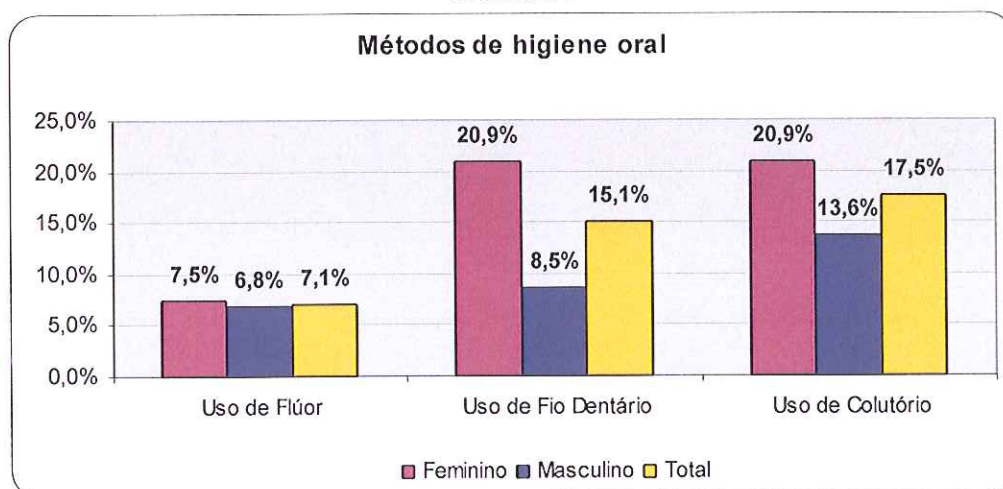
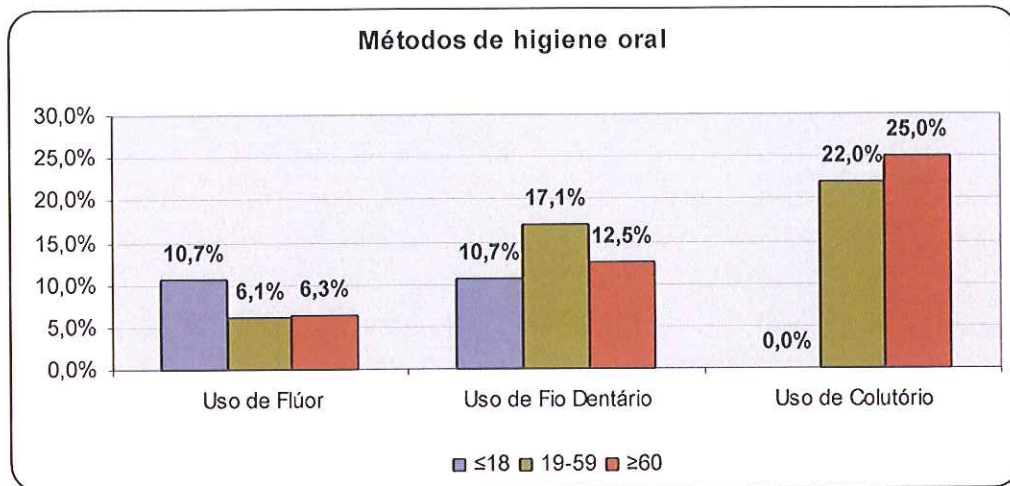


Gráfico 35

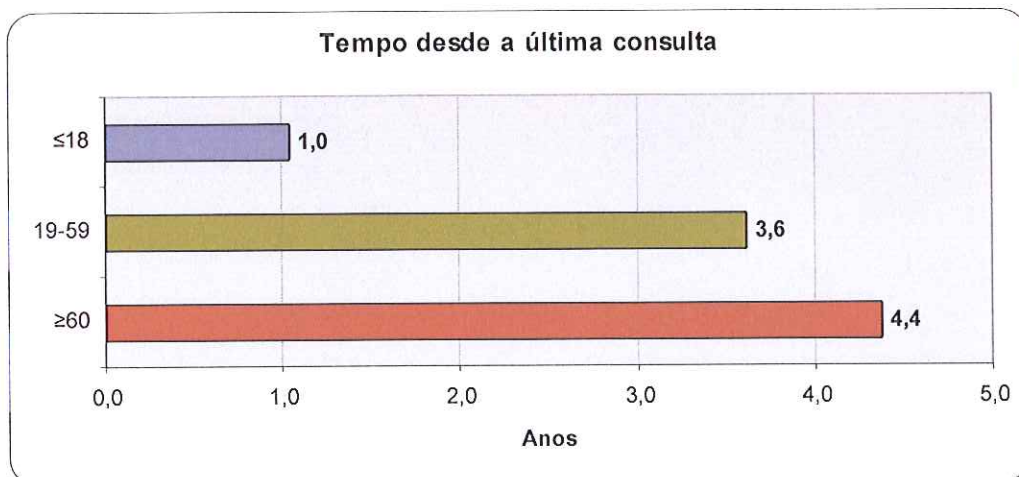


**Tabela XIX – Caracterização do tempo desde a última consulta no Médico Dentista**

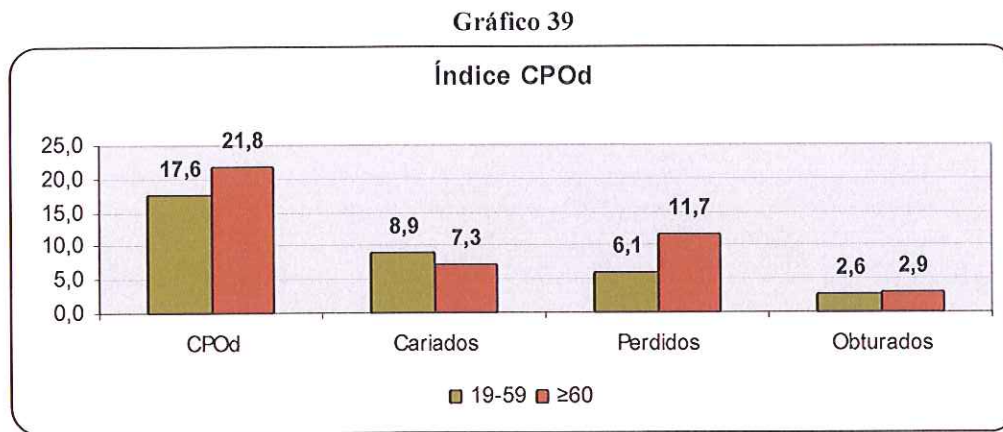
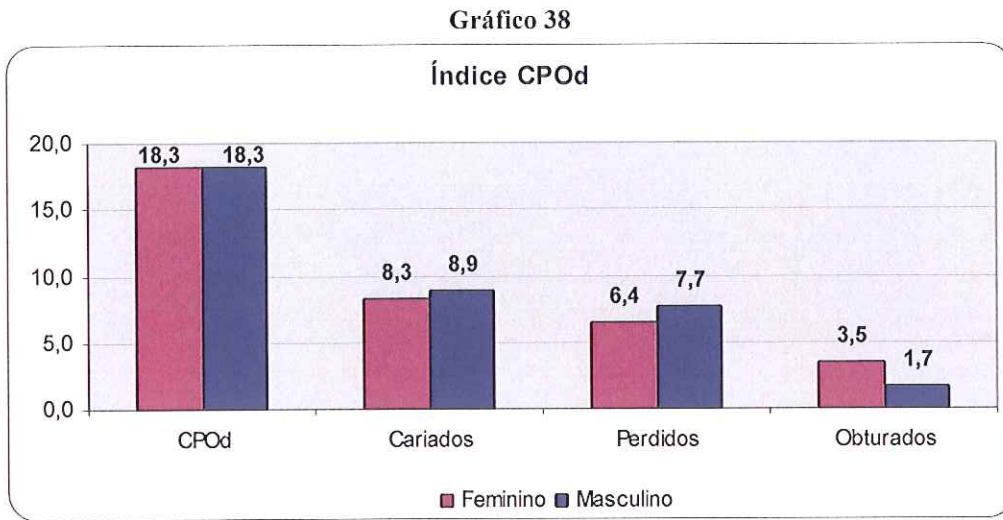
Gráfico 36



Gráfico 37



**Tabela XX – Caracterização do Índice CPOd em indivíduos maiores de 18 anos.**



**Tabela XXI – Caracterização do Índice de placa de Silness e Løe em indivíduos maiores de 18 anos.**

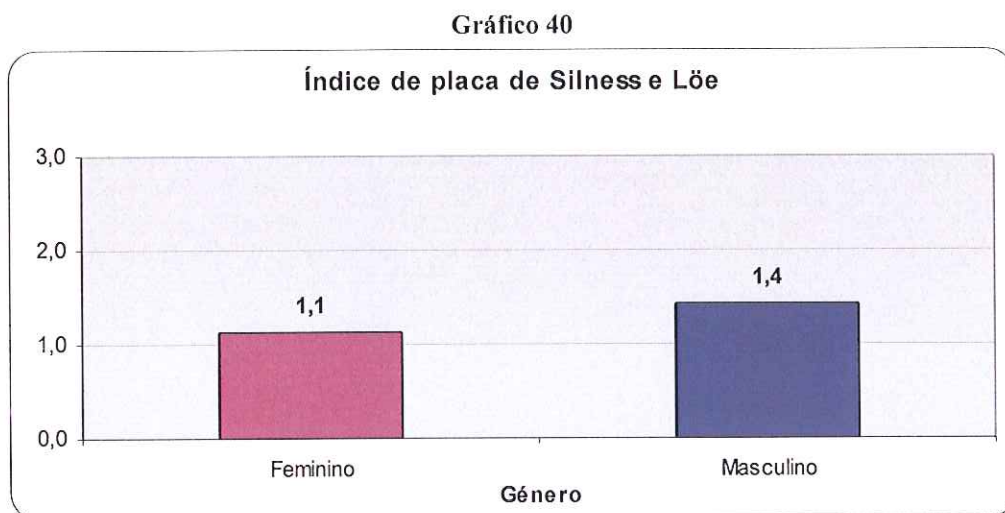
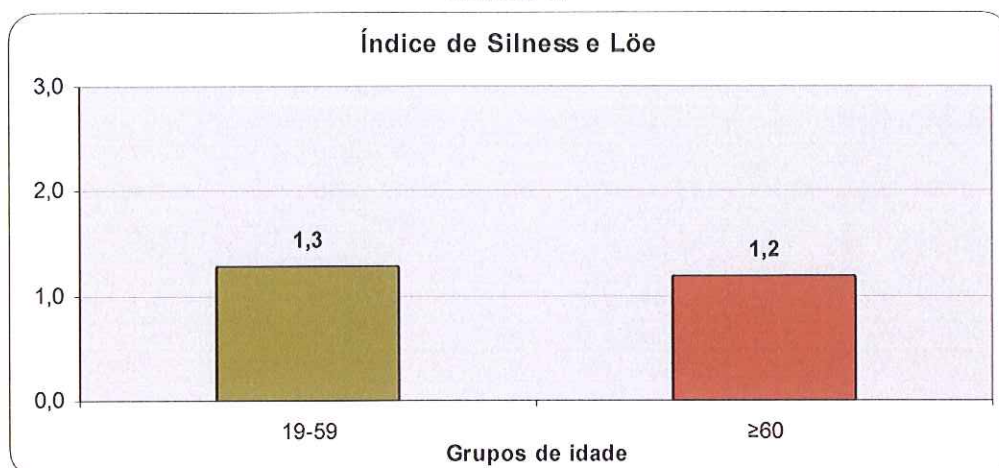


Gráfico 41



*Tabela XXII – Caracterização quantitativa da dentição, em função do género.*

Gráfico 42

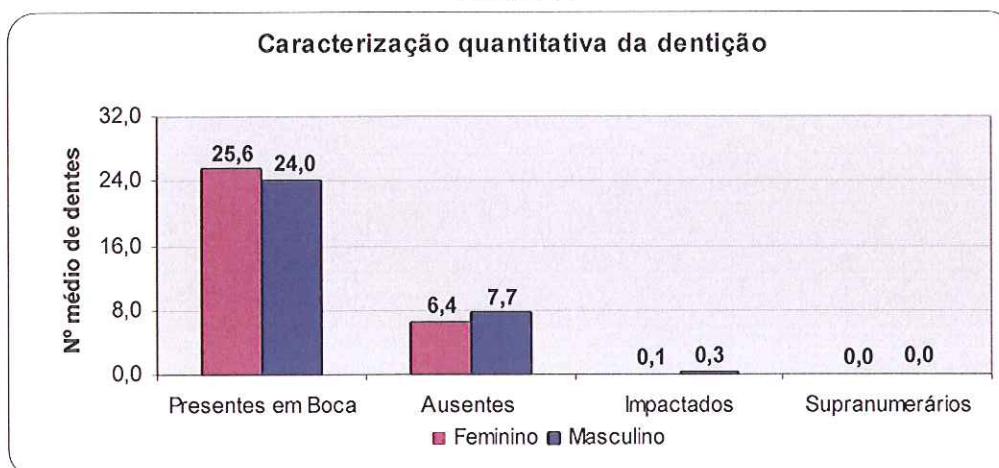
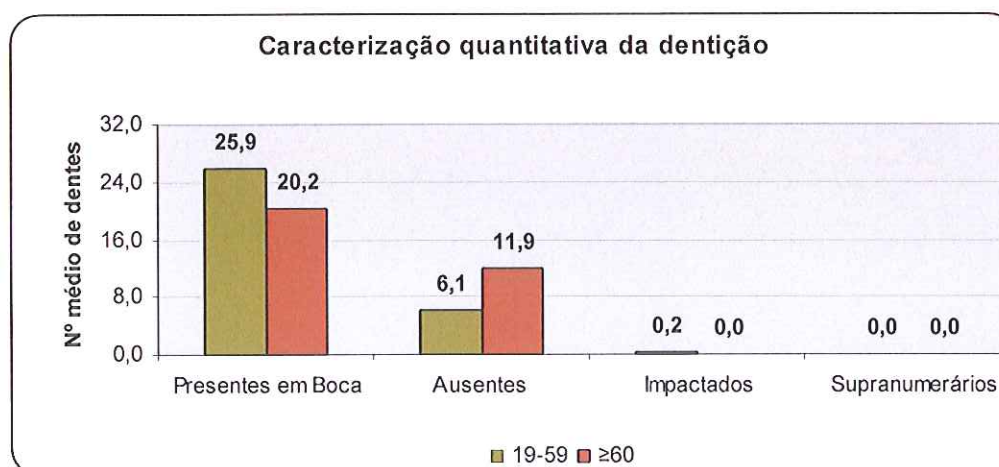


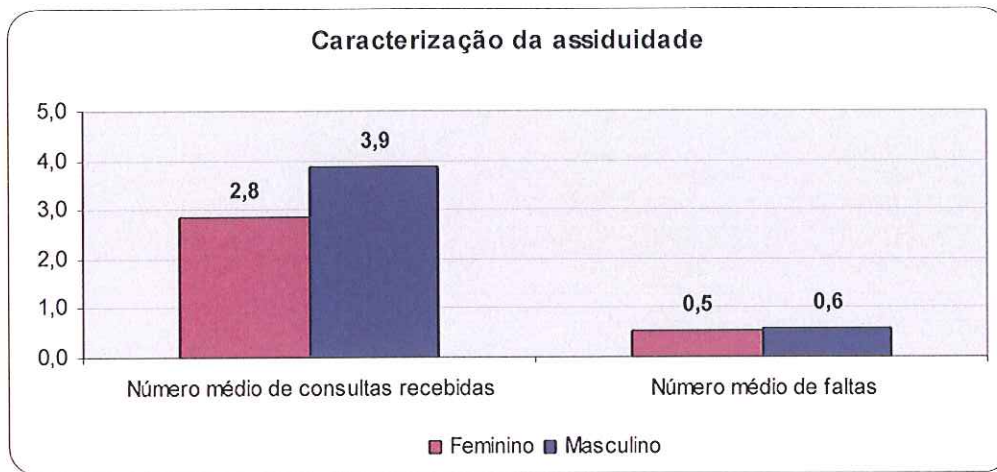
Gráfico 43



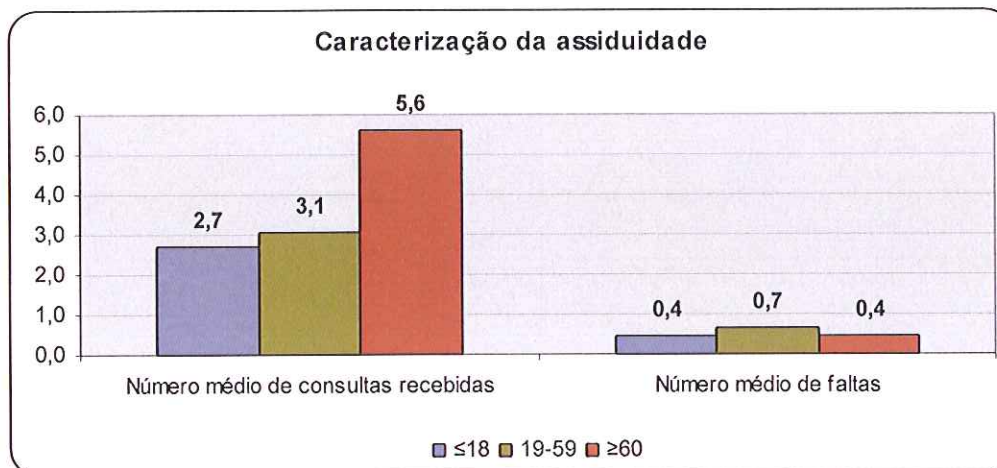
**Tabela XXIII – Caracterização do número de consultas recebidas.**

**Tabela XXIV – Caracterização do número de faltas.**

**Gráfico 44**

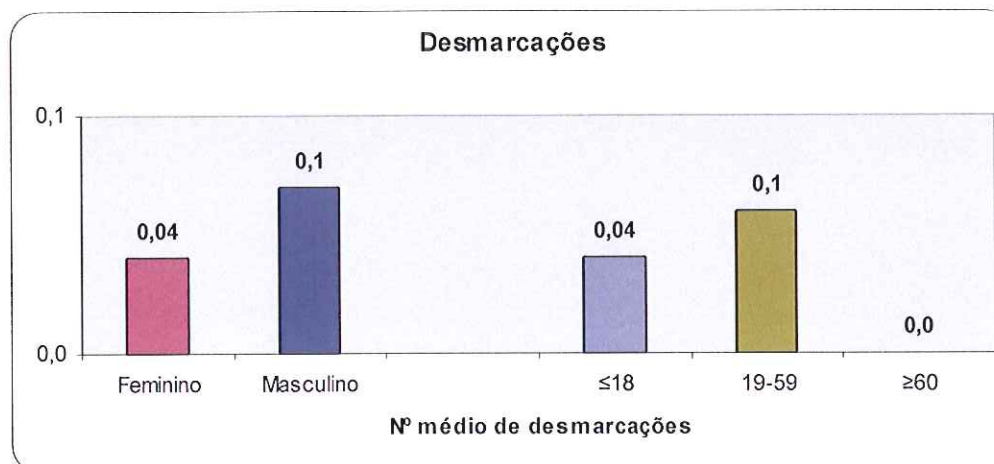


**Gráfico 45**



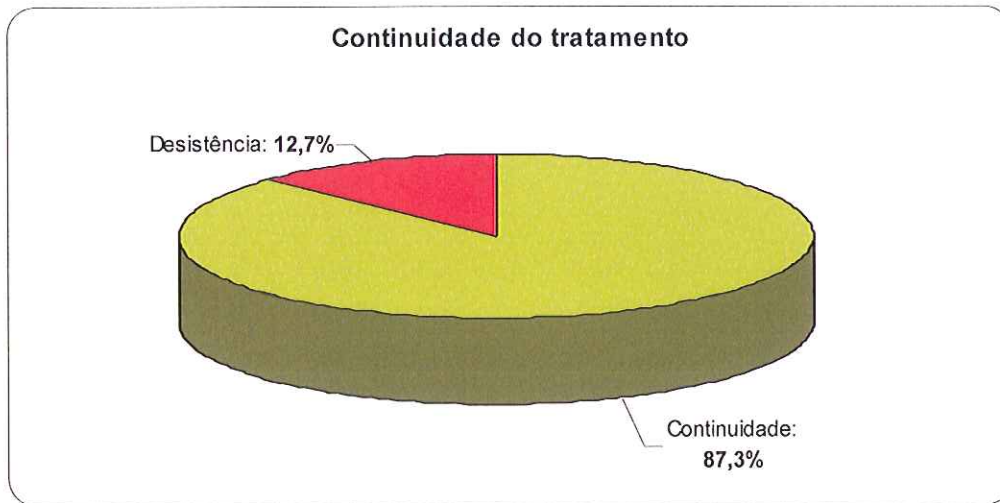
**Tabela XXV – Caracterização do número de desmarcações.**

**Gráfico 46**

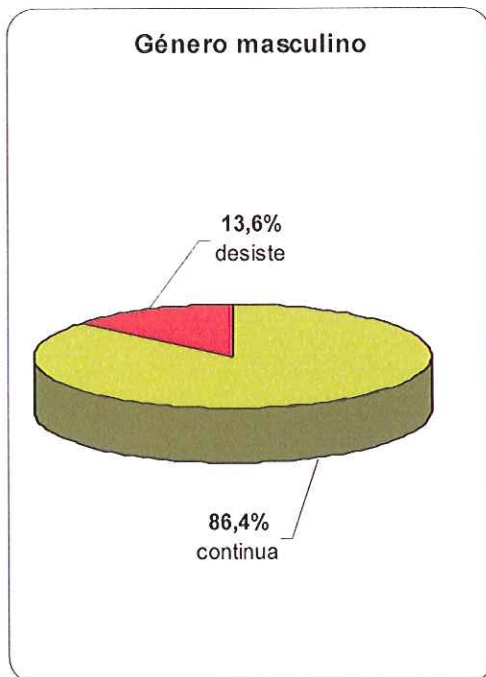


**Tabela XXVI – Continuidade do tratamento.**

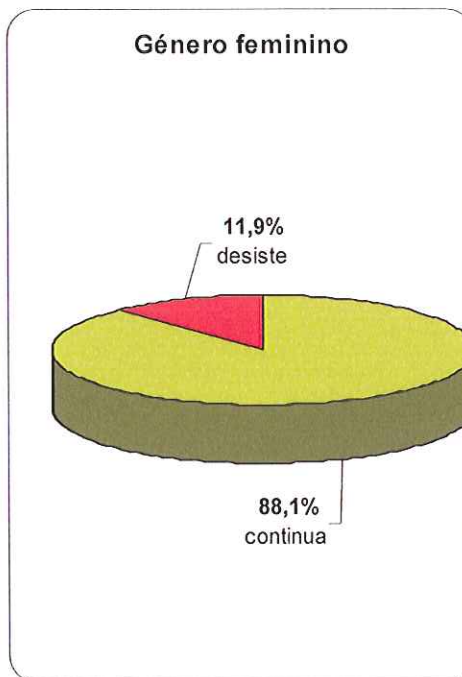
**Gráfico 47**



**Gráfico 48**

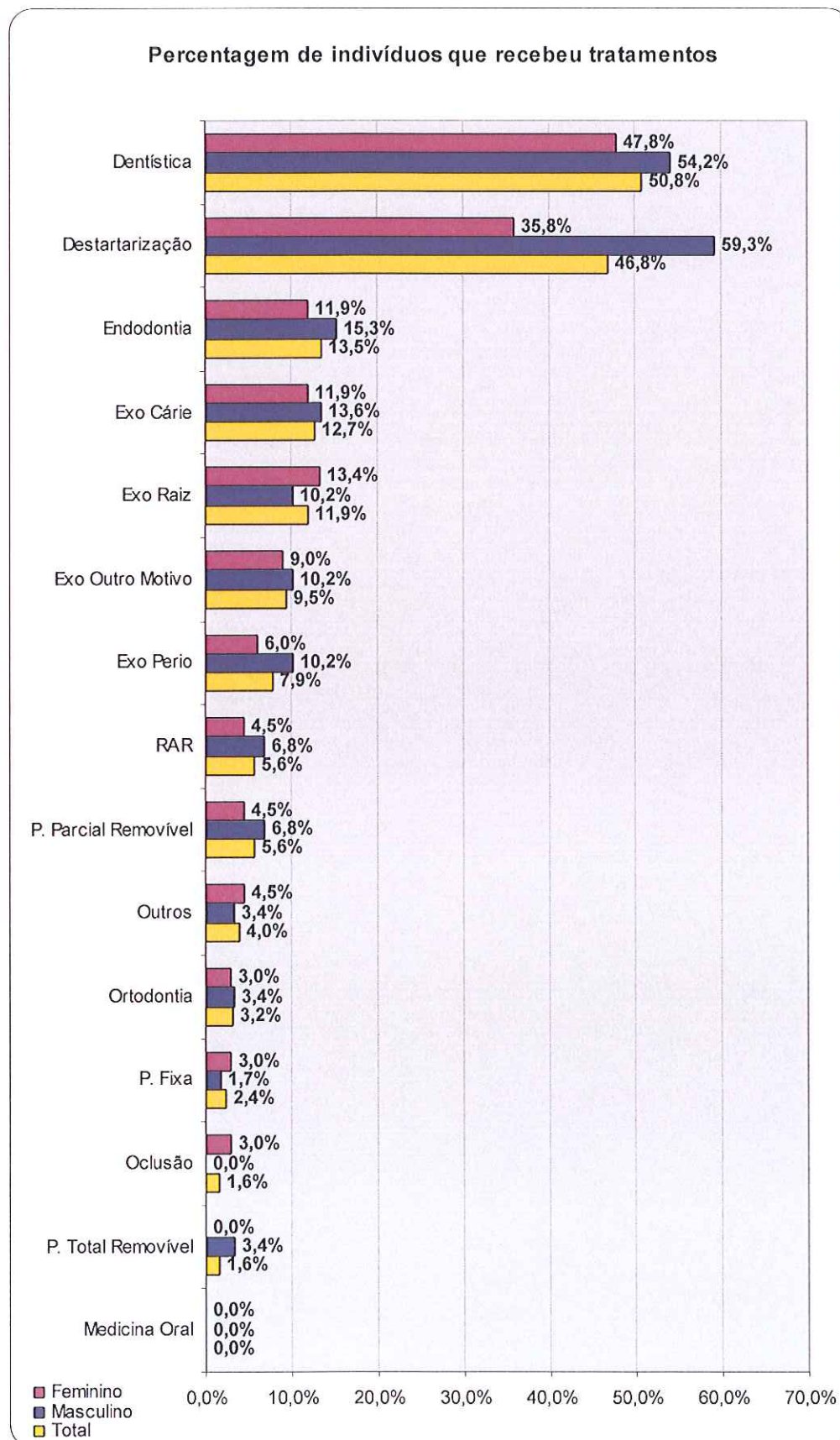


**Gráfico 49**



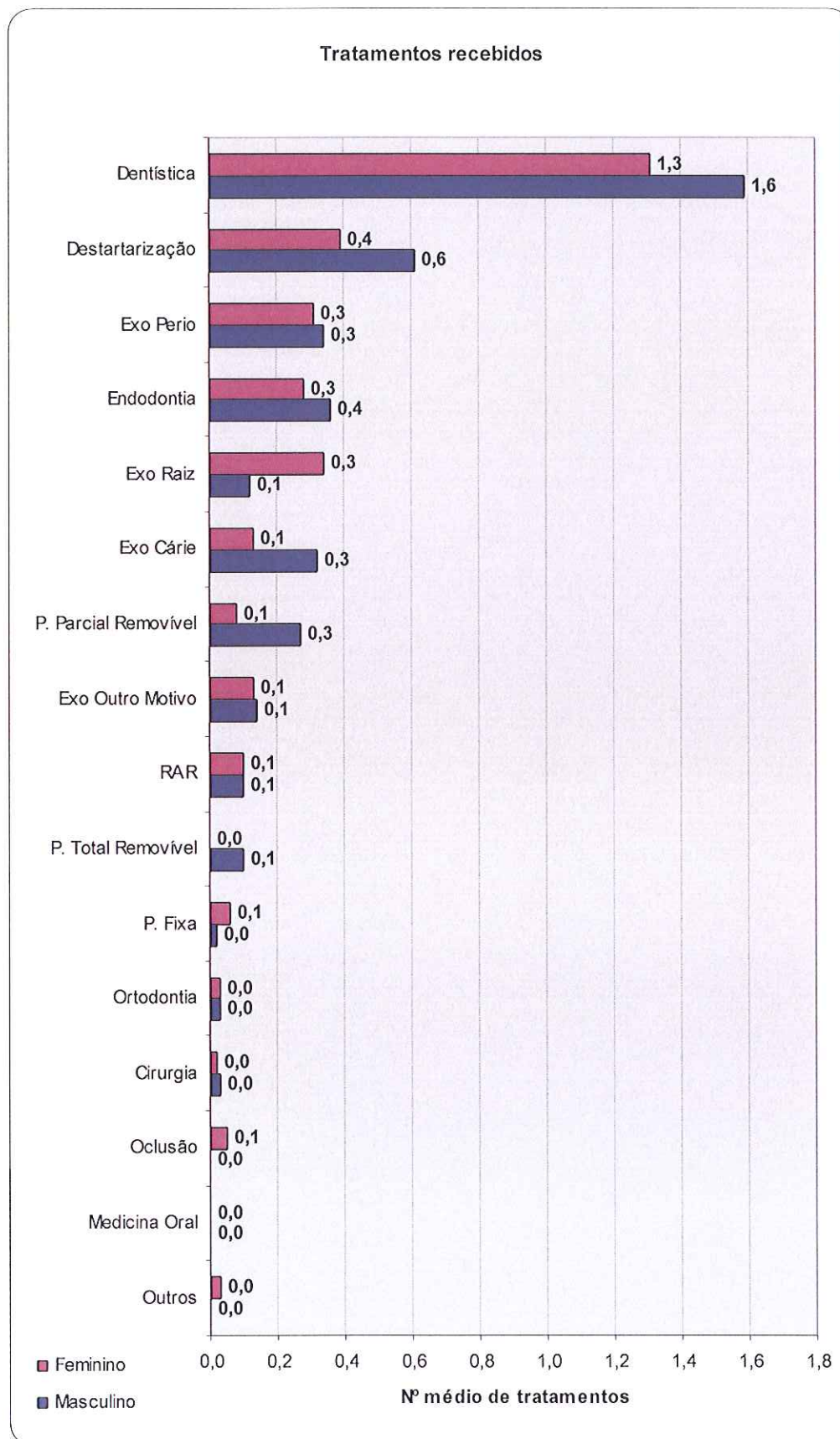
**Tabela XXVII – Percentagem de indivíduos que recebeu tratamentos.**

**Gráfico 50**



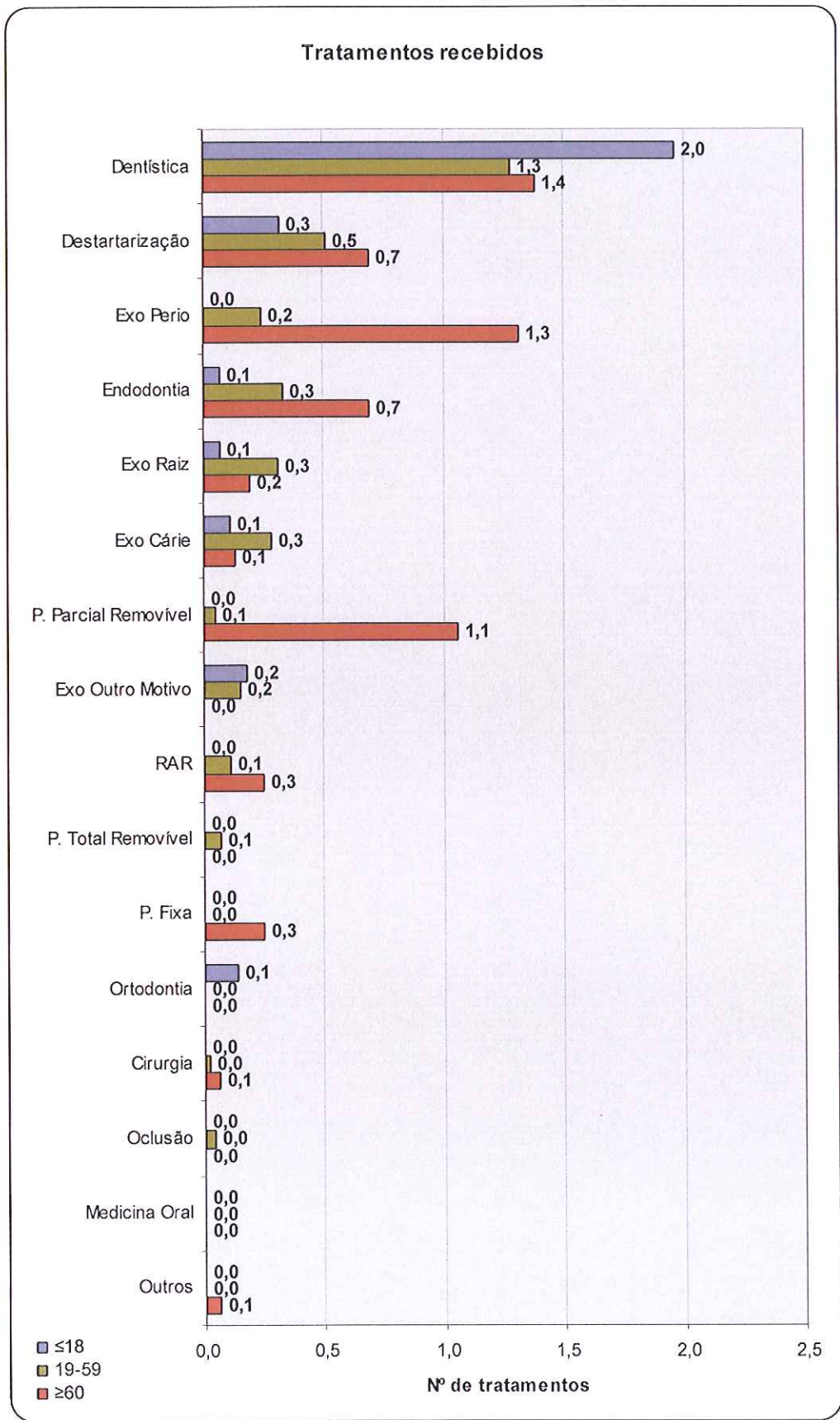
**Tabela XXVIII – Tratamentos recebidos.**

**Gráfico 51**



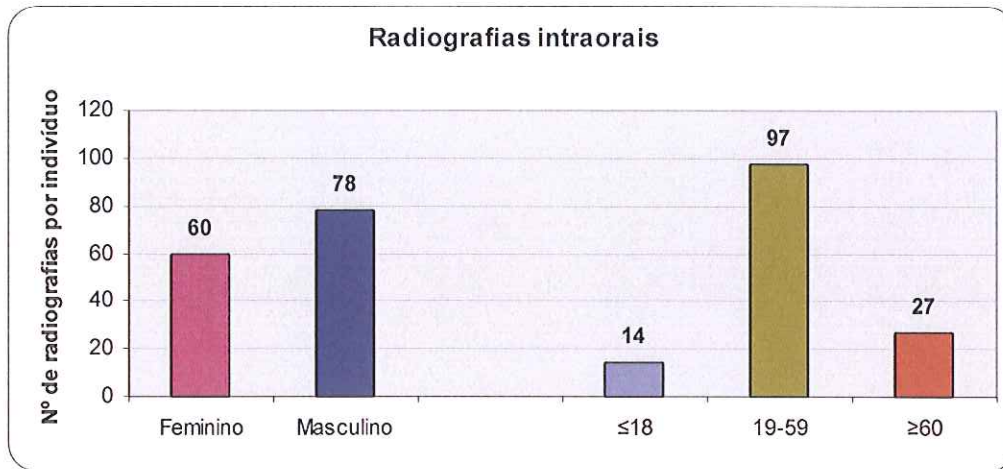
**Tabela XXIX – Tratamentos recebidos, por grupos de idade.**

**Gráfico 52**

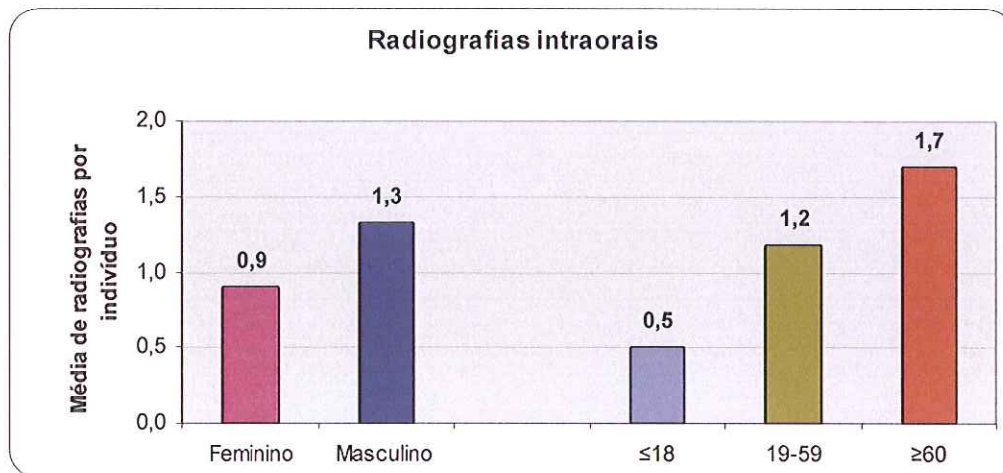


**Tabela XXX – Utilização do raio-X intraoral – método auxiliar de diagnóstico.**

**Gráfico 53**

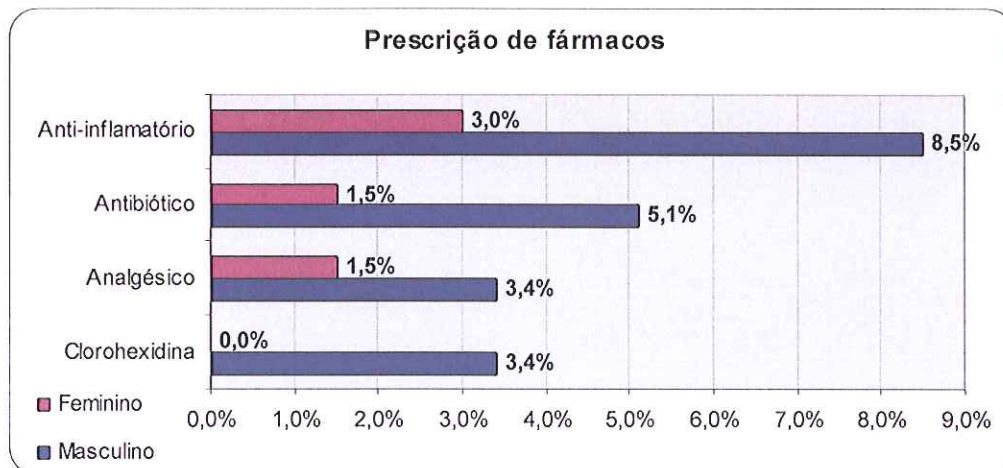


**Gráfico 54**



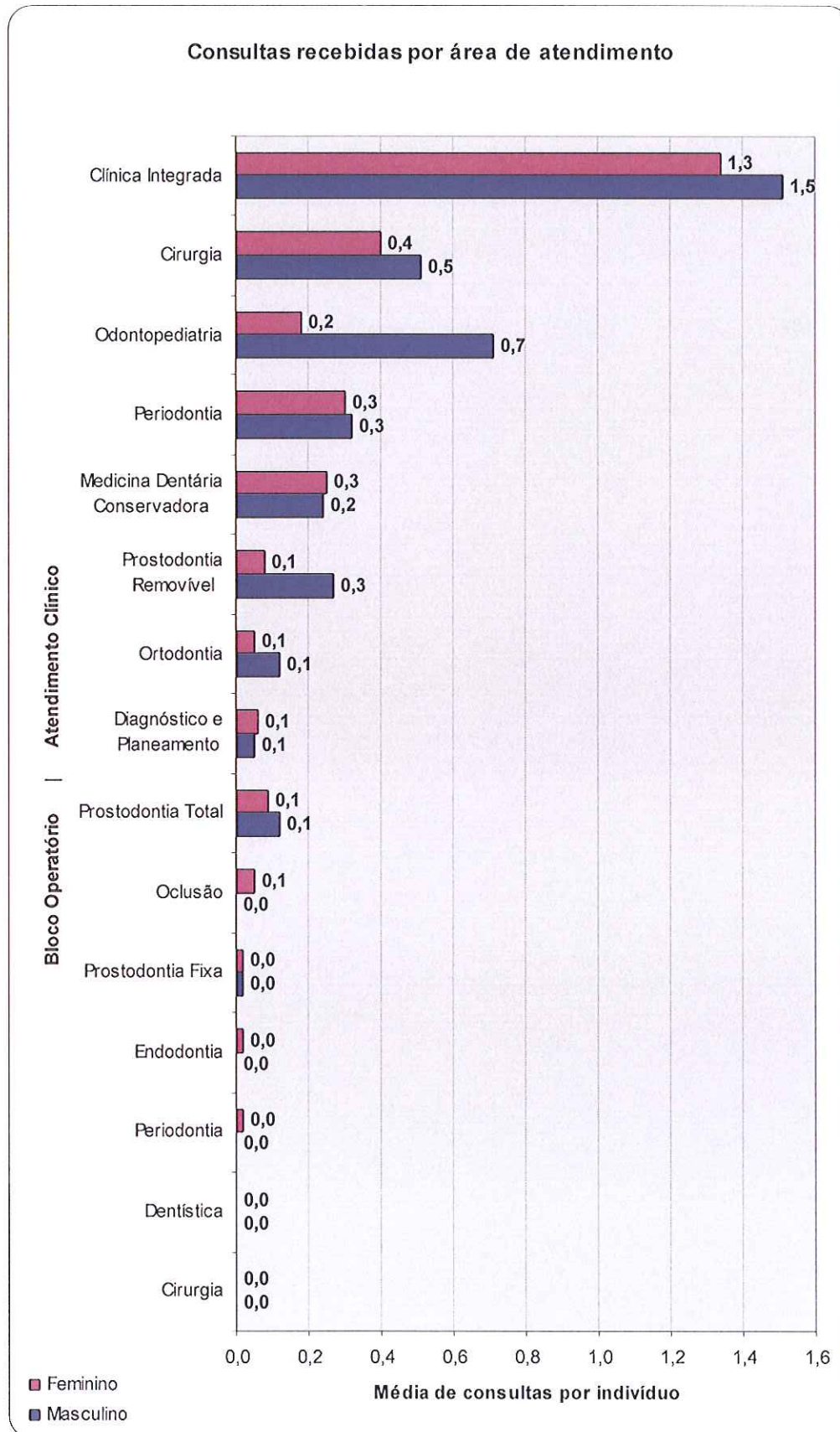
**Tabela XXXI – Prescrição de fármacos.**

**Gráfico 55**



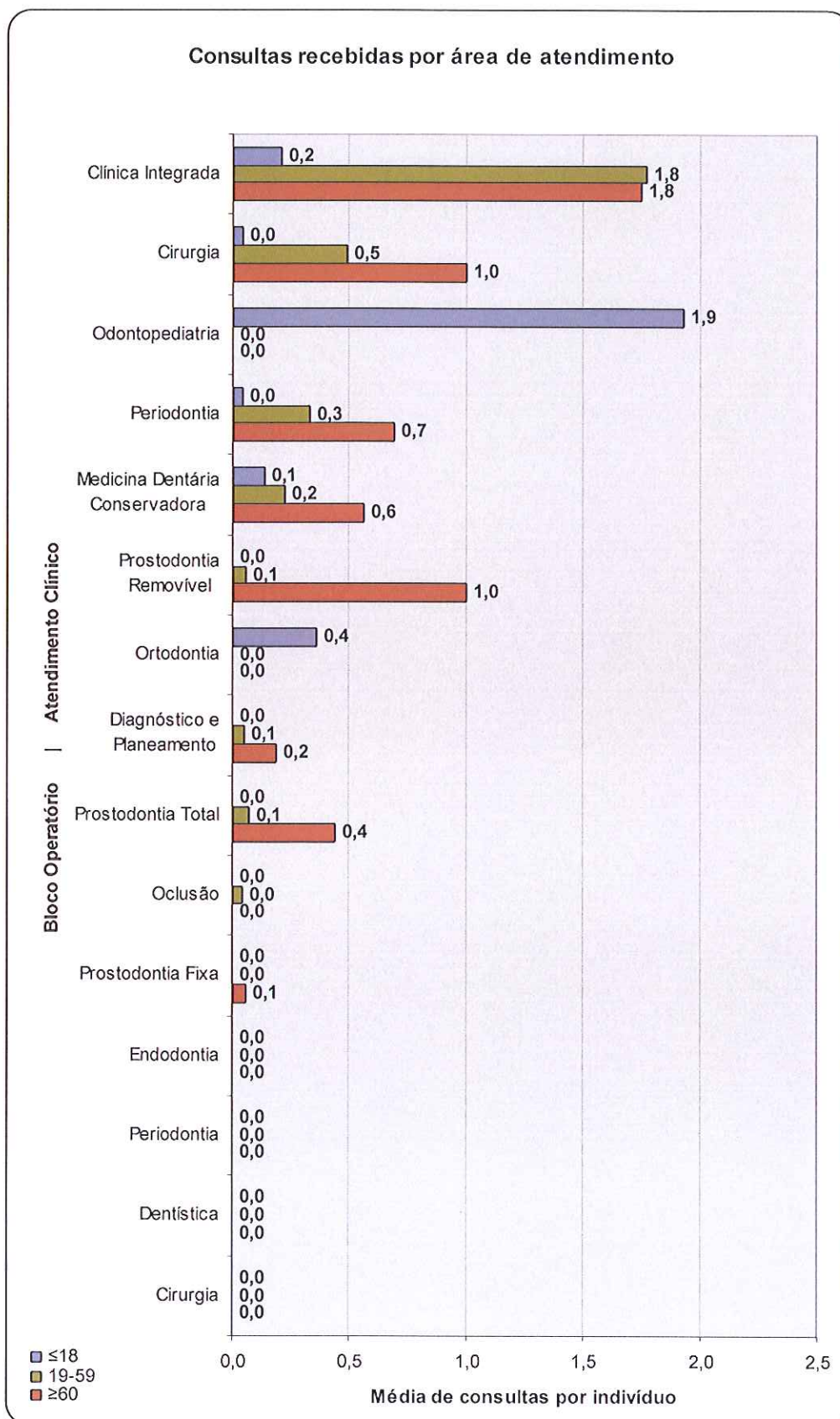
**Tabela XXXII – Total de consultas recebidas por área de atendimento.**

**Gráfico 56**



**Tabela XXXIII – Total de consultas recebidas por área de atendimento e grupo de idade**

**Gráfico 57**



*Tabela IX – Motivo da consulta (necessidade sentida ou procura).*

*Tabela XI – Tratamentos necessários (necessidade normativa).*

Gráfico 58

