

U. PORTO



FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UNIVERSIDADE DO PORTO

**“Perceções e atitudes de especialistas em
medicina geral e familiar na saúde oral dos
seus pacientes”**

Cláudia Alexandra Lopes dos Santos Martinho

15 de julho de 2013



Perceções e atitudes de especialistas em medicina geral e familiar na saúde oral dos seus pacientes

–

Unidade Curricular

“Monografia De Investigação/ Relatório De Atividade Clínica”

Dissertação de investigação médico-dentária

–

Cláudia Alexandra Lopes dos Santos Martinho

Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de

Medicina Dentária da Universidade do Porto

Endereço eletrónico: claudia.martinho@hotmail.com

Orientador: Prof. Doutor Paulo Rui Galvão Ribeiro de Melo

Professor Associado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto



ÍNDICE

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
Objetivo	4
MATERIAL E MÉTODOS	5
Análise estatística	6
RESULTADOS	7
Análise estatística descritiva da amostra	7
DISCUSSÃO	11
CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	19
ANEXOS	21

RESUMO

INTRODUÇÃO: Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO), a patologia oral é um grave problema de saúde pública. Seria apropriado o médico especialista em medicina geral e familiar (MGF) identificar sinais de doenças orais do paciente, encaminhando-o para o tratamento da patologia.

OBJETIVOS: Esta investigação teve como objetivo apurar o grau de percepção e conhecimento que médicos especialistas em MGF, do distrito do Porto, têm sobre a saúde oral dos pacientes e a sua atitude relativamente à identificação e encaminhamento dos doentes com patologia oral.

METODOLOGIA: Foi realizado um estudo transversal com carácter observacional e descritivo envolvendo médicos pertencentes a centros de saúde da região do Porto. Foi estudado o grau de conhecimento académico recebido e o presente sobre patologias orais e saúde oral, a relevância das mesmas no seu exercício, o hábito de examinação da cavidade oral, a frequência de queixas a nível maxilo-facial, qual a queixa mais frequente, o reencaminhamento dos pacientes. Todos os dados foram inseridos e a análise estatística foi efetuada utilizando o programa SPSS® versão 21.0.

RESULTADOS: Amostra final foi de 81 participantes. Cerca de 49% dos médicos MGF consideram que o conhecimento sobre patologias orais tem alguma relevância e 66,67% reconhece que recebeu pouca formação académica. O hábito examinar a cavidade oral dos pacientes existe em 33,33%, enquanto 62,96% apenas o realiza perante queixa associada. 75,11% dos médicos de MGF afirmaram que cerca 1-25% padecia de queixas a este nível e 65,43% afirmaram ser a dor dentária a queixa mais frequente. Perante queixa, 43,2% dos clínicos medica o paciente.

CONCLUSÕES: Existe a necessidade dos médicos de MGF receberem mais conhecimento sobre saúde oral de modo a melhorarem a sua atuação perante possíveis portadores de doença oral.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde oral; médicos especialistas em medicina geral e familiar; patologia oral.

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to the World Health Organization (WHO), the oral pathology is a serious public health problem. Thus, it's fitting for the family physician (FP) to possess the ability of identify signs of oral disease in their patients, and provide the means of treatment.

OBJECTIVES: This research aimed to determine the degree of perception and knowledge that family physicians, of the district of Porto, have on the oral health of their patients and their attitude towards the identification and referral of patients with oral pathology.

METHODS: It was conducted a cross-sectional study, with an observational and descriptive character, involving family physicians from health centers from Porto. It was studied the degree of the knowledge received in university and the actual knowledge that they have about oral diseases and health, the interest and relevance of this reality in their practice, the habit of examination the oral cavity, the frequency of complaints in the maxillofacial area, which complaint is more frequent and the rerouting of patients. All data were entered and statistical analysis was performed using SPSS ® version 21.0.

RESULTS: Final sample was of 81 participants. About 49% of physicians believe that the knowledge about oral diseases has some relevance and 66.67% recognizes that received little academic training. The habit of examination the oral cavity exists in 33.33%, while 62.96% only performs if there are complaints in the maxilo-facial area. 75.11% of physicians said that there are 1-25% of complaints on this level and 65.43% said that the dental pain is the most frequent complaint. Faced with complaints, 43.2% of physicians prescribes medications.

CONCLUSIONS: There is a need for the physicians to receive more knowledge about oral health in order to improve their performance facing possible patients that have oral disease.

KEYWORDS: Oral health; family physicians; oral pathology.

INTRODUÇÃO

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO), a patologia oral é um grave problema a nível da saúde pública em todo o mundo ⁽¹⁾. Dentro da patologia oral, as cáries dentárias e a doença periodontal são as mais prevalentes ⁽¹⁾. Deste modo, pacientes portadores de alguma patologia oral apresentam uma redução da qualidade de vida, que pode ser gradativa em função do desequilíbrio funcional do aparelho estomatognático que a doença pode originar. Os indivíduos mais afetados por estas sequelas da doença são oriundos de populações mais desfavorecidas economicamente, com repercussão no acesso aos sistemas de saúde à implementação de estratégias preventivas da doença oral ⁽¹⁾.

Uma das patologias mais prevalente da cavidade oral é a cárie dentária, a doença crónica mais comum na infância ⁽²⁾. A cárie dentária se não tratada, tem repercussões sobre a alimentação, fala e capacidade de aprendizagem da criança ⁽²⁾. Bastante menos prevalente mas com uma morbilidade bastante mais acentuada surge o cancro oral, que é o 6º cancro mais comum em todo o mundo ^(3,4,5). Este tem uma taxa de sobrevivência baixa, de cerca de 50 %, dependendo do estágio em que o mesmo é diagnosticado^(5,6). Atualmente, quase metade dos cancros orais são diagnosticados em estadios avançados com taxas de sobrevida a 5 anos entre 20-50% ⁽⁷⁾. Esta enfermidade, diminui a esperança média de vida do paciente, acartando consigo um grau variável de deformação facial.

O médico de MGF deve identificar os fatores de risco para as patologias orais, aconselhar o paciente a reduzir do consumo de tabaco e álcool, possuir higiene oral, ser detentor de uma dieta saudável e visitar o médico dentista com regularidade ⁽¹⁾. Colocar isto em prática é permite reduzir significativamente o risco de desenvolvimento de patologia oral aliviando o fardo que tal poderia acarretar na vida do paciente, devendo fazer parte integral de uma consulta do médico de MGF, visto ser o médico especialista com mais fácil acesso à população mais carenciada, que por sua vez também é a mais necessitada a nível oral. A abordagem deste conjunto de tópicos com o paciente é simples, sem custos adicionais e, se realizado com o ênfase adequado, pode trazer uma repercussão positiva na saúde geral e qualidade de vida.

Adicionalmente, seria apropriado o médico de MGF tentar identificar, durante a consulta, sinais de doenças orais que o paciente possa ser portador, encaminhando-o para o necessário acompanhamento e tratamento da patologia.

Objetivo

O objetivo desta investigação foi a de apurar o grau de percepção e conhecimento que médicos de MGF, do distrito do Porto, têm sobre a saúde oral dos pacientes jovens, adultos, grávidas e idosos e a sua atitude relativamente à identificação e encaminhamento dos doentes com patologia oral.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta investigação é um estudo transversal com carácter observacional e descritivo, onde se averiguou a atitude, resposta e conhecimento sobre as patologias orais dos médicos especialistas em medicina geral e familiar.

Este estudo foi realizado através de um questionário (Anexo 1) aos médicos de MGF, que procurou quantificar o seu grau de conhecimento, a instrução académica recebida e o seu interesse sobre patologia oral, a quantidade de pacientes que possuía com queixas a nível maxilo-facial, as ações tomadas perante estas queixas, o grau de confiança em diagnosticar patologias orais, o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento das mesmas, entre outros aspetos.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (Anexo 2).

No âmbito desta investigação foi proposta a participação de todos os médicos especialistas em medicina geral e familiar que exercem a sua atividade no distrito do Porto. Para a concretização deste propósito foram contactados todos os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do distrito do Porto. Dos dez ACES inquiridos, obteve-se a participação do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto IV- Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

Foram entregues questionários de forma aleatória a médicos de MGF do distrito do Porto e pertencentes aos centros de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto IV- Póvoa do Varzim/Vila do Conde. Junto com o questionário foi entregue um consentimento informado (Anexo 3) explicando a importância e os objetivos da investigação.

Os médicos que aceitaram participar devolveram o questionário num envelope fechado, proporcionado pelo investigador, garantindo a confidencialidade dos dados e a dignidade dos participantes. Os questionários foram recolhidos entre os meses de março e abril de 2013.

Análise estatística

Todos os dados foram inseridos e a análise estatística foi efetuada utilizando o programa de SPSS® v.21.0. (*Statistical Package for Social Sciences*).

Na análise estatística descritiva as variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%).

Foi usado o teste de independência do qui-quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas. Porém, quando a mais de 20% das células tinham frequência esperada inferior a cinco utilizou-se o teste exato de Fisher (no caso de duas variáveis serem dicotómicas) ou o teste exato do qui-quadrado (perante pelo menos uma das variáveis com mais do que duas categorias). Todos os testes estatísticos aplicados foram efetuados com um grau de confiança de 95%.

RESULTADOS

Num total de 200 inquéritos distribuídos foram devolvidos 110 inquéritos preenchidos. Destes inquéritos foram excluídos todos os que apresentavam alguma ausência de resposta e de assinatura no consentimento informado e os que apresentavam preenchimento múltiplo a questões colocadas de resposta única. Obteve-se uma amostra final de 81 inquéritos.

Os gráficos e os testes estatísticos mencionados ao longo da análise estatística encontram-se nos anexos 4 e 5.

Análise estatística descritiva da amostra

A faixa etária média da amostra foi de 42,56 anos e 59% era do sexo feminino. A média das idades do sexo feminino é de 41 anos e do masculino de 46 anos. No que diz respeito aos locais de exercício de atividade clínica, as frequências encontradas mais significativas foram no centro urbano, cerca de 16% dos médicos trabalham em instituições privadas, 67,9% em instituições públicas e na região suburbana de 28,4% exercia em instituições públicas.

Em relação aos anos de prática clínica verifica-se que 29,6% possuía entre 0 a 5 anos de exercício da profissão, 17,3% entre 5 e 10 anos, 9,9% entre 10 e 15 anos e 43,2% exerciam à mais de 15 anos. Na prática semanal, a maioria da amostra (65,4%) atendia mais de 80 utentes. Durante cada consulta de cada utente, 74% dos médicos de MGF despendia entre 10 a 20 minutos e 25,9% cerca de 20 a 30 minutos.

Quanto à importância das patologias orais na sua atividade clínica, as frequências encontradas mais significativas foram 43% dos médicos relataram ser muito relevante e 49% referiram que tinha alguma relevância. Quando ao interesse do médico sobre patologias orais 84% responderam positivamente.

Durante o período de formação académica de cada participante, mais de metade da amostra (66,67%) classificou a formação recebida sobre patologia oral como pouca. Durante o estágio, metade da amostra (50,62%) despendeu pouco tempo na formação sobre as patologias da cavidade oral.

Nos parâmetros de informação sobre as práticas dos médicos de MGF nas consultas, 33,33% dos médicos afirmou que tinha como hábito examinar a cavidade

oral dos pacientes e 62,96% reiterou que tinha como hábito examinar a cavidade oral apenas quando existisse queixa associada. Em relação à frequência de pacientes com queixas na região maxilo-facial, 75,11% afirmaram que cerca 1-25% dos pacientes padecia de queixas a este nível. Quanto às queixas mais frequentes na sua prática clínica, no âmbito das doenças orais, 65,43% dos médicos afirmaram ser a dor dentária a mais frequente. Perante a queixa, as frequências mais significativas foram 43,2% dos clínicos que afirmaram medicar o paciente, 25,9% que reencaminhavam o paciente para o médico dentista e 16,05% que medicava e reencaminha o paciente para o médico dentista. Quando foi perguntado directamente com que frequência reencaminhavam um paciente para o médico dentista, cerca de metade da amostra (50,62%) afirmou reencaminhar 1 a 25% dos pacientes.

Quanto à auto-avaliação da sua capacidade em identificar doença na cavidade oral do paciente, as frequências mais significativas foram, na sua maioria (53,09%) sentia-se moderadamente capacitada e 27,16% que não se manifestou muito ou pouco capacitada.

Quando se tentou apurar o conhecimento por parte dos médicos em relação aos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologia oral, 98,77% estavam conscientes que o tabaco era um dos fatores, 79,01% sabia que o álcool era outro, 71,6% identificaram o trauma crónico, 40,74% a radiação ultravioleta outro fator, 65,43% a imunossupressão, 49,38% as infeções fúngicas e/ou bacterianas e 45,68% inferiu a dieta. Quanto aos fatores de risco não modificáveis, 86,42% dos participantes sabia da sua existência. Perante um paciente portador de algum(ns) fator(es) de risco a este nível 88,89% dos médicos procedia à examinação da cavidade oral do doente.

Perante uma lesão oral suspeita mais de metade dos médicos (58,02%) reencaminhava o paciente para o hospital, 19,75% para o IPO e apenas 4,94% o enviava para o médico dentista (Anexo 4.1).

Quanto à saúde oral da grávida, 65,43% assinalaram que se poderiam realizar todos os procedimentos dentários e 16,05% concluíram que existiam procedimentos que não se poderiam efetuar (Anexo 4.2). Quando questionados sobre qual o melhor trimestre para a grávida receber o tratamento dentário, 41,98% assinalaram que seria o 2º semestre, 23,46% apontaram que seria o 1º semestre e 19,75% reiteraram que seria o 3º semestre (Anexo 4.3).

Quanto à saúde oral da criança, 56,79% recomendou que a primeira visita da criança ao médico dentista seja entre os três e seis anos de idade e 25,79% considerou que seria melhor entre um e três anos de idade (Anexo 4.4). Quanto à capacidade de identificar estadios iniciais de cárie dentária na criança, mais de metade da amostra (55,56%) afirmou concordar totalmente que conseguiam desempenhar essa tarefa e 87,65% concordou totalmente que conseguiam identificar estadios avançados de cárie dentária na criança.

Independentemente dos locais de exercício clínico e do número total de pacientes consultados semanalmente, mais de 50% dos médicos MGF encontra 1-25% de pacientes com queixas na região maxilo-facial ($p>0,05$) (Anexo 5.1). Com a exceção dos médicos que trabalham nas IPSS centro, em que metade refere ter 1-25% dos pacientes com queixas e a outra metade tem 26-50%. Independentemente do número total de pacientes consultados semanalmente, os médicos de MGF que trabalham em instituições públicas, em IPSS na periferia e em consultórios privados referem que a queixa mais frequentemente encontrada é a dor dentária (Anexo 5.2).

Perante uma lesão oral suspeita, mais de metade dos médicos que trabalham em instituições privadas e públicas, em IPSS e consultórios privados periféricos reencaminham o paciente para o hospital ($p>0,05$) (Anexo 5.3). Os médicos MGF que não trabalham no consultório privado no centro, perante lesões orais suspeitas tendem a não reencaminhar os pacientes para o IPO ($p<0,05$) (Anexo 5.4). Verificou-se que, perante estas lesões, cerca de 33% dos médicos MGF reencaminha o paciente para o IPO e 17% reencaminham o paciente para o médico dentista ($p>0,05$) (Anexo 5.5).

Dos médicos de MGF com 0 a 15 anos de prática clínica, 75% examinam a cavidade oral quando há queixa associada e após os 5 anos mais de metade também o fazem (Anexo 5.6). Adicionalmente, verificou-se que entre 0 a 5 anos de prática clínica 67% dos médicos de MGF concordavam que conseguiam identificar doença na cavidade oral, e após os 5 anos mais de metade também o fazem (Anexo 5.6). Quanto mais anos de prática clínica os médicos de MGF têm, maior é a percepção de que a infeção oral constitui um factor de risco modificável que propicia o aparecimento de patologia oral ($p<0,05$) (Anexo 5.6).

Independentemente do tempo gasto e do número total de pacientes consultados semanalmente, os médicos tendem a examinar a cavidade oral quando o paciente é portador de algum fator de risco a este nível (Anexo 5.7 e 5.8). Adicionalmente, foi

encontrada uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo de consulta por paciente com o hábito de examinar a cavidade oral, onde os médicos que gastam entre 10 a 20 minutos por utente tendem a examinar a cavidade oral apenas quando existe queixa associada (Anexo 5.8). Do mesmo modo, existe uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo gasto por paciente e a examinação da cavidade oral quando o paciente é portador de factor(res) de risco. Cerca de 93% dos médicos que despendem 10 a 20 minutos por paciente têm este hábito em relação a 76% dos que gastam 20 a 30 minutos (Anexo 5.8).

Em relação ao género, averiguou-se que 64% dos médicos de MGF do sexo masculino ($n=21$) atribui alguma relevância ao conhecimento sobre patologia oral na sua profissão e que 54% do sexo feminino ($n=26$) atribui muita relevância ao conhecimento sobre patologia oral na sua profissão (Anexo 5.9).

Com o intuito de se comparar a frequência com que os médicos de MGF encontram pacientes com queixa na região maxilo-facial com a frequência com que o reencaminha para o médico dentista, verificou-se que 61% dos médicos de MGF em que cerca de 1-25% dos seus pacientes apresentavam queixas na região maxilo-facial reencaminhavam os mesmos para o médico dentista; 35% dos médicos MGF que possuíam cerca de 26-30% de pacientes com queixas na região maxilo-facial reencaminhavam os mesmos para o médico dentista; 67% dos médicos MGF que possuíam cerca de 51-75% de pacientes com queixas na região maxilo-facial reencaminhavam os mesmos para o médico dentista (Anexo 5.10). Existe uma relação direta, estatisticamente significativa ($p < 0,05$), dos médicos que têm 1-25% dos seus pacientes com queixas na região maxilo-facial com o fato de reencaminharem cerca de 1-25% dos pacientes para o médicos dentista.

Independente do grau de conhecimento académico recebido sobre patologia oral, os médicos de MGF consideram a ida da grávida ao médico dentista apropriada e, na sua maioria, consideram que no período gestativo pode-se realizar todos os procedimentos (Anexo 5.11).

Em relação à percentagem de doentes que são reencaminhados para o médico dentista, no grupo dos médicos que têm o hábito de examinar a cavidade oral ($n=27$), 44% reencaminham cerca de 1 a 25 % dos pacientes. No grupo dos médicos que têm o hábito de examinar quando à queixa associada na cavidade oral ($n=51$), 55% reencaminham cerca de 1 a 25 % dos pacientes (Anexo 5.12).

DISCUSSÃO

Em Portugal continental, segundo o instituto nacional de estatística (INE), em 2012, o número de consultas médicas nos estabelecimentos de saúde por habitante é de 4,2 anualmente (Anexo 6). Este contacto periódico dos pacientes à consulta médica num estabelecimento de saúde é superior ao que acontece com a consulta ao médico dentista^(8,9,10,11,12). Deste modo, os médicos de MGF têm a oportunidade de alertar os seus utentes para as patologias orais, educar a população sobre os cuidados necessários a nível da saúde oral e incentivar eliminação de hábitos orais prejudiciais⁽¹⁰⁾.

O interesse pelo conhecimento de patologias orais por parte da amostra encontra-se dividida, entre os médicos que o consideraram muito relevante e os que apenas atribuem alguma relevância. Não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre os sexos. Em vários estudos médicos de MGF declararam possuir interesse em mais informação ou treino para o diagnóstico de cancro oral^(9,11,12,13). De certa forma, é um cenário um pouco diferente ao encontrado nesta investigação, pois 49% da amostra declara que o conhecimento sobre patologias orais tem apenas alguma relevância. O nível de formação académica recebida foi concordante com estudos anteriores em que 40,7 e 63,6% de médicos de MGF também considera o conhecimento recebido como insuficiente, sendo que em relação ao conhecimento sobre o cancro oral, 53,9% dos médicos de MGF afirmaram ter recebido conhecimento médio sobre esta área enquanto 69% afirmaram ter pouco conhecimento^(9,14). Torna-se uníssono na literatura que o grau de perceção sobre cancro oral é inadequado nesta classe médica^(11,12,14).

No que diz respeito ao grau de conhecimento sobre patologia oral, um estudo aponta que com o aumento da idade do médico de MGF o conhecimento sobre esta área diminui⁽¹⁴⁾. Outro estudo, não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento sobre saúde oral e os anos de exercício clínico⁽¹⁵⁾. A este respeito, neste estudo que se encontrou uma relação estatisticamente significativa entre o número de exercício clínico e o hábito de examinar a cavidade oral (com ou sem fatores de risco associados), a capacidade de encontrar doença na cavidade oral do paciente e com o conhecimento sobre os fatores de risco não modificáveis.

O conhecimento sobre patologias orais pelos médicos de MGF é fundamental pela interação com vários campos importantes na saúde do paciente^(8,10,11,12,16).

De qualquer modo, o valor encontrado nesta investigação sugere a necessidade de uma mudança a nível do programa académico dos médicos de MGF, embora não se tenha encontrado diferenças estatisticamente significativas entre o grau de conhecimento académico recebido e o conhecimento de vários temas relacionados com saúde oral.

Deste modo, atualmente torna-se importante a criação de estratégias que melhorem o conhecimento que os estudantes de medicina têm sobre doenças orais^(8,10,12,16). Idealmente, seria benéfico, em Portugal, a inclusão no percurso académico de medicina ou no da especialidade de medicina geral e familiar de disciplina(s) que vise(m) aprimorar a deteção de doença oral por parte destes profissionais. Esta estratégia já foi implementada em várias escolas de medicina da América do Norte⁽⁸⁾. Neste sentido, um estudo mostrou que a formação académica de estudantes de medicina, nos Estados Unidos, no sentido de pesquisa de sinais, sintomas e comportamentos de alto risco para cancro oral, é desadequada e incompreensível^(16,17). Apenas 29% das escolas, da América do Norte, exigiam até 2005, a examinação de todas as estruturas orais⁽¹⁷⁾. Num estudo conduzido por *Morgan e outros*, 77% dos médicos declaram não ter treino suficiente na examinação da cavidade oral⁽¹⁵⁾.

Esta instrução torna-se importante visto que cerca de 75% dos participantes possuem 1-25% pacientes com queixas na região maxilo-facial. Na sua maioria, os médicos de MGF procedem de duas formas perante a queixa, 43,2% medica o paciente e 25,9% reencaminha o paciente para o médico dentista. Em relação ao número médio de pacientes consultados por semana por cada médico de MGF, nesta investigação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre este fato e a frequência de queixas a nível da região maxilo-facial, a queixa encontrada mais frequentemente (Anexo 5.7), a frequência de queixa de dor dentária e o hábito de examinar a cavidade oral.

Perante esta frequência de pacientes com queixas a este nível, é importante a percepção dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologia oral, tais como o álcool, tabaco, dieta, radiação ultra-violenta, trauma crónico, estado de imunossupressão e infeção fúngica e/ou bacteriana^(11,13,14,17). Os médicos de MGF neste estudo apresentaram-se, na sua grande maioria, bem familiarizados com os

seguintes factores de risco: tabaco, álcool e o trauma crónico. Obteve-se uma percentagem quase total (98,77%) de reconhecimento que o tabaco é um fator de risco. Estudos anteriores apontam para valores de reconhecimento entre 87,6 e 98,7%^(9,11,14). Em relação ao álcool cerca de 79% da amostra também se mostrou bem ciente de que este também constituía um fator de risco, ficando o valor encontrado entre os valores já encontrados noutros estudos que variam entre os 35% e 90%^(9,11,12,14). Adicionalmente, a maioria da amostra (71,6%) considerou o trauma crónico como fator de risco. *Macpherson e outros* abordaram também este fator de risco obtendo 43% de médicos MGF com este conhecimento⁽¹¹⁾. Quanto à imunossupressão, 65% da amostra considerou-a o como fator de risco. A radiação ultra-violeta, a dieta e as infeções orais (bacterianas e fúngicas) obtiveram frequências de reconhecimento inferiores a 50%. Outro estudo também encontrou resultados semelhantes⁽¹²⁾. *Macpherson e outros* averiguaram que cerca de 20% dos médicos MGF identificaram as infeções fúngicas como fatores de risco⁽¹¹⁾. Nesta investigação, as infeções orais (bacterianas e fúngicas) estão relacionadas, de forma estatisticamente significativa, aos anos de prática clínica, em que quanto mais prática clínica maior é a tendência para o médico de MGF saber que esta constitui um fator de risco. Porém, na literatura o conhecimento geral sobre infeções orais é pouco ou mesmo nenhum por parte dos médicos de MGF^(12,16). Em relação à radiação ultra-violeta, como fazendo parte do inquérito para recolher na história clínica do paciente, em escolas de medicina da América do norte, em 1995, apenas 13% desses abordavam este fator de risco⁽¹⁷⁾.

Não foi encontrada relação, estatisticamente significativa, entre os diferentes locais onde os médicos de MGF trabalham e a frequência com que encontram pacientes com queixas na região maxilo-facial, a frequência de queixas de dor dentária, o local de envio do paciente perante lesão oral suspeita. A exceção é a dos médicos de MGF que não trabalham no consultório privado no centro que, perante lesões orais suspeitas, tendem a não reencaminhar os pacientes para o IPO ($p < 0,05$) (Anexo 5.4). Na amostra a maioria dos médicos (58,02%) reencaminha o paciente para o hospital, 19,75% para o IPO e apenas 4,94% para o médico dentista (Anexo 4.1). Este fato está em concordância com estudo anterior em que 61,2 % da amostra encaminhava o paciente para um médico especialista em medicina oral⁽¹⁴⁾. Concordante com o presente na literatura, perante estas situações os médicos tendem a agir desta forma, em vez de direcionar os pacientes para o médico dentista ou para os cirurgiões maxilo-faciais, profissionais mais capacitados para a observação destes

pacientes^(11,15). Apenas 4,95% dos médicos participantes reencaminhavam o paciente para o médico dentista perante suspeita de lesão com algum grau de displasia. Este valor encontrado é inferior ao encontrado noutra estudo, onde apontam para 15%⁽¹⁴⁾.

Quando questionados sobre a percentagem de doentes que encaminhavam para o médico dentista, cerca de metade da amostra afirmou reencaminhar 1-25% dos pacientes para este profissional e menos de um quarto da amostra reencaminhava 26 a 50% dos seus pacientes. Um estudo anteriormente realizado, encontrou que apenas 10% dos médicos referem os seus pacientes ao médico dentista sem a existência de queixa associada⁽¹⁰⁾. De certa forma, na nossa investigação foi achado um cenário mais animador, visto que a maioria reencaminhava de 1-50% dos seus pacientes.

Nesta investigação obteve-se uma percentagem quase total de médicos que examinavam a cavidade oral, embora 62,96% apenas o fizesse perante queixa associada. Este valor encontrado é muito superior a valores anteriormente encontrados em estudos e inferior a um estudo feito em médicos MGF na Irlanda, em que 65,3% dos médicos de MGF, num total de 154, examinava a cavidade oral^(8,9,12,14). Um outro estudo realizado por *Morgan e col* encontraram uma frequência de 84% de médicos de MGF que sentiam que o ato de examinar a cavidade oral do paciente era importante, mas apenas 19% o faziam⁽¹⁵⁾. Concordante com o obtido na nossa investigação, *Macpherson e outros* averiguaram que perante queixa maxilo-facial, os médicos de MGF, quase na sua totalidade, examinavam a cavidade do paciente em causa⁽¹¹⁾. Quando havia presença de fator de risco no historial clínico do paciente, 88,89% dos médicos da nossa amostra examinavam a cavidade oral do paciente. Esta percentagem encontra-se enquadrada perante estudo anterior onde obtiveram frequências de 89,4%⁽¹⁴⁾. Num outro estudo, realizado a médicos MGF em Maryland, apenas 11 a 15% dos médicos examinavam a cavidade oral perante pacientes com idade superior a 40 anos⁽¹³⁾. Naturalmente, esta prática promove o diagnóstico precoce de doenças orais, melhorando o prognóstico da patologia^(8,11,16). Esta prática tem sido aceite e deve ser implementada como fazendo parte da exame física realizada pelo médico de MGF^(15,16). Num estudo conduzido por *Morgan e outros*, 56% dos médicos não se sentiam capacitados para examinar a cavidade oral⁽¹⁵⁾. Num estudo efetuado aos médicos MGF de Maryland, concluiu-se que a exame da cavidade oral não fazia parte da sua rotina, em que cerca de 82% desta classe médica não procedia à exame da cavidade oral no paciente⁽¹³⁾.

A deteção precoce, através de um exame clínico, e o incentivo para a eliminação dos fatores de risco aumentam a qualidade de vida e reduzem, de forma significativa, todo o encargo económico do tratamento dentário ^(11,15,16,17,18).

Não foi encontrada nenhuma relação, estatisticamente significativa, entre o tempo dispendido na consulta e o interesse sobre patologia oral, o modo como procedem perante paciente com queixa a nível maxilo-facial, a frequência com que reencaminham o paciente para o médico dentista e a capacidade de identificar doença na cavidade oral. Porém, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo de consulta por paciente e o hábito de examinar a cavidade oral, onde os médicos que despendem entre 10 a 20 minutos por utente tendem a examinar a cavidade oral apenas quando existe queixa associada. Do mesmo modo, existe uma relação ($p < 0,05$) entre o tempo dispendido por paciente e a examinação da cavidade oral e o paciente ser portador de factor(res) de risco, independentemente do tempo que o médicos despende na consulta.

É sabido que a grávida deve se submeter a tratamentos dentários, sempre que necessite ⁽¹⁹⁾. Idealmente, era adequado ter uma consulta no médico dentista antes da gravidez ⁽¹⁹⁾. Durante o período gestacional, o melhor trimestre para obter tratamento dentário é o segundo trimestre ⁽¹⁹⁾. Na investigação conduzida, 65,43% dos médicos de MGF assinalaram que se poderiam realizar todos os procedimentos dentários. Quando questionados sobre qual o melhor trimestre para a grávida receber o tratamento dentário apenas 41,98% assinalaram que seria o 2º semestre. Estes valores encontrados sugerem a necessidade de uma divulgação a estes profissionais dos procedimentos mais adequados a estes níveis. Na investigação conduzida a amostra, quase na sua totalidade, considerava que era importante a ida da grávida ao médico dentista.

O nível de cáries dentárias em Portugal nas crianças com 12 anos, estimado em 2003 pelo Relatório de Saúde Oral Mundial, era alto, superior a 4,4 dentes permanentes com cárie, ausentes ou restaurados ⁽²⁰⁾. Adicionalmente, em Portugal, em 2008, conclui-se que 70% dos jovens, entre os 12 e 15 anos de idade, apresentavam hemorragia após sondagem e/ou tártaro ⁽²¹⁾. Nesta investigação, mais de metade dos médicos de MGF recomenda que a primeira visita da criança ao médico dentista seja entre os três e seis anos de idade. É sabido que a criança deve consultar médico dentista quando os dentes temporários erupcionarem ou até à ao primeiro ano de vida

^(22,23). Adicionalmente, mais de metade da amostra se sente com capacidade de identificar estadios iniciais de cárie dentária na criança e a sua maioria tem a capacidade de identificar estadios avançados de cárie dentária na criança. O mesmo não aconteceu quando questionados sobre quando estas deveriam fazer a primeira visita ao médico dentista. Na literatura existem relatos de dificuldade dos médicos de MGF em identificar estadios precoces de cárie dentária na criança, o que parece não corresponde ao encontrado ⁽²³⁾.

Esta investigação é o primeiro estudo nacional, que avalia todos estes aspetos da prática dos médicos de MGF. Para esta pesquisa a amostra foi reduzida e de conveniência, pois apenas se procurou médicos de medicina geral e familiar recetivos ao estudo em diversos centros de saúde do distrito do Porto. A criação de um inquérito com indicadores mais objetivos e alargar a amostra seria um meio para aprimorar esta investigação, de modo a obter eventuais resultados mais evidentes. Uma forma para se obter uma amostra maior poderia ser através da redução do inquérito. Adicionalmente, os resultados encontrados foram limitados a médicos de MGF a exercer a sua atividade clínica do distrito do Porto. Deste modo, podem existir diferenças em práticas e conhecimentos por parte desta classe médica noutras regiões do nosso país.

CONCLUSÃO

Os médicos de MGF consideraram o conhecimento sobre patologias orais como tendo alguma ou muita relevância. Foi notório que os médicos receberam pouco conhecimento sobre patologia oral durante o seu percurso académico. Mais de metade dos médicos afirmou ter como hábito examinar a cavidade oral na presença de queixa maxilo-facial associada. A queixa encontrada mais frequentemente é a dor dentária. A percentagem maioritária de pacientes com queixa a este nível é de 1-25%. Perante a queixa nesta região, os médicos medicam os pacientes ou reencaminham para o médico dentista. Quanto à capacidade do médico de MGF em identificar doença na cavidade oral do paciente, cerca de metade sentiam-se moderadamente capacitados para tal. Em relação ao conhecimento por parte dos médicos dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologia oral, na sua maioria, sabiam identificar o álcool, o trauma crónico e o tabaco, bem como da existência de fatores de risco não modificáveis que propiciam o desenvolvimento de patologia oral maligna. Na sua maioria, perante um paciente portador de algum(ns) fator(es) de risco a este nível procediam á examinação da cavidade oral do doente.

Quanto à saúde oral da grávida, mais de metade dos médicos consideravam não existir nenhum procedimento dentário que não se pudesse realizar neste período, bem como consideram a ida da grávida ao médico dentista apropriada. Quanto à cárie dentária, mais de metade da amostra sente-se com capacidade de identificar os vários estadios desta na criança.

Os médicos de MGF que não trabalham no consultório privado no centro, perante lesões orais suspeitas tendem a não reencaminhar os pacientes para o IPO. Quanto mais anos de prática clínica os médicos de MGF têm maior é a sua percepção sobre a infeção oral um factor de risco modificável que propicia o aparecimento de patologia oral.

Os médicos de MGF da amostra que despendem entre 10 a 20 minutos por utente tendem a examinar a cavidade oral apenas quando existe queixa associada. Quando o paciente é portador de algum fator de risco a este nível, independentemente do tempo gasto, os médicos tendem a examinar a cavidade oral.

Perante as conclusões obtidas pode-se concluir que os médicos de MGF têm a necessidade de receber maior conhecimento sobre toda a área da saúde oral para que perante os seus utentes sejam capazes de identificar doença oral sempre que esta

esteja presente, bem como conhecer quais os procedimentos mais adequados perante as patologias encontradas. Haver um empenho para atingir este objetivo é importante visto que esta classe médica tem a capacidade de mudar o rumo da saúde oral dos seus pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health- World Health Assembly 2007. *International dental journal*. 2008; 58(3):115-121;
2. Lewis WC, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics*. 2000;106(6):e84-e84;
3. Dela Cruz GG, Rozier G, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*. 2004;114(5):e642-e652;
4. Ordem dos Médicos Dentistas em: <http://www.omb.pt/publico/cancro-oral>;
5. Baykul T, Yilmaz HM, Aydin Ü, Aydin MA, Aksoy MÇ, Yildirim D. Early diagnosis of oral cancer. *Journal of International Medical Research*. 2010;38(3):737-749;
6. Van Der Wall I, De Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2011;16(3); e300-305;
7. Gómez I, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz P, Takkouche B. Is diagnostic delay related to advanced stage oral cancer? A meta-analysis. *European journal of oral sciences*. 2009;117(5):541-546;
8. Ramirez JH, Arce R, Contreras A. Why must Physicians know about oral diseases? *Teaching and Learning in Medicine*. 2010; 22.2:148-155;
9. Riordain NR, McCreary C. Oral cancer - Current knowledge, practices and implications for training among an Irish general medical practitioner cohort. *Oral oncology*. 2009; 45.11:958-962;
10. Nagarakanti S, Epari V, Athuluru D. Knowledge, attitude, and practice of medical doctors towards periodontal disease. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2013;17(1):137-139;
11. Macpherson LMD, McCann MF, Gibson J, Binnie VI, Stephen KW. The role of primary healthcare professionals in oral cancer prevention and detection. *British dental journal*. 2003;195(5):277-281;
12. Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of general medical and general dental practitioners. *British dental journal*. 2007;203(5):E10-E10;

13. Canto MT, Alice MH, Child WL. Views of oral cancer prevention and early detection: Maryland physicians. *Oral oncology*. 2002;38(4):373-377;
14. Borhan-Mojabi K, Moradi A, Yazdabadi A. Evaluating the degree of knowledge on oral cancer among general practitioners and dentist in Qazvin. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18.2:498-501;
15. Sarumathi T, Saravanakumar B, Datta M, Nagarathnam T. Awareness and Knowledge of Common Oral Diseases Among Primary Care Physicians. *Journal of clinical and diagnostic research*. 2013;7(4):768-771;
16. Vieira CLZ, Caramelli B. The history of dentistry and medicine relationship: could the mouth finally return to the body? *Oral Diseases*. 2009;15(8): 538-546;
17. Patton LL, Ashe TE, Elter JR, Southerland JH, Strauss RP. Adequacy of training in oral cancer prevention and screening as self-assessed by physicians, nurse practitioners, and dental health professionals. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2006;102:758-764;
18. Sardella A, Demarosi F, Lodi G, Canegallo L, Rimondini L, Carrassi A. Accuracy of referrals to a specialist oral medicine unit by general medical and dental practitioners and the educational implications. *Journal of dental education*. 2007;71(4):487-491;
19. Ordem dos Médicos Dentistas em: <http://www.omb.pt/publico/gravida-bebe>;
20. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*. 2003;31(s1):3-24;
21. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís. Direcção-Geral da Saúde. 2008;
22. Ordem dos Médicos Dentistas em: <http://www.omb.pt/publico/criancas>;
23. Silva R, Mendes S, Bernardo M, Barros L. Práticas e conhecimentos de pediatras e médicos de família relativamente à cárie dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2012;53(3):135-142.

ANEXOS

Anexo 1) Inquérito destinado aos médicos MGF



ID: _____

INQUÉRITO

Efetuada no âmbito de uma investigação intitulada por “*Perceções e atitudes de especialistas em medicina geral e familiar na saúde oral dos seus pacientes*”.

Data: __/__/__

Sexo:

Masculino

Feminino

Idade: _____ anos

1. Colocar um (X) na(s) atividade(s) clínica(s) que exerce:

	Centro	Periferia
Instituição privada		
Instituição pública		
IPSS		
Consultório privado		
Outro		

2. Ano(s) de prática clínica:

0-5

5-10

10-15

>15

3. N° doentes total por semana:

- 20-40 40-60 60-80 >80

4. Tempo gasto, em média, por paciente (em minutos):

- <10 10-20 20-30 >30

CONHECIMENTO SOBRE PATOLOGIA ORAL

5. Na sua área de exercício o conhecimento sobre patologias orais é relevante?

- Muito relevante Alguma relevância Pouco relevante Não é relevante

6. Onde encontra informações a respeito das patologias orais?

- Livros
- Revistas científicas
- Internet
- Motor de busca médico científico
- Motor de busca comum

7. Tem interesse pelo conhecimento sobre patologias orais?

- Sim Não

DURANTE O SEU PERÍODO ACADÉMICO

8. Durante o seu período académico, como classifica o conhecimento recebido à cerca de patologia oral?

- Muito Pouco
- Suficiente Nenhum

9. No estágio quanto tempo foi dispendido em formação sobre patologias da cavidade oral?

- Tempo adequado Pouco tempo Nenhum tempo

10. No hospital onde efetuou o estágio, os documentos destinados à descrição do exame físico do paciente continham algum espaço dedicado a informações sobre a cavidade oral?

-

- Sim. Não

11. No hospital onde efetuou o estágio, existia algum programa em funcionamento que permitisse reencaminhar os pacientes necessitados para o médico dentista?

- Sim
- Qual: _____
- Não

CONTATO COM PATOLOGIA ORAL

12. Nas suas consultas tem como hábito examinar a cavidade oral (dentes, tecidos moles, língua, palato duro e mole)?

- Sim Não Sim, quando há queixa associada

13. Na sua prática clínica com que frequência encontra pacientes com queixas na região maxilo-facial ?

- Nunca 51-75% dos pacientes
- 1-25% dos pacientes > 75% dos pacientes
- 26-50% dos pacientes

14. Qual a queixa mais frequente?

- Dor dentária Infecção
- Dor facial Mau hálito
- Sensação de boca seca Outra: _____

15. Quando o paciente tem queixa a este nível, como precede?

- Reencaminho o paciente
- Para um médico dentista
 - Para um médico especialista
- Medico o paciente

16. Com que frequência reencaminha um paciente para consultar o médico dentista?

- Nunca 26-50% dos pacientes
- 1-25% dos pacientes 51-75% dos pacientes

- > 75% dos pacientes

17. Tem conhecimento de alguma(s) patologia(s) sistémica(s) que têm manifestações a nível da cavidade oral?

- Sim Não

Especifique uma:

—

18. É visitado por representantes de laboratórios que divulgam produtos usados no tratamento de patologias orais?

- Sim Não Não sou visitado

19. Considero-me capaz de identificar doença na cavidade oral do paciente:

- Discordo totalmente Não concordo nem discordo Concordo totalmente
- Discordo Concordo

FATORES DE RISCO PARA PATOLOGIA ORAL

20. Considera que existe(m) algum(s) fator(es) de risco modificáveis que propicie/propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?

- Sim, tais como:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Idade |
| <input type="checkbox"/> Bebidas alcoólicas | <input type="checkbox"/> Imunossupressão |
| <input type="checkbox"/> Trauma crónico | <input type="checkbox"/> Infecção fúngica e/ou bacteriana |
| <input type="checkbox"/> Ingestão de citrinos | <input type="checkbox"/> Dieta |
| <input type="checkbox"/> Radiação ultra-violeta | |

- Não

21. Considera que existe(m) algum(s) fator(es) de risco não modificáveis que propicie/propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?

- Sim Não

22. Se considerar que o paciente é portador de algum fator de risco ao nível da cavidade oral, procede á examinação da mesma?

- Sim Não

23. Na presença de uma lesão suspeita para onde reencaminha o paciente?

- Hospital Não reencaminho
- IPO Não reencaminho mas vou controlando a lesão
- Médico Dentista

GRÁVIDAS E PATOLOGIA ORAL

24. Considera importante, durante o período gestativo, a ida da grávida ao médico dentista?

- Sim Não

25. Neste grupo de mulheres, considera que existe(m) algum(s) procedimento(s) realizado(s) pelo médico dentista que não se possa(m) refetuar?

- Penso que podem realizar todos os procedimentos
- Penso que existem alguns procedimentos que não podem realizar, tais como:
- Tratamentos de cáries Destartarização
- Extrações dentárias Outro
- Penso que deverão aguardar pelo término da gestação para se deslocar ao médico dentista
- Desconheço

26. Se a grávida necessitar de tratamento dentário, na sua opinião qual o melhor trimestre para o obter?

- 1º Trimestre
- 2º Trimestre 3º Trimestre

- Não se deve submeter a tratamento

CRIANÇAS/ADOLESCENTES E PATOLOGIA ORAL

27. Qual a idade que recomenda a primeira visita da criança ao médico dentista?

- Não recomendo
- Antes do 1º ano
- Entre o 1º e o 3º ano
- Entre o 3º e o 6º ano
- Depois dos 6 anos
- Só quando apresentar alguma doença/queixa na cavidade oral

28. Considero-me capaz de identificar estádios iniciais de cárie dentária na criança

- Discordo totalmente Não concordo nem discordo Concordo totalmente

29. Considero-me capaz de identificar estádios avançados de cárie dentária na criança

- Discordo totalmente Não concordo nem discordo Concordo totalmente

Obrigada pela participação!

Anexo 2) Aceitação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.



Exma. Senhora
Estudante Cláudia Alexandra Lopes dos Santos
Martinho
Curso de Mestrado Integrado em
Medicina Dentária da
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

000107

30 JAN, 2013

Assunto: Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do Plano de Atividades a realizar no âmbito da unidade curricular "Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica" do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e cujo título é: "Perceções e atitudes de especialistas em medicina geral e familiar na saúde oral dos seus pacientes".

Informo V. Exa. que o projeto supra citado foi:

- **Aprovado** na reunião da Comissão de Ética do dia 23 de janeiro de 2013.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética

António Felino
(Professor Catedrático)

Anexo 3) Carta de consentimento informado e explicação do estudo para os médicos MGF.



Porto, XX de XX de 2013

Explicação do estudo

Ex.mo(a) Sr(a). Dr(a). Especialista em Medicina Geral e Familiar,

No âmbito da concretização da unidade curricular “Monografia de investigação/Relatório de atividade clínica” do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Universidade do Porto, pela aluna Cláudia Alexandra Lopes dos Santos Martinho orientada pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. Paulo Rui Galvão Ribeiro de Melo, vimos por este meio pedir a vossa excelência a sua participação no trabalho de investigação subordinado ao tema “Perceções e atitudes de especialistas em medicina geral e familiar na saúde oral dos seus pacientes”.

A investigação que se pretende realizar é de grande valor no campo da prevenção de patologias orais. Hoje, a cárie dentária é uma das doenças crónicas mais comuns da infância e o cancro oral é o 6º cancro mais comum em todo o mundo. A cárie dentária se não curada, traz consigo consequências sobre a alimentação, fala e aprendizagem, que a longo prazo prejudicam o desenvolvimento sadio da criança. Quanto ao cancro oral, quase metade são diagnosticados em estádios avançados com taxas de sobrevivência a 5 anos entre 20-50%. Esta enfermidade, diminui a esperança média de vida do paciente, acartando consigo implicações estéticas.

Atualmente, o paciente ser portador de alguma doença na cavidade oral é muito comum. Portanto, torna-se imperativo que os profissionais de saúde mais acessíveis aos utentes sejam capazes de discernir se existe uma possível patologia ou não. Deste modo, esta investigação vai tentar apurar em que campos podemos atuar para prevenir e diagnosticar precocemente as doenças orais.

A sua participação será através da resposta ao inquérito proposto, tendo em conta que este se encontra sobre anonimato.

Muito obrigada pela participação

Declaro que recebi, li e compreendi a explicação do estudo,

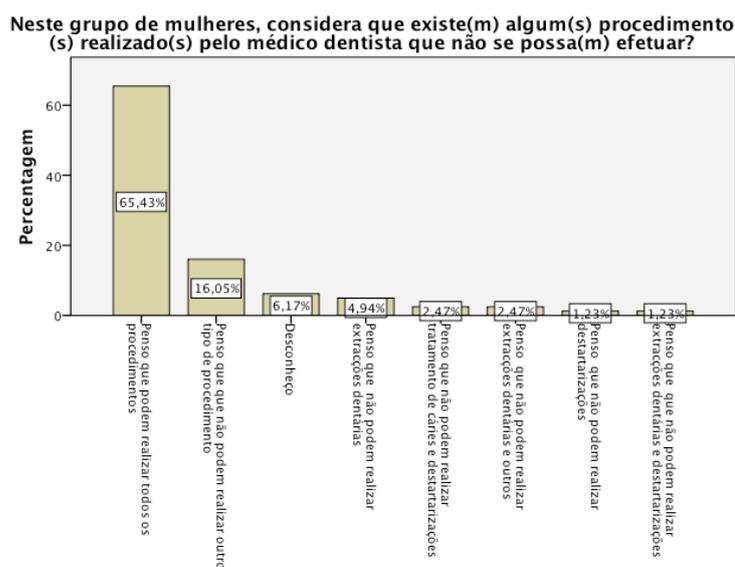
O/A participante

Anexo 4) Gráficos analíticos descritivos da amostra

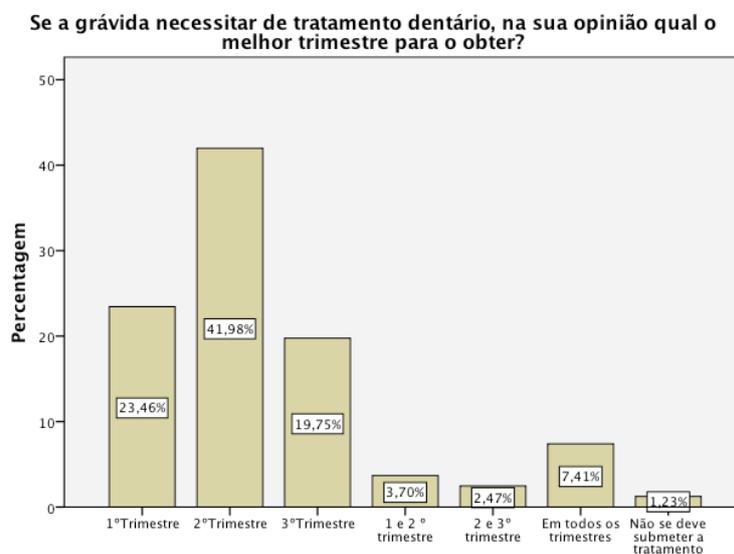
Anexo 4.1) Gráfico representativo dos locais de reencaminhamento dos pacientes perante lesões orais suspeitas pelos médicos MGF. Foi possível a seleção de um ou dois locais.



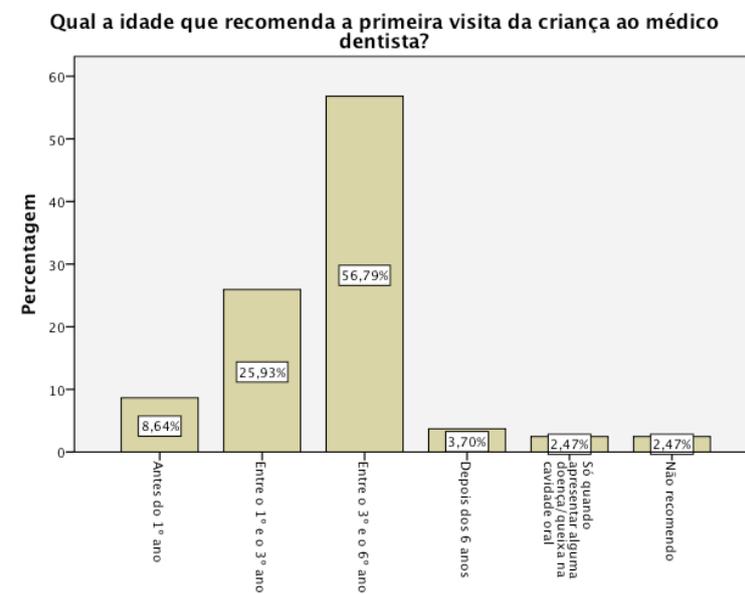
Anexo 4.2) Gráfico representativo dos procedimentos que os médicos de MGF consideram que a grávida pode ou não efetuar no consultório dentário.



Anexo 4.3) Gráfico representativo do trimestre que os médicos MGF consideram que a grávida pode se submeter a tratamento dentário. Foi possível a seleção de um ou dois trimestres.



Anexo 4.4) Gráfico representativo dos intervalos de faixas etárias recomendadas pelos médicos MGF para primeira consulta da criança no médico dentista.



Anexo 5) Tabelas dos testes estatísticos realizados.

Anexo 5.1) Com o intuito de comparar a frequência em que os médicos de MGF encontram pacientes com queixas na região maxilo-facial com a(as) área(s) de seu exercício clínico efectuou-se o teste exacto do qui-quadrado onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

	Na sua prática clínica com que frequência encontra pacientes com queixas na região maxilo-facial ?						p
	1-25% dos pacientes (n=61; 75%)		26-50% dos pacientes (n=17; 21%)		51-75% dos pacientes (n=3; 4%)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Exercício em:							
- Instituição privada centro							0,644
Sim	11	(85)	2	(15)	0	(0)	
Não	50	(74)	15	(22)	3	(4)	
- Instituição privada periferia							0,654
Sim	3	(60)	2	(40)	0	(0)	
Não	58	(76)	15	(20)	3	(4)	
- Instituição pública centro							0,724
Sim	43	(78)	10	(18)	2	(4)	
Não	18	(69)	7	(27)	1	(4)	
- Instituição pública periferia							0,797
Sim	16	(70)	6	(26)	1	(4)	
Não	45	(78)	11	(19)	2	(3)	
- IPSS centro							0,435
Sim	1	(50)	1	(50)	0	(0)	
Não	60	(76)	16	(20)	3	(4)	
- Consultório privado centro							1,000
Sim	5	(71)	2	(29)	0	(0)	
Não	56	(76)	15	(20)	3	(4)	
- Consultório privado periferia							1,000
Sim	2	(67)	1	(33)	0	(0)	
Não	59	(76)	16	(21)	3	(4)	
- Outro no centro							0,247
Sim	0	(0)	1	(100)	0	(0)	
Não	61	(76)	16	(20)	3	(4)	
- Outro na periferia							0,435
Sim	1	(50)	1	(50)	0	(0)	
Não	60	(76)	16	(20)	3	(4)	

Com o intuito de comparar o número total de doentes por semana dos médicos MGF com a frequência em que encontram pacientes com queixa na região maxilo-facial, com a queixa mais frequente na região maxilo-facial, utilizou-se o teste exato do qui-quadrado onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

	Nº doentes total por semana						<i>p</i>
	20-60		60-80		>80		
	(n=15; 18%)		(n=13; 16%)		(n=53; 65%)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Na sua prática clínica com que frequência encontra pacientes com queixas na região maxilo-facial ?							0,402
Nunca	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
1-25% dos pacientes	12	(80)	12	(92)	37	(70)	
26-50% dos pacientes	2	(13)	1	(8)	14	(26)	
51-75% dos pacientes	1	(7)	0	(0)	2	(4)	
>75% dos pacientes	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Qual a queixa mais frequente?							0,785
Dor dentária	9	(60)	8	(62)	28	(53)	
Dor facial	1	(7)	0	(0)	2	(4)	
Sensação de boca seca	0	(0)	0	(0)	7	(13)	
Infeção	3	(20)	2	(15)	8	(15)	
Mau hálito	1	(7)	1	(8)	0	(0)	
Outra	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Dor dentária e infeção	0	(0)	0	(0)	1	(2)	
Sensação de boca seca e mau hálito	0	(0)	1	(8)	1	(2)	
Dor dentária e mau hálito	1	(7)	0	(0)	3	(6)	
Dor dentária e boca seca	0	(0)	1	(8)	2	(4)	
Infeção e mau hálito	0	(0)	0	(0)	1	(2)	

Anexo 5.2) Efetuou-se a comparação entre a queixa encontrada mais frequentemente, a dor dentária, e a(s) área(s) de exercício clínico pelo teste de independência do qui-quadrado (*) e pelo teste exato de Fisher (**) onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

	Dor dentária				p
	Sim (n=53; 65%)		Não (n=28; 35%)		
	n	(%)	n	(%)	
Exercício em:					
- Instituição privada centro					0,125**
Sim	6	(46)	7	(54)	
Não	47	(69)	21	(31)	
- Instituição privada periferia					0,334**
Sim	2	(40)	3	(60)	
Não	51	(67)	25	(33)	
- Instituição pública centro					0,612*
Sim	37	(67)	18	(33)	
Não	16	(62)	10	(38)	
- Instituição pública periferia					0,980*
Sim	15	(65)	8	(35)	
Não	38	(66)	20	(34)	
- IPSS centro					1,000**
Sim	1	(50)	1	(50)	
Não	52	(66)	27	(34)	
- Consultório privado centro					0,688**
Sim	4	(57)	3	(43)	
Não	49	(66)	25	(34)	
- Consultório privado periferia					1,000**
Sim	2	(67)	1	(33)	
Não	51	(65)	27	(35)	
- Outro no centro					0,346**
Sim	0	(0)	1	(100)	
Não	53	(66)	27	(34)	
- Outro na periferia					1,000**
Sim	1	(50)	1	(50)	
Não	52	(66)	27	(34)	

Anexo 5.3) Visualização da distribuição dos médicos de MGF nos vários locais de prática clínica com o(s) local(ais) de reencaminhamento do paciente, perante a presença de uma lesão suspeita.

	Na presença de uma lesão suspeita para onde reencaminha o paciente?													
	Hospital		IPO		MD		IPO e MD		Hospital e MD		Hospital, IPO e MD		Hospital e IPO	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Exercício em:														
- Instituição privada centro														
Sim	7	(54)	3	(23)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(15)	1	(8)
Não	40	(59)	13	(19)	4	(6)	2	(3)	3	(4)	3	(4)	3	(4)
- Instituição privada periferia														
Sim	3	(60)	0	(0)	1	(20)	1	(20)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Não	44	(58)	16	(21)	3	(4)	1	(1)	3	(4)	5	(7)	4	(5)
- Instituição pública centro														
Sim	33	(60)	10	(18)	2	(4)	2	(4)	2	(4)	3	(5)	3	(5)
Não	14	(54)	6	(23)	2	(8)	0	(0)	1	(4)	2	(8)	1	(4)
- Instituição pública periferia														
Sim	13	(57)	5	(22)	1	(4)	0	(0)	1	(4)	2	(9)	1	(4)
Não	34	(59)	11	(19)	3	(5)	2	(3)	2	(3)	3	(5)	3	(5)
- IPSS centro														
Sim	0	(0)	2	(100)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Não	47	(59)	14	(18)	4	(5)	2	(3)	3	(4)	5	(6)	4	(5)
- Consultório privado centro														
Sim	2	(29)	3	(43)	0	(0)	1	(14)	0	(0)	0	(0)	1	(14)
Não	45	(61)	13	(18)	4	(5)	1	(1)	3	(4)	5	(7)	3	(4)
- Consultório privado periferia														
Sim	2	(67)	0	(0)	0	(0)	1	(33)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Não	45	(58)	16	(21)	4	(5)	1	(1)	3	(4)	5	(6)	4	(5)
- Outro no centro														
Sim	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(100)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Não	47	(59)	16	(20)	4	(5)	1	(1)	3	(4)	5	(6)	4	(5)
- Outro na periferia														
Sim	1	(50)	0	(0)	0	(0)	1	(50)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Não	46	(58)	16	(20)	4	(5)	1	(1)	3	(4)	5	(6)	4	(5)

Anexo 5.4) Procurou-se comparar os médicos MGF que reencaminham o paciente, perante a presença de uma lesão suspeita, para o IPO com a (as) área(s) de seu exercício clínico utilizou-se o teste de independência do qui-quadrado (*) e o teste exato de Fisher (**) onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos médicos que não trabalham em consultório privado no centro ($p < 0,05$).

	Na presença de uma lesão suspeita reencaminha o paciente para o IPO				<i>p</i>
	Sim (n=27; 33%)		Não (n=54; 67%)		
	n	(%)	n	(%)	
Exercício em:					
- Instituição privada centro					0,341**
Sim	6	(46)	7	(54)	
Não	21	(31)	47	(69)	
- Instituição privada periferia					0,660**
Sim	1	(20)	4	(80)	
Não	26	(34)	50	(66)	
- Instituição pública centro					0,866*
Sim	18	(33)	37	(67)	
Não	9	(35)	17	(65)	
- Instituição pública periferia					0,862*
Sim	8	(35)	15	(65)	
Não	19	(33)	39	(67)	
- IPSS centro					0,108**
Sim	2	(100)	0	(0)	
Não	25	(32)	54	(68)	
- Consultório privado centro					0,038**
Sim	5	(71)	2	(29)	
Não	22	(30)	52	(70)	
- Consultório privado periferia					1,000**
Sim	1	(33)	2	(67)	
Não	26	(33)	52	(67)	
- Outro no centro					0,333**
Sim	1	(100)	0	(0)	
Não	26	(33)	54	(68)	
- Outro na periferia					1,000**
Sim	1	(50)	1	(50)	
Não	26	(33)	53	(67)	

Anexo 5.5) Com o intuito de comparar os médicos MGF que reencaminham o paciente, perante a presença de uma lesão suspeita, para o MD com a (as) área(s) de seu exercício clínico utilizou-se o teste exato de Fisher onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

	Na presença de uma lesão suspeita reencaminha o paciente para o MD				<i>p</i>
	Sim (n=14; 17%)		Não (n=67; 83%)		
	n	(%)	n	(%)	
Exercício em:					
- Instituição privada centro					1,000
Sim	2	(15)	11	(85)	
Não	12	(18)	56	(82)	
- Instituição privada periferia					0,204
Sim	2	(40)	3	(60)	
Não	12	(16)	64	(84)	
- Instituição pública centro					0,760
Sim	9	(16)	46	(84)	
Não	5	(19)	21	(81)	
- Instituição pública periferia					1,000
Sim	4	(17)	19	(83)	
Não	10	(17)	48	(83)	
- IPSS centro					1,000
Sim	0	(0)	2	(100)	
Não	14	(18)	65	(82)	
- Consultório privado centro					1,000
Sim	1	(14)	6	(86)	
Não	13	(18)	61	(82)	
- Consultório privado periferia					0,439
Sim	1	(33)	2	(67)	
Não	13	(17)	65	(83)	
- Outro no centro					0,173
Sim	1	(100)	0	(0)	
Não	13	(16)	67	(84)	
- Outro na periferia					0,318
Sim	1	(50)	1	(50)	
Não	13	(16)	66	(84)	

Anexo 5.6) Realizou-se a comparação entre o número de anos de prática clínica dos médicos MGF e o hábito de examinar a cavidade oral e com a capacidade de identificar doença na cavidade oral. Para este fim, utilizou-se o teste exato do qui-quadrado onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). Adicionalmente, comparou-se o número de anos de prática clínica dos médicos MGF com o conhecimento dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral, pelo o uso do teste exacto do qui-quadrado, onde se verificou diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) no fator de risco infeção oral.

	Ano(s) de prática clínica								p
	0-5 (n=24; 30%)		5-10 (n=14; 17%)		10-15 (n=8; 10%)		>15 (n=35; 43%)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Nas suas consultas tem como hábito examinar a cavidade oral (dentes, tecidos moles, língua, palato duro e mole)?									0,661
Sim	5	(21)	5	(36)	2	(25)	15	(43)	
Não	1	(4)	1	(7)	0	(0)	1	(3)	
Sim, quando há queixa associada	18	(75)	8	(57)	6	(75)	19	(54)	
Considero-me capaz de identificar doença na cavidade oral do paciente									0,252
Discordo	2	(8)	3	(21)	1	(13)	6	(17)	
Não concordo nem discordo	6	(25)	4	(29)	3	(38)	9	(26)	
Concordo	16	(67)	7	(50)	4	(50)	20	(57)	
Tabaco é um dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?									0,099
Sim	24	(100)	14	(100)	7	(88)	35	(100)	
Não	0	(0)	0	(0)	1	(13)	0	(0)	
Álcool é um dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?									0,658
Sim	19	(79)	12	(86)	5	(63)	28	(80)	
Não	5	(21)	2	(14)	3	(38)	7	(20)	
Trauma é um dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?									0,428
Sim	18	(75)	9	(64)	4	(50)	27	(77)	
Não	6	(25)	5	(36)	4	(50)	8	(23)	

Citrinos é um dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?									0,656
Sim	1	(4)	1	(7)	1	(13)	5	(15)	
Não	23	(96)	13	(93)	7	(88)	29	(85)	
Radiação é um dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?									0,785
Sim	11	(46)	4	(29)	3	(38)	15	(43)	
Não	13	(54)	10	(71)	5	(63)	20	(57)	
Imunossupressão é um dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?									0,567
Sim	13	(54)	10	(71)	5	(63)	25	(71)	
Não	11	(46)	4	(29)	3	(38)	10	(29)	
Infeção é um dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?									0,001
Sim	4	(17)	10	(71)	5	(63)	21	(60)	
Não	20	(83)	4	(29)	3	(38)	14	(40)	
Dieta é um dos fatores de risco modificáveis que propiciam o aparecimento de patologias malignas na cavidade oral?									0,766
Sim	10	(42)	5	(36)	4	(50)	18	(51)	
Não	14	(58)	9	(64)	4	(50)	17	(49)	

Anexo 5.7) Comparou-se o número total de doentes por semana dos médicos MGF com o hábito de examinar a cavidade oral. Para este fim, utilizou-se o teste exato do qui-quadrado onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

	Nº doentes total por semana						<i>p</i>
	20-60 (n=15; 18%)		60-80 (n=13; 16%)		>80 (n=53; 65%)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Nas suas consultas tem como hábito examinar a cavidade oral (dentes, tecidos moles, língua, palato duro e mole)?							0,070
Sim	3	(20)	6	(46)	18	(34)	
Não	2	(13)	1	(8)	0	(0)	
Sim, quando há queixa associada	10	(67)	6	(46)	35	(66)	

Anexo 5.8) Com intuito de comparar o tempo dispendido por paciente pelos médicos MGF com o seu interesse pelas patologias orais, utilizou-se o teste exato de Fisher ^(*) onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). Com intuito de comparar o tempo dispendido por paciente pelos médicos MGF com o hábito de examinar a cavidade oral, utilizou-se o teste exato do qui-quadrado ^(*) onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$). Com intuito de comparar o tempo dispendido por paciente pelos médicos MGF com a examinação da cavidade oral de paciente portador de factor de risco para o desenvolvimento de patologia oral, utilizou-se o teste exacto de Fisher ^(**) onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$).

	Nº de tempo gasto por paciente (em minutos)				<i>p</i>
	10-20 (n=60; 74%)		20-30 (n=21; 26%)		
	n	(%)	n	(%)	
Tem interesse sobre patologias orais?					0,497**
Sim	49	(82)	19	(90)	
Não	11	(18)	2	(10)	
Nas suas consultas tem como hábito examinar a cavidade oral (dentes, tecidos moles, língua, palato duro e mole)?					0,047*
Sim	17	(28)	10	(48)	
Não	1	(2)	2	(10)	
Sim, quando há queixa associada	42	(70)	9	(43)	
Se considerar que o paciente é portador de algum(s) fator(es) de risco ao nível da cavidade oral, procede á examinação da mesma?					0,046**
Sim	56	(93)	16	(76)	
Não	4	(7)	5	(24)	

Anexo 5.9) Com intuito de comparar o género do médico MGF com a relevância dada pelos mesmos à patologia oral na sua profissão, utilizou-se o teste exacto do qui-quadrado onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

	Sexo				<i>p</i>
	Masculino (n=33; 41%)		Feminino (n=48; 59%)		
	n	(%)	n	(%)	
Na sua área de exercício o conhecimento sobre patologias orais é relevante?					0,054
Não é relevante	0	(0)	0	(0)	
Pouco relevante	3	(9)	3	(6)	
Alguma relevância	21	(64)	19	(40)	
Muito relevante	9	(27)	26	(54)	

Anexo 5.10) Com intuito de comparar a frequência com que os médicos MGF encontram pacientes com queixa na região maxilo-facial com frequência com que o reencaminham para o médico dentista, utilizou-se o teste exato do qui-quadrado onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$).

	Na sua prática clínica com que frequência encontra pacientes com queixas na região maxilo-facial ?						<i>p</i>
	1-25% dos pacientes (n=61; 75%)		26-50% dos pacientes (n=17; 21%)		51-75% dos pacientes (n=3; 4%)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Com que frequência reencaminha um paciente para consultar o médico dentista?							0,005
Nunca	2	(3)	0	(0)	1	(33)	
1-25% dos pacientes	37	(61)	4	(24)	0	(0)	
26-50% dos pacientes	12	(20)	6	(35)	0	(0)	
51-75% dos pacientes	5	(8)	4	(24)	2	(67)	
>75% dos pacientes	5	(8)	3	(18)	0	(0)	

Anexo 5.11) Foi comparado o conhecimento sobre patologia oral recebido no período académico dos médicos MGF com a sua opinião da ida da grávida ao médico dentista e com os procedimentos plausíveis a realizar durante a gravidez no consultório do médico dentista. Foi efetuado o teste exato do qui-quadrado onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

	Durante o seu período académico, como classifica o conhecimento recebido sobre a patologia oral?								p
	Nenhum (n=11; 14%)		Pouco (n=54; 67%)		Suficiente (n=14; 17%)		Muito (n=2; 2%)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Considera importante, durante o período gestativo, a ida da grávida ao MD?									1,000
Sim	11	(100)	52	(96)	14	(100)	2	(100)	
Não	0	(0)	2	(4)	0	(0)	0	(0)	
Neste grupo de mulheres, considera que existe(m) algum(s) procedimento(s) realizado(s) pelo médico dentista que não se possa(m) efetuar?									-
Penso que podem realizar todos os procedimentos	8	(73)	34	(63)	9	(64)	2	(100)	
Penso que existem alguns procedimentos que não podem realizar, tais como: Tratamentos de cáries	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Penso que existem alguns procedimentos que não podem realizar, tais como: Extrações dentárias	0	(0)	4	(7)	0	(0)	0	(0)	
Penso que existem alguns procedimentos que não podem realizar, tais como: Destartarizações	0	(0)	1	(2)	0	(0)	0	(0)	
Penso que existem alguns procedimentos que não podem realizar, tais como: Outro	3	(27)	8	(15)	2	(14)	0	(0)	
Penso que deverão aguardar pelo término da gestação para se deslocar ao médico dentista	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Desconheço	0	(0)	5	(9)	0	(0)	0	(0)	
Penso que existem alguns procedimentos que não podem realizar, tais como: Extrações dentárias e destartarizações	0	(0)	0	(0)	1	(7)	0	(0)	
Penso que existem alguns procedimentos que não podem realizar, tais como: Tratamento de cáries e destartarizações	0	(0)	1	(2)	1	(7)	0	(0)	
Penso que existem alguns procedimentos que não podem realizar, tais como: extrações dentárias e outros	0	(0)	1	(2)	1	(7)	0	(0)	

Anexo 5.12) Foi comparado o hábito de examinar a cavidade oral e a frequência de reencaminhamento do paciente para consultar o médico dentista. Foi efetuado o teste exato do qui-quadrado onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

	Nas suas consultas tem como hábito examinar a cavidade oral (dentes, tecidos moles, língua, palato duro e mole)?						<i>p</i>
	Sim (n=27; 33%)		Não (n=3; 4%)		Sim, quando há queixa associada (n=51; 63%)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Com que frequência reencaminha um paciente para consultar o médico dentista?							0,741
Nunca	0	(0)	0	(0)	3	(6)	
1-25% dos pacientes	12	(44)	1	(33)	28	(55)	
26-50% dos pacientes	7	(26)	1	(33)	10	(20)	
51-75% dos pacientes	5	(19)	1	(33)	5	(10)	
>75% dos pacientes	3	(11)	0	(0)	5	(10)	

Anexo 6) Dados estatísticos territoriais fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística. A última atualização destes dados foi em 22 de novembro de 2012

Localização geográfica (NUTS - 2002)		Consultas médicas nos estabelecimentos de saúde por habitante (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual	
		Período de referência dos dados	
		2010	
		N.º	
Portugal	PT	4,1	
Continente	1	4,2	
Região Autónoma dos Açores	2	2,2	
Região Autónoma da Madeira	3	2,8	

Consultas médicas nos estabelecimentos de saúde por habitante (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual - INE, Estatísticas dos Estabelecimentos de Saúde

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Paulo Melo pela orientação prestada para a concretização desta monografia.

A todos os participantes, médicos especialistas em medicina geral e familiar, que voluntariamente se disponibilizaram para responder ao inquérito. Sem a sua participação esta investigação não existia.

À minha mãe que sempre achou este tema abordado o maior.

E aos meus amigos.