



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO ORAL DOS PACIENTES DA
CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária*

Por: Beatriz de Nicolau e São Miguel

Viseu, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO ORAL DOS PACIENTES DA
CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária*

Por: Beatriz de Nicolau e São Miguel

Orientador: Professora Doutora Patrícia Fonseca

Co-Orientador: Professora Doutora Vanessa Silva

Viseu, 2019

*“A nossa recompensa está no esforço, não no resultado.
Um esforço total é uma vitória completa.”*

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Teresa e Carlos, por serem os melhores que poderia ter tido. Por todo o amor, dedicação e educação que me deram ao longo dos anos. A eles que são o meu tudo.

À minha irmã, Camila, por toda a felicidade que sempre me trouxe e pelo apoio em todos os momentos.

Ao meu namorado, André, por todo o amor e paciência que teve sempre para comigo.

À Inês, companheira de trabalho e o meu bote salva-vidas durante os últimos cinco anos. Ficarás sempre no meu coração.

À Karina, pela nossa amizade, que estimarei até ao fim.

À minha orientadora, Professora Patrícia Fonseca, pela dedicação e disponibilidade na realização desta monografia.

RESUMO

Introdução: Existem variados estudos sobre a condição oral da população portuguesa. No entanto, é relevante particularizar esta temática aos pacientes que frequentam as Clínicas Universitárias, uma vez que se trata de uma população específica e sobre a qual os estudantes exercem a sua ação clínica.

Objetivos: O principal objetivo deste estudo é avaliar das necessidades terapêuticas, tendo como base a caracterização da condição de saúde oral da população que frequentou a Clínica Dentária Universitária do ICS-Viseu, no ano civil de 2018. Desta forma, pretende-se aferir e enquadrar os resultados obtidos nas três principais áreas clínicas que regem a Medicina Dentária: Reabilitação Oral, Medicina Dentária Conservadora e Cirurgia Oral.

Materiais e Métodos: O estudo epidemiológico transversal, tem como amostra as fichas clínicas dos pacientes que realizaram ortopantomografia na Clínica Universitária do ICS-Viseu, no ano civil de 2018. Foram observadas 995 fichas clínicas, das quais resultou uma amostra de 771 após a aplicação dos critérios de exclusão. Da ficha clínica de cada paciente recolheram-se dados demográficos e gerais e da avaliação radiográfica obtivemos dados referentes à condição de saúde de cada dente individualmente. Os dados foram interpretados no *software* IBM SPSS Statistics®, para um nível de significância de 5%.

Resultados: A amostra obtida (n=771) é maioritariamente do sexo feminino com idade inferior a 65 anos. Na cavidade oral, e de uma forma geral, as situações mais problemáticas são identificadas no maxilar superior e nos setores posteriores. Nas 3 áreas disciplinares abordadas, a pior condição dentária associa-se a pacientes do género feminino e de idade mais avançada.

Conclusões: A caracterização da condição dentária da população estudada permitiu determinar as necessidades de tratamento, tendo sido estas mais evidentes na Medicina Dentária Conservadora e na Reabilitação Oral. Conhecer essas necessidades permite-nos orientar a formação dos futuros Médicos Dentistas nesse sentido.

Palavras-chave: Saúde Oral, Reabilitação Oral, Medicina Dentária Conservadora, Cirurgia Oral, Ensino.

ABSTRACT

Introduction: There are several studies on the oral condition of the Portuguese population. However, it is relevant to understand better the needs of the patients who attend University Clinics, since it is a specific population on which the students carry out their clinical action.

Aims: The main aim of this study is to evaluate the treatment needs, based on the oral health status characterization of the population that attended the University Dental Clinic of ICS-Viseu, in the calendar year of 2018. In this way, we intend to measure and fit the results obtained in the three main clinical areas of Dental Medicine: Oral Rehabilitation, Conservative Dental Medicine and Oral Surgery.

Materials and Methods: The cross-sectional epidemiological study used the clinical files of the patients who performed orthopantomography at the University Clinic of ICS-Viseu, in the calendar year 2018. A total of 995 clinical files were observed, resulting in a sample of 771 after exclusion criteria application. From the clinical record of each patient we collected demographic and general data and from the radiographic evaluation we obtained data referring to each individual tooth health condition. The data were analysed in the IBM SPSS Statistics® software for a significance level of 5%.

Results: The sample obtained (n = 771) is composed mostly by females under the age of 65. In the oral cavity, and in general, the most problematic situations are identified in the maxilla and in the posterior sectors. In the three disciplinary areas considered, the worst dental condition is associated with female patients and older age.

Conclusions: The characterization of the oral health status of the study population allowed to determine the treatment needs, which were more evident in Conservative Dental Medicine and Oral Rehabilitation. Knowing these needs enables a more efficient management of future Dentist's training.

Key Words: Oral Health, Oral Rehabilitation, Conservative Dental Medicine, Oral Surgery, Teaching.

ÍNDICE

RESUMO	vi
ABSTRACT	viii
1. INTRODUÇÃO	3
1.1. Ensino da Medicina Dentária em Portugal.....	3
1.2. População que frequenta as Clínicas Universitárias.....	5
1.3. Literacia em Saúde Oral.....	6
1.4. Principais Patologias Oraís.....	6
1.5. Imagiologia em Medicina Dentária.....	9
1.6. Objetivos.....	10
2. MATERIAIS E MÉTODOS	13
2.1. Tipo de estudo e amostra.....	13
2.2. Recolha e análise de dados.....	13
3. RESULTADOS	19
3.1. Caracterização geral da amostra.....	19
3.2. Hábitos de Higiene Oral e Hábitos Tabágicos.....	23
3.3. Distribuição dos resultados de acordo com as diferentes áreas disciplinares	25
3.3.1. Reabilitação Oral.....	25
3.3.2. Medicina Dentária Conservadora.....	31
3.3.3. Cirurgia Oral.....	34
3.4. Principais resultados a considerar da análise descritiva.....	38
3.5. Estatística inferencial da condição dentária.....	40
4. DISCUSSÃO	49
4.1. Ensino da Medicina Dentária em Portugal.....	49
4.2. Metodologia do estudo e população.....	49
4.3. Hábitos de Higiene Oral e Hábitos Tabágicos.....	52
4.4. Reabilitação Oral.....	52
4.5. Medicina Dentária Conservadora.....	54
4.6. Cirurgia Oral.....	56
4.7. Reflexão.....	57
5. CONCLUSÃO	61
6. BIBLIOGRAFIA	65
7. ANEXOS	73

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribuição do género feminino de acordo com a idade.....	19
Gráfico 2. Distribuição do género masculino de acordo com a idade.....	20
Gráfico 3. Distribuição dos pacientes por faixas etárias.....	21
Gráfico 4. Distribuição da amostra de acordo com o género e a faixa etária.....	21
Gráfico 5. Distribuição da amostra de acordo com o género e a idade.....	22
Gráfico 6. Distribuição da amostra de acordo com a profissão.....	22
Gráfico 7. Distribuição da amostra de acordo com a classificação ASA.....	23
Gráfico 8. Distribuição dos pacientes de acordo com os hábitos de higiene.....	24
Gráfico 9. Distribuição dos pacientes de acordo com os hábitos tabágicos.....	24
Gráfico 10. Distribuição do nº de dentes ausentes de acordo com a idade.....	26
Gráfico 11. Distribuição do número de dentes ausentes.....	26
Gráfico 12. Dentes ausentes no 1º quadrante.....	27
Gráfico 13. Dentes ausentes no 2º quadrante.....	27
Gráfico 14. Dentes ausentes no 3º quadrante.....	27
Gráfico 15. Dentes ausentes no 4º quadrante.....	27
Gráfico 16. Classificação de Kennedy Modificada maxilar.....	28
Gráfico 17. Classificação de Kennedy Modificada mandibular.....	28
Gráfico 18. Distribuição da amostra de acordo com o género e a desdentação ma- xilar.....	29
Gráfico 19. Distribuição da amostra de acordo com o género e a desdentação man- dibular.....	29
Gráfico 20. Distribuição da amostra de acordo com a idade e a desdentação maxi- lar.....	29
Gráfico 21. Distribuição da amostra de acordo com a idade e a desdentação man- dibular.....	29
Gráfico 22. Número de implantes.....	30
Gráfico 23. Número de dentes pilares de prótese fixa.....	30
Gráfico 24. Distribuição do nº de dentes cariados de acordo com a idade.....	31
Gráfico 25. Dentes cariados no 1º quadrante.....	32
Gráfico 26. Dentes cariados no 2º quadrante.....	32
Gráfico 27. Dentes cariados no 3º quadrante.....	32
Gráfico 28. Dentes cariados no 4º quadrante.....	32
Gráfico 28. Dentes endodonciados no 1º quadrante.....	33
Gráfico 30. Dentes endodonciados no 2º quadrante.....	33

Gráfico 31. Dentes endodonciados no 3º quadrante.....	33
Gráfico 32. Dentes endodonciados no 4º quadrante.....	33
Gráfico 33. Dentes obturados no 1º quadrante.....	35
Gráfico 34. Dentes obturados no 2º quadrante.....	35
Gráfico 35. Dentes obturados no 3º quadrante.....	35
Gráfico 36. Dentes obturados no 4º quadrante.....	35
Gráfico 37. Distribuição dos dentes perdidos de acordo com a idade.....	36
Gráfico 38. Dentes perdidos no 1º quadrante.....	36
Gráfico 39. Dentes perdidos no 2º quadrante.....	36
Gráfico 40. Dentes perdidos no 3º quadrante.....	37
Gráfico 41. Dentes perdidos no 4º quadrante.....	37
Gráfico 42. Número de dentes inclusos.....	38
Gráfico 43. Relação entre os dentes cariados e os dentes restaurados.....	40
Gráfico 44. Relação entre os dentes cariados e os dentes ausentes.....	41
Gráfico 45. Relação entre os dentes cariados e os dentes perdidos.....	41
Gráfico 46. Relação entre os dentes cariados e os dentes endodonciados.....	42
Gráfico 47. Relação entre os dentes restaurados e os dentes perdidos.....	42
Gráfico 48. Relação entre os dentes restaurados e os dentes endodonciados.....	43
Gráfico 49. Relação entre os dentes restaurados e os dentes ausentes.....	43
Gráfico 50. Relação entre os dentes perdidos e os dentes endodonciados.....	44
Gráfico 51. Relação entre os dentes perdidos e os dentes ausentes.....	44
Gráfico 52. Relação entre os dentes endodonciados e os dentes ausentes.....	45

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização da idade de acordo com o género.....	20
Tabela 2. Dentes ausentes.....	25
Tabela 3. Dentes cariados.....	31
Tabela 4. Dentes com tratamento endodôntico.....	33
Tabela 5. Dentes obturados.....	34
Tabela 6. Dentes perdidos.....	35
Tabela 7. Dentes inclusos.....	37
Tabela 8. Condição dos dentes do 1º quadrante.....	39
Tabela 9. Condição dos dentes do 2º quadrante.....	39
Tabela 10. Condição dos dentes do 3º quadrante.....	39
Tabela 11. Condição dos dentes do 4º quadrante.....	40

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A definição de Saúde pela *World Health Organization* (WHO) como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”, data de 1946.¹ Apesar de ter entrado em vigor em 1948 esta definição mantém-se inalterável e faz parte dos documentos básicos da OMS que em 2009 publicou a sua quadragésima sétima edição.²

O mesmo não se pode afirmar em relação à definição de Saúde Oral, que tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos. A última definição de Saúde Oral da *World Dental Federation* (FDI)³ e adotada pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD)⁴, “*É multifacetada e inclui a capacidade de falar, de sorrir, de cheirar, de saborear, de tocar, de mastigar, de deglutir e de transmitir emoções através de expressões faciais com confiança, sem dor, sem desconforto e sem doença do complexo craniofacial.*”

Desta forma podemos enquadrar a Saúde Oral como parte integrante da Saúde Geral que é influenciada por condicionantes sociais e individuais (fisiológicas e psicológicas) como atitudes e valores.⁴

A Medicina Dentária, de uma forma abrangente é o ramo da Medicina que tem por finalidade a prevenção, o tratamento e a manutenção da Saúde Oral. Como tal, o Médico Dentista é um elemento essencial da equipa médico-dentária que tem por dever avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar as doenças, as desordens e as condições que afetam o complexo craniofacial.⁵

A formação do Médico Dentista não se limita apenas ao estudo das peças dentárias, mas também às restantes estruturas anatómicas (nervosas, vasculares e musculoesqueléticas) que compõem o complexo craniofacial, ou mais especificamente, craniocervicomandibular e o seu impacto no corpo humano como um todo.⁵

1.1. Ensino da Medicina Dentária em Portugal

De acordo com a *American Dental Association* (ADA)⁵, a Medicina Dentária deve ser prestada à população, por um Médico Dentista com formação e experiência e de acordo com a ética profissional e as leis em vigor.

Em Portugal, para o exercício da atividade profissional como Médico Dentista é obrigatória a inscrição ativa na OMD. De acordo com o Estatuto da OMD, Capítulo II dedicado ao acesso e exercício da profissão⁶, e excetuando condições especiais, tem direito a essa inscrição:

- Os licenciados em Medicina Dentária por uma instituição de ensino superior portuguesa (anterior à aplicação do Decreto-Lei n.º 74/2006)
- Os mestres em Medicina Dentária conferido por uma instituição de ensino superior portuguesa (aplicação do Decreto-Lei n.º 74/2006)
- Os titulares de graus académicos superiores estrangeiros em Medicina Dentária a quem tenha sido conferida equivalência a licenciatura ou mestrado em Medicina Dentária;

As instituições de ensino superior legalmente habilitadas para formar e conferir o grau de Mestre em Medicina Dentária em Portugal são, por ordem da sua implementação em Portugal:

- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa
- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
- Instituto Universitário de Ciências da Saúde da CESPU
- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- Instituto Universitário Egas Moniz
- Faculdade de Ciências da Saúde Universidade Fernando Pessoa
- Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

No caso particular do Instituto Ciências da Saúde - Viseu da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), o curso de mestrado integrado em Medicina Dentária (MIMD), após a realização de 6 semestres com um total de 180 ECTS (*European Credit Transfer System*), concede o grau de Licenciatura em Ciências Biomédicas Dentárias. Só após a obtenção de 300 (10 semestres) é que o estudante obtém o grau de Mestre em Medicina Dentária e poderá fazer a sua inscrição na OMD para o exercício clínico da Medicina Dentária em Portugal.⁷

As diferentes instituições de ensino superior anteriormente referidas, apresentam diferentes planos curriculares quer na nomenclatura quer na distribuição

das diferentes áreas disciplinas ao longo dos semestres, o que torna a interpretação dos seus conteúdos programáticos difícil.

Como pontos comuns todas habilitam estudantes ao exercício da profissão através de um ensino com prática clínica precedido de uma formação pré-clínica.

No geral, as Clínicas Dentárias Universitárias (CDU), integram as mais variadas unidades curriculares, que podem ser agrupadas nas 3 grandes áreas da Medicina Dentária:

- A Reabilitação Oral
- A Medicina Dentária Preventiva e Conservadora
- A Cirurgia Oral

1.2. População que frequenta as Clínicas Universitárias

Através da prática clínica disponibilizada nestas Instituições de ensino, tem-se a percepção que a procura destes serviços por parte da população que a frequenta se baseia no binómio preço – qualidade.

A questão monetária levará a que uma percentagem significativa de pacientes procure as Clínicas Dentárias Universitárias, uma vez que o preço das consultas e tratamentos é inferior ao geralmente praticado fora destas instituições de ensino. Aliado a esta prestação de cuidados médicos a custo mais baixo, há a garantia da qualidade dos serviços prestados, visto que todas as consultas são tuteladas por professores, estando estes na vanguarda do conhecimento, tanto das técnicas e materiais, como também, dos tratamentos mais eficazes e inovadores utilizados em Medicina Dentária.

No entanto, a capacidade de resposta destas instituições às necessidades da população no geral ainda não é a desejável. O facto de serem instituições de ensino regem-se por um calendário escolar e por uma distribuição de cuidados prestados de acordo com as áreas disciplinares clínicas, o que condiciona, por um lado a capacidade de resposta da clínica, e por outro, o grau de satisfação dos pacientes.

Dito isto, consideramos que a população que procura os cuidados dentários das Clínicas Dentárias Universitárias é diferente da que frequenta as clínicas

dentárias fora da rede Universitária e por esta razão não é representativa da população geral.

1.3. Literacia em Saúde Oral

A literacia em saúde é um indicativo que pode ser definido como a capacidade que um indivíduo tem para reconhecer o seu estado de saúde e tomar as decisões apropriadas para o mesmo.⁸

Segundo Espanha R *et al*⁸, em 2015 e apesar de pouco expressivo, o índice geral de literacia em saúde era ligeiramente inferior em Portugal comparativamente com outros países europeus.

A baixa literacia está, normalmente, associada a uma má auto percepção de saúde e à desvalorização das indicações médicas por parte de uma grande percentagem de indivíduos. Assim, pode conduzir a um aumento do risco de doença e dos custos associados aos cuidados prestados tardiamente.⁹

Uma vez que está diretamente relacionada com a saúde do indivíduo, a literacia é influenciada pelas experiências vividas, pelas suas perceções, expectativas e pela sua capacidade de adaptação a novas circunstâncias.²

A literacia em medicina dentária capacita os pacientes com conhecimentos essenciais para que possam tomar decisões sobre cuidados de saúde oral que visam a prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável. No entanto, e apesar do desenvolvimento técnico e da facilidade crescente de acesso a informação médica de qualidade, a literacia em medicina dentária ainda não é suficiente para reduzir a prevalência das principais patologias orais que afetam a população.

1.4. Principais Patologias Orais

É sabido que o corpo humano é um sistema complexo, em que os órgãos interagem e se influenciam mutuamente. Se é verdade que, algumas doenças sistémicas afetam a saúde oral, também se pode afirmar que a condição oral influencia a saúde sistémica.

As doenças sistémicas afetam a saúde oral de forma indireta, mediante mudanças de hábitos/comportamentos ou de forma direta, através das várias vias patológicas. Por exemplo, no caso da diabetes *mellitus*, sabe-se que uma das consequências de um não controlo da mesma, poderá ser o agravamento da condição periodontal.¹⁰

Assim, é importante a caracterização da saúde geral dos pacientes observados pelos profissionais de saúde oral para um correto e seguro diagnóstico, tratamento e seguimento da sua condição oral.

Por outro lado, as diferentes especialidades médicas também deveriam ter conhecimento da saúde oral dos seus pacientes. A uma saúde oral debilitada está associada uma inflamação sistémica, aumentando o risco de aparecimento de doenças neurodegenerativas e cardiovasculares.¹¹⁻¹⁴

Em relação aos fatores de risco para a saúde, é sabido que o consumo de tabaco, de álcool e os maus hábitos alimentares, são dos principais comportamentos que influenciam negativamente a saúde de quem os pratica.

O consumo de tabaco afeta toda a flora oral, tendo principal influência na saúde gengival e periodontal, mas também, no aparecimento de cancro oral e/ou outras doenças sistémicas (como por exemplo, Parkinson).¹⁵

Segundo a estatística realizada pela Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) para caracterizar o estado de saúde, em 2014, 17% dos portugueses adultos fumavam diariamente. Segundo a mesma avaliação, apesar de elevado, este valor é inferior à média da União Europeia UE.¹⁶

A saúde oral é influenciada por um conjunto de fatores comportamentais como os hábitos tabágicos, alimentares e de higiene oral, mas também por fatores biológicos, fisiológicos, genéticos e mesmo socioeconómicos.

Em 2016, as doenças orais afetavam 3,58 bilhões de pessoas em todo o mundo, sendo a cárie dentária a patologia mais prevalente, afetando a dentição permanente em 2,4 bilhões de pessoas e a dentição decídua em 486 milhões de crianças.¹⁷

A cárie dentária surge quando, de uma forma continuada, um biofilme microbiano à base de *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus acidophilus*, na superfície

do dente, consegue converter os açúcares livres em ácido levando à perda de tecido mineral (esmalte e a dentina). Se existir um consumo constante e exagerado de sacarose, associado a uma inadequada higienização da cavidade oral (baixa exposição a flúor), a desmineralização dentária será maior que a sua remineralização, levando, assim, ao aumento do número de peças dentárias com cárie, bem como ao aumento da gravidade desta patologia, culminando em perda dentária que compromete a qualidade de vida.^{18,19}

A par da cárie dentária a doença periodontal é outra das patologias mais prevalentes na cavidade oral que pode resultar em perda dentária. A *American Academy of Periodontology*, define a doença periodontal como uma “inflamação dos tecidos de suporte do dente”. Normalmente é caracterizada pela alteração destrutiva e progressiva dos tecidos periodontais, levando à perda de osso e à destruição do ligamento periodontal.²⁰

A doença periodontal nem sempre constitui uma desordem com implicações apenas da cavidade oral, podendo também estar relacionada com doenças sistémicas, nomeadamente as doenças cardiovasculares.²¹

Como vemos, a cárie dentária e as doenças periodontais são as principais causas de perda dentária. Por outro lado, as doenças sistémicas e o fator socioeconómico também influenciam de forma indireta o edentulismo por condicionarem ou diminuírem os cuidados necessários para a manutenção da saúde oral. A perda dentária afeta as funções orais, em particular a mastigação e fonação,²² e pode ser definido como desdentação parcial ou total, caso a perda de dentes seja parcial ou total, respetivamente.

A perda dentária já não é aceite como parte integrante do processo natural de envelhecimento.²³ Como tal, é necessário potenciar a educação e a motivação para cuidar da saúde dentária, na tentativa de a melhorar.²⁴ É importante, também, desenvolver novas abordagens para corresponder às necessidades de saúde oral de cada população em particular, com as características que lhe são inerentes.

De acordo com o Barómetro de Saúde Oral de 2018 da Ordem dos Médicos Dentistas²⁵, a percentagem de população que nunca vai ao médico dentista ou

só o faz em situação urgência subiu 3% em relação ao ano de 2017, representando 30% da população. Para além disso, 41% dos portugueses não tem consulta de medicina dentária há mais de um ano. Dos 70% de portugueses a quem falta dentes naturais, 55,5% não estão reabilitados e 35% já perdeu seis ou mais dentes. A percentagem de desdentados totais na população portuguesa é de 8,2%.

Perante este quadro estatístico preocupante, para um país que se pretende desenvolvido, fica a certeza que, quanto melhor conhecermos a população, melhor a poderemos servir, prestando de forma mais adequada os cuidados clínicos nas Instituições de Ensino da Medicina Dentária em Portugal.

Deste modo, iremos com este estudo contribuir para a caracterização da condição oral dos pacientes que frequentam a Clínica Dentária Universitária do ICS-UCP, sendo a população a quem é dirigida a nossa ação enquanto estudantes do MIMD.

1.5. Imagiologia em Medicina Dentária

É de consenso geral que a avaliação do paciente em Medicina Dentária é sempre feita através de um cuidadoso exame clínico. Os exames imagiológicos são, no entanto, importantes como meios auxiliares de diagnóstico e constituem um recurso essencial na prática clínica diária.

A radiografia panorâmica ou ortopantomografia é um dos principais exames imagiológicos utilizados em medicina dentária para uma avaliação geral das estruturas duras do complexo craniofacial, nomeadamente os dentes e os ossos onde estes se inserem, a maxila e a mandíbula. A grande variedade de estruturas anatómicas identificáveis na ortopantomografia, o seu baixo custo, a facilidade de execução e a baixa radiação usada tornam este o exame de eleição.

Apesar de na ortopantomografia o pormenor não ser muito, esta permite-nos ter uma visão geral da condição oral do paciente.

1.6. Objetivos

Considerando o exposto no capítulo anterior, este estudo tem como objetivo geral: avaliar das necessidades de tratamento, tendo como base a caracterização da condição de saúde oral da população que frequentou a Clínica Dentária Universitária do ICS-Viseu, no ano civil de 2018.

Com foco no objetivo geral, temos com objetivos específicos em cada paciente:

- 1- Determinar a necessidade de intervenção dentária na área de Reabilitação Oral através da determinação dos dentes ausentes, dentes com prótese fixa e presença de implantes dentários;
- 2- Determinar a necessidade de intervenção dentária na área da Medicina Dentária Conservadora através da determinação dos dentes cariados, obturados e com tratamento endodôntico.
- 3- Determinar a necessidade de intervenção dentária na área da Cirurgia Oral através da determinação dos dentes perdidos e inclusos.
- 4- Relacionar as necessidades encontradas com a saúde geral, a idade, o género e os hábitos de higiene e tabágicos dos pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Tipo de estudo e amostra

Atendendo à natureza dos dados recolhidos, trata-se de um estudo epidemiológico transversal para o qual foi selecionada uma amostra da população constituída pelas fichas clínicas dos pacientes que realizaram ortopantomografia, na Clínica Dentária Universitária do Instituto de Ciências da Saúde, de Viseu da Universidade Católica Portuguesa, no ano civil de 2018.

Das 995 fichas clínicas selecionadas, foram excluídas 224 após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, tendo sido analisadas 771.

Critérios de inclusão {

- Fichas clínicas elaboradas em 2018;
- Fichas clínicas que possuem ortopantomografia associada

Critérios de exclusão {

- Fichas clínicas sem ortopantomografia;
- Fichas clínicas elaboradas antes e depois de 2018;
- Fichas clínicas com ortopantomografias impercetíveis;
- Fichas clínicas de pacientes com idade inferior a 15 anos.
- Fichas clínicas de alunos do MIMD

2.2. Recolha e análise de dados

Para acesso à ficha clínica de cada paciente e ao exame imagiológico nela incluído foi solicitada a autorização por escrito ao Diretor Clínico da Clínica Universitária do ICS-UCP, Professor Doutor Nélio Veiga.

Cada indivíduo admitido como paciente na Clínica Universitária realiza ortopantomografia e preenche uma Ficha Individual com informação geral, um Acordo de Proteção de Dados e uma Declaração de Confidencialidade e Proteção de Dados, o que possibilita a recolha e análise dos mesmos à posteriori. (Anexo 1).

Toda a recolha de dados, assim como a sua interpretação e análise foram realizados exclusivamente pela autora deste trabalho de forma a evitar erros inter-examinador.

Da ficha clínica de cada paciente presente no programa informático de gestão clínica (Newsoft DS9®) recolheram-se dados demográficos e gerais como: o género, a idade (em anos e faixas etárias), a profissão, a Classificação ASA e os hábitos tabágicos (fumador ou não fumador) e de higiene oral (número de escovagens diárias).

A avaliação do estado físico ou de saúde geral foi realizada de acordo com a Classificação ASA (*American Society of Anesthesiologist*)²⁶ em:

ASA I – paciente saudável;

ASA II – Paciente com doença sistémica leve ou moderada, mas sem limitação funcional;

ASA III - Paciente com doença sistémica severa e com limitação funcional;

ASA IV - Paciente com doença sistémica severa, com risco de vida constante;

ASA V – Paciente moribundo com perspectiva de óbito em 24 horas, com ou sem cirurgia;

ASA VII - Paciente em morte cerebral, mantido em ventilação controlada e perfusão para doação de órgãos.

Da interpretação das ortopantomografias armazenadas no programa de imagiologia dentária (Planmeca Romexis®), obtivemos dados referentes à condição de saúde de cada dente individualmente. Assim, cada peça dentária foi classificada de acordo com as principais áreas clínicas como:

1 - Ausente, com prótese fixa ou substituído por implante (na Reabilitação Oral)

2 - Cariado, restaurado ou com tratamento endodôntico (na Medicina Dentária Conservadora)

3 - Perdido ou incluso (na Cirurgia Oral)

Sempre que um dente reunia condições para ser classificado com mais do que uma condição este foi categorizado pela sua pior condição clínica.

Como forma de categorizar as arcadas desdentadas de acordo com os dentes ausentes, utilizamos a Classificação de Kennedy, uma vez que é a classificação em vigor e mais comumente aceite pela comunidade científica de Medicina Dentária.^{27,28} Esta classificação é composta por quatro classes²⁹:

- Classe I: área desdentada bilateral localizada posteriormente aos dentes naturais;
- Classe II: área desdentada unilateral localizada posteriormente aos dentes naturais;
- Classe III: área desdentada unilateral localizada no meio de dentes naturais;
- Classe IV: área desdentada bilateral anterior (localizada anterior aos dentes naturais remanescentes).

A esta classificação foram acrescentadas mais duas classes: Dentado Completo (sem dentes ausentes) e Desdentado Total (todos os dentes ausentes). Obtivemos, assim, uma Classificação de Kennedy Modificada.

Foram garantidas todas as regras gerais de privacidade e os termos de tratamento dos dados pessoais recolhidos, no estrito respeito e cumprimento da legislação em vigor e de acordo com a política de proteção de dados pessoais. Deste modo, os dados foram tratados de forma confidencial, sendo exclusivamente do conhecimento dos investigadores envolvidos. Nenhum paciente foi registado com o seu nome, mas sim com um código número correspondente à sua ficha clínica.

Recolhidos os dados, estes foram introduzidos e analisados no programa IBM SPSS Statistics® e realizada a análise descritiva das variáveis, bem como a procura de relações com significado estatístico pela análise inferencial das mesmas para com um limiar de significância de 5%.

RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização geral da amostra

Neste estudo avaliamos 419 (54,35%) fichas clínicas de mulheres e 352 (45,65%) de homens perfazendo o total das 771 fichas clínicas da amostra.

Uma vez que só consideramos pacientes com idade igual ou superior a 15 anos, esta define-se como a idade mínima em estudo, sendo a idade máxima registada de 90 anos idade.

A distribuição da nossa amostra de acordo com a idade não obedece aos parâmetros de normalidade ou simetria (Kolmogorov-Smirnov $p=0,000$), apresentando por isso como medida de tendência central uma mediana de 48 anos e como medida de dispersão um âmbito de 75 anos.

Esta distribuição assimétrica mantém-se quando consideramos individualmente cada um dos géneros ($p<0,05$) - Gráficos 1 e 2.

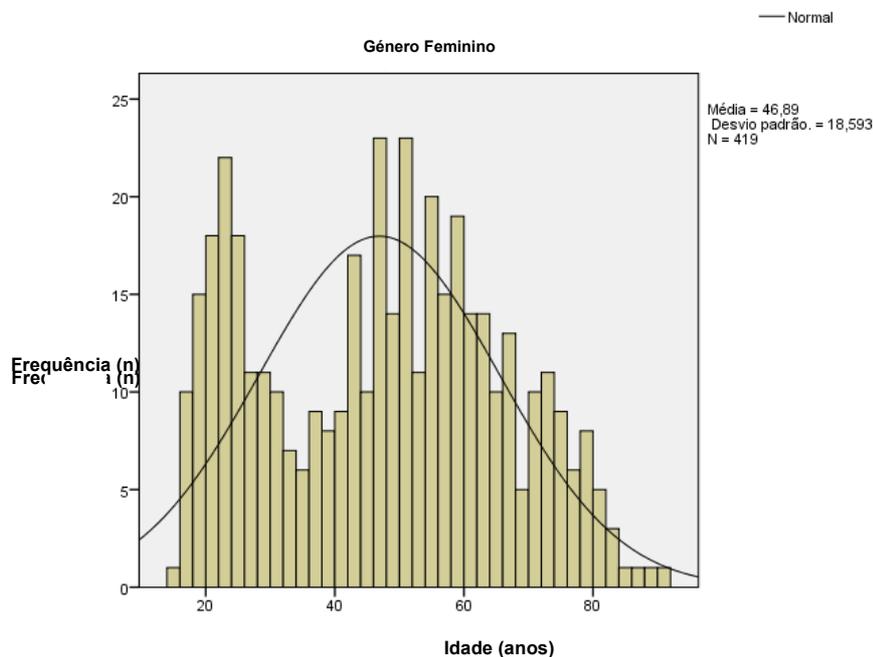


Gráfico 1. Distribuição do género feminino de acordo com a idade

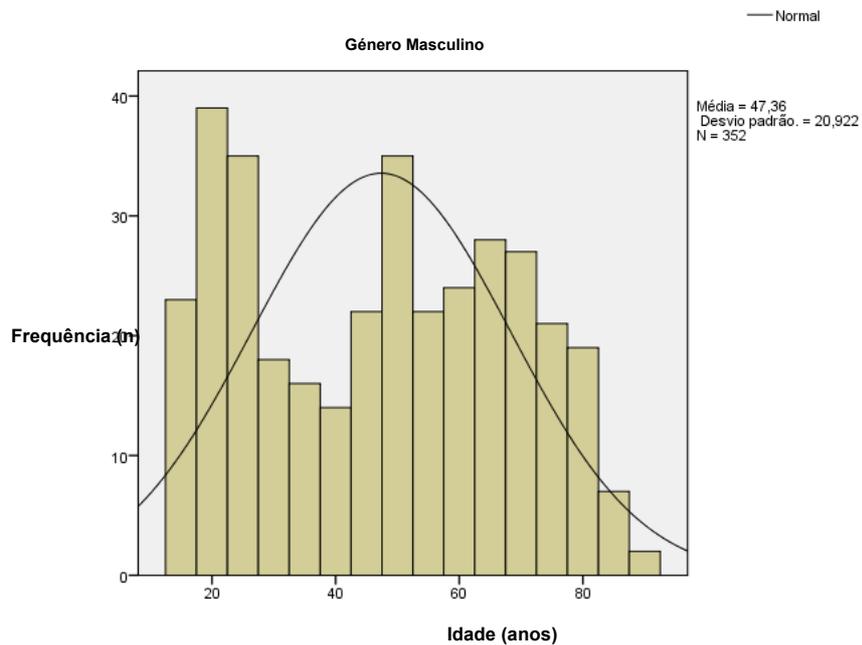


Gráfico 2. Distribuição do gênero masculino de acordo com a idade

Tabela 1. Caracterização da idade de acordo com o gênero

	Mediana	Âmbito	Mínimo	Máximo
Mulheres	48 anos	75 anos	15 anos	90 anos
Homens	48 anos	73 anos	15 anos	88 anos

De acordo com a análise do gráfico 3, relativo à distribuição das idades dos pacientes por faixas etárias, é possível concluir que a maior percentagem de indivíduos (n= 168; 21,79%) tem mais de 65 anos e a segunda maior percentagem (n= 157; 20,36%) tem entre 15 e 24 anos.

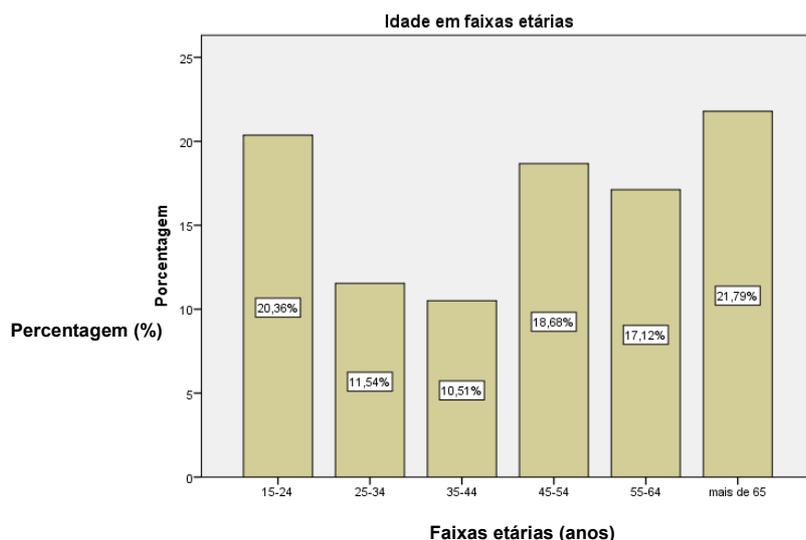


Gráfico 3. Distribuição dos pacientes por faixas etárias

De acordo com o teste do Qui-quadrado (χ^2) não existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o género, quer por faixas etárias ($p=0,091$), quer enquanto variável dicotómica ($p=0,917$). (Gráfico 4 e 5)

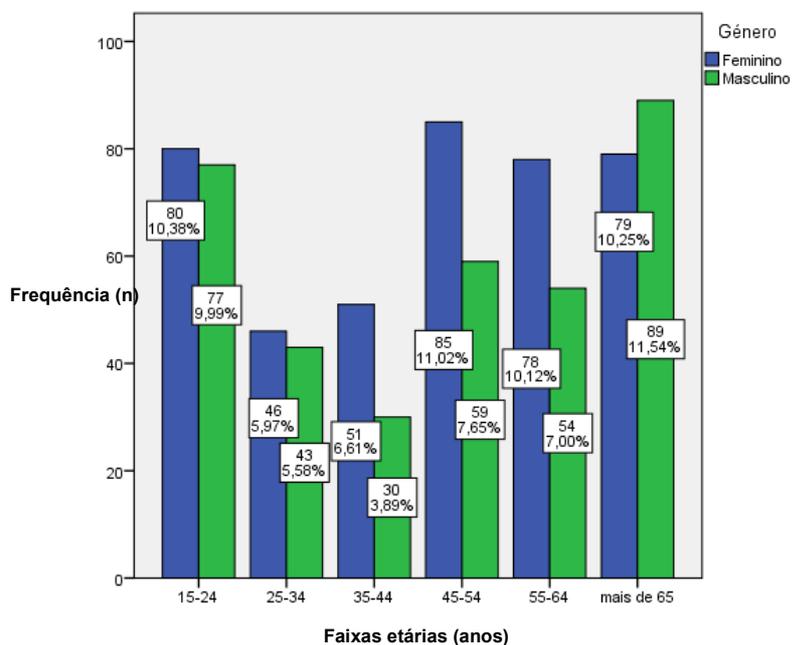


Gráfico 4. Distribuição da amostra de acordo com o género e a faixa etária

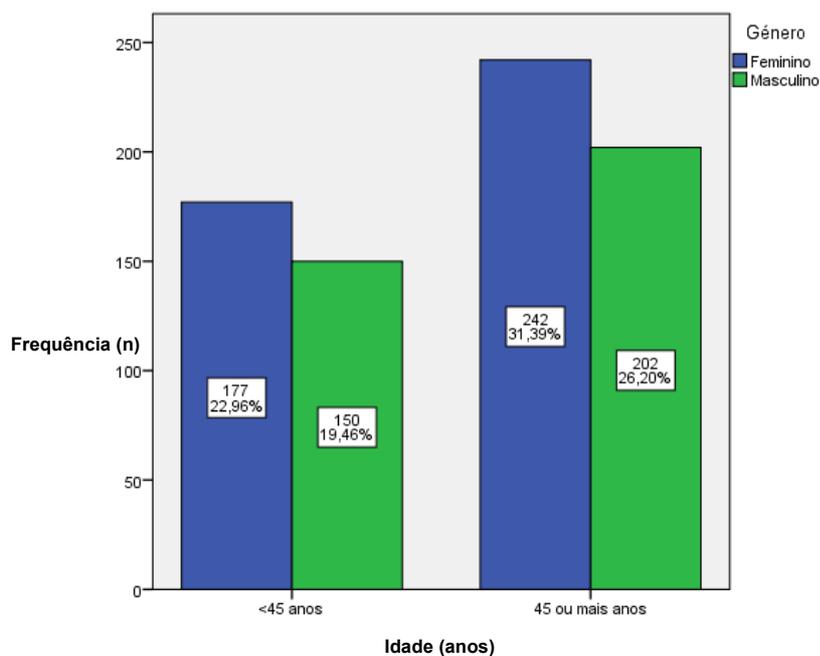


Gráfico 5. Distribuição da amostra de acordo com o género e a idade

Das 771 fichas clínicas analisadas, apenas 41 continham a profissão do paciente. Realçamos o facto de o grupo que comporta mais pacientes ser o dos estudantes (n=8) e de seguida o dos reformados e das empregadas domésticas (n=5 cada um) - Gráfico 6

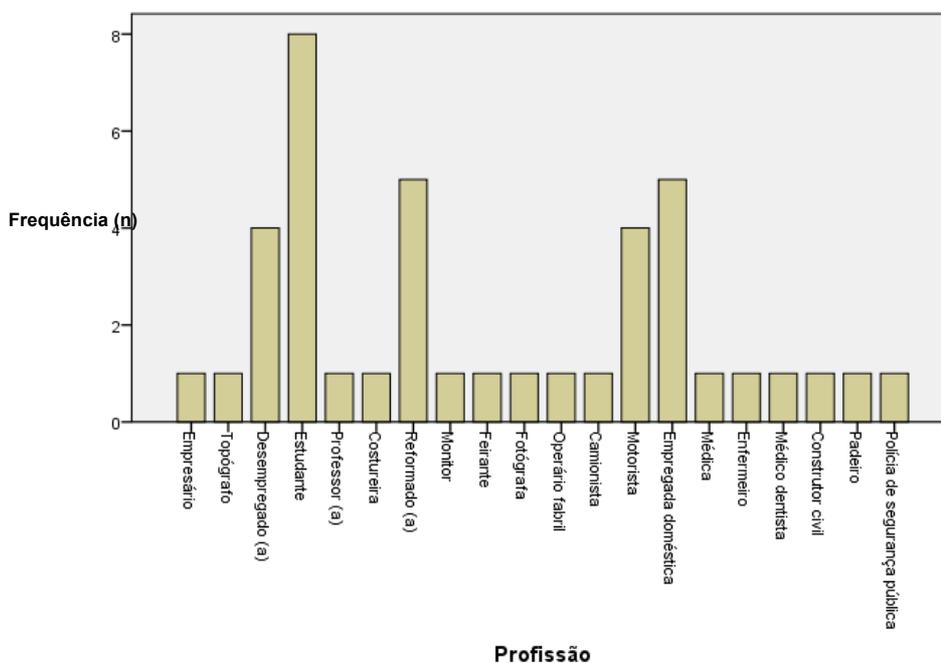


Gráfico 6. Distribuição da amostra de acordo com a profissão

No que se refere à Classificação ASA, apenas se obteve dados em 67,57% das fichas, estando 250 (32,43%) fichas clínicas sem este parâmetro preenchido. A classificação ASA I e ASA II são as mais frequentes (24,9% e 35,93%, respectivamente), sendo que a menos frequente é a ASA IV. (Gráfico 7)

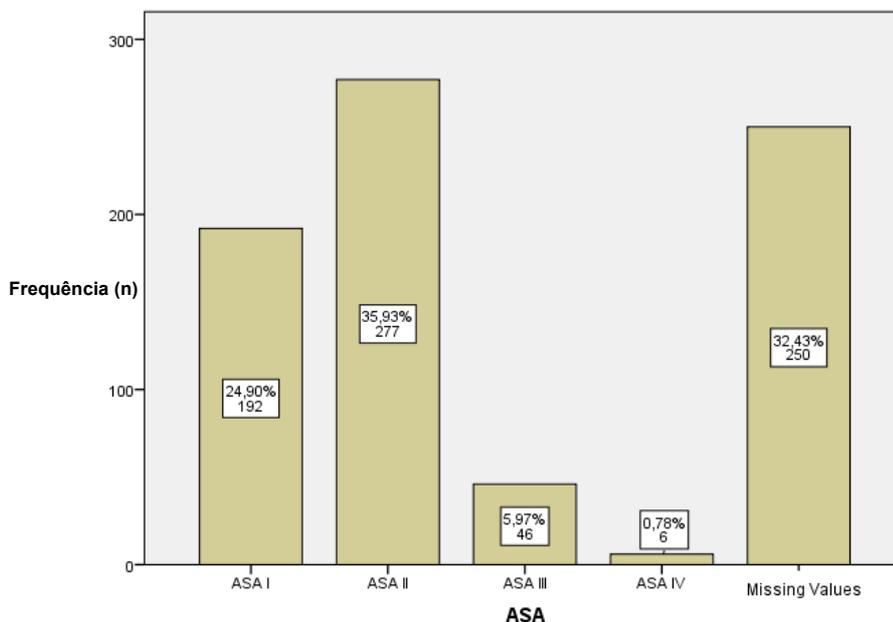


Gráfico 7. Distribuição da amostra de acordo com a classificação ASA

3.2. Hábitos de Higiene Oral e Hábitos Tabágicos

De acordo com a análise das fichas clínicas, foi possível obter a quantidade de vezes que os pacientes realizavam a sua higiene oral. Posto isto, das 771 fichas clínicas analisadas, 289 (37,48%) não tinham os dados preenchidos. Existem 238 pacientes (30,87%) que lavam os dentes duas vezes por dia, sendo que apenas 20 pacientes (2,59%), não lavam nenhuma vez (Gráfico 8).

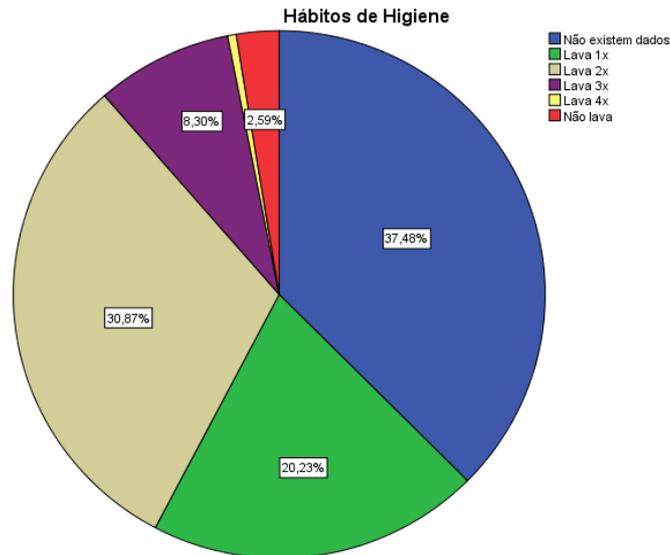


Gráfico 8. Distribuição dos pacientes de acordo com os hábitos de higiene oral

Em relação aos hábitos tabágicos, a maioria dos pacientes afirma ser não fumador (n=397; 51,49%) e existem 90 pacientes fumadores (11,67%) - Gráfico 9.

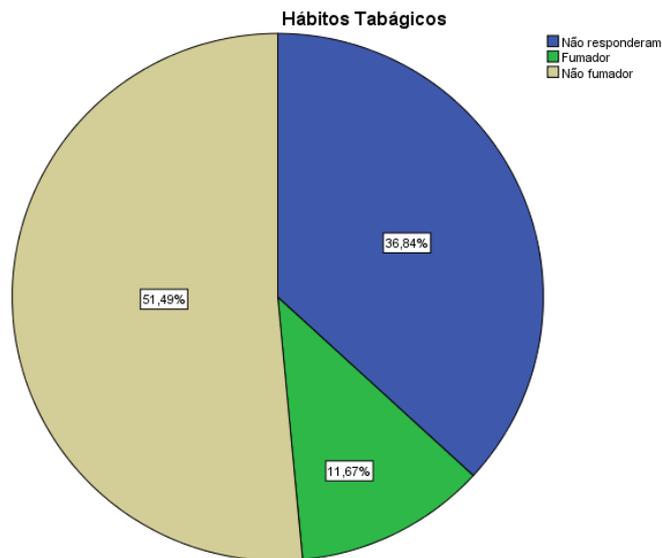


Gráfico 9. Distribuição dos pacientes de acordo com os hábitos tabágicos

Não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a idade e:

- os hábitos de higiene ($p=0,132$);
- os hábitos tabágicos ($p=0,114$).

Também não foi encontrada uma relação com significado estatístico entre o género e os hábitos de higiene oral ($p=0,311$). Porém, uma relação estatisticamente significativa foi obtida entre o género e hábitos tabágicos ($p=0,048$). As mulheres são mais fumadoras que os homens.

3.3. Distribuição dos resultados de acordo com as diferentes áreas disciplinares

3.3.1 Reabilitação Oral

DENTES AUSENTES

Em média, cada paciente tem 6,33 dentes ausentes, sendo esta ausência mais prevalente no setor posterior ($4,52 > 1,44$). Quando relacionadas as duas arcadas, verifica-se que a arcada superior tem uma média de dentes ausentes superior à arcada inferior ($3,31 > 2,67$) - Tabela 2.

Tabela 2. Dentes ausentes

Nº de dentes ausentes	Total	Maxila	Mandíbula	Setor anterior	Setor posterior
N/Válido	771	771	771	771	771
Média	6,63	3,31	2,67	1,44	4,52
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	32	16	19	12	16

Através do teste do χ^2 foi possível perceber que as variáveis, dentes ausentes e género, não tinham uma relação estatisticamente significativa ($p=0,267$). Porém, quando relacionadas as variáveis, dentes ausentes e idade, estas detêm uma relação com significado estatística ($p=0,000$). Quanto maior o número de dentes ausentes, mais avançada é a idade da pessoa. (Gráfico 10)

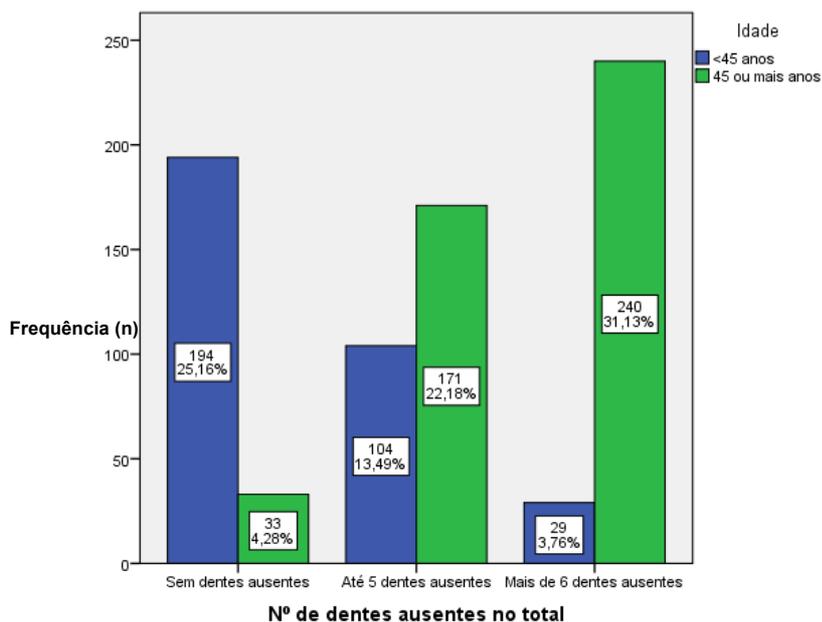


Gráfico 10. Distribuição dos dentes ausentes de acordo com a idade

Nesta análise foi possível verificar que a desdentação bimaxilar estava presente em 42 pacientes (5,45%), sendo que a existência de dentição completa estava presente em 228 (29,57%) pacientes (Gráfico 11).

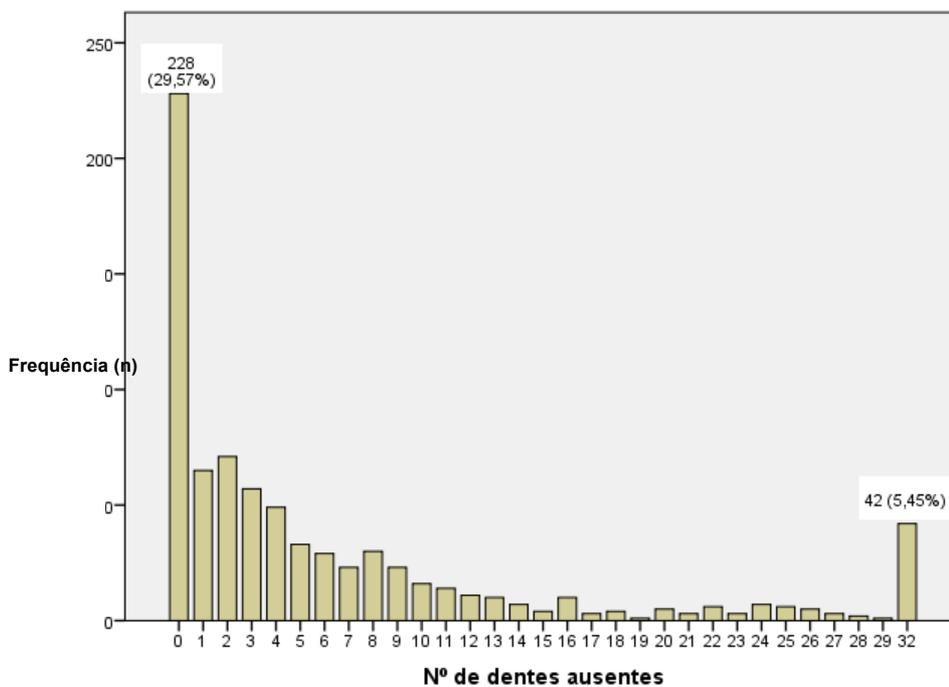


Gráfico 11. Distribuição do número de dentes ausentes

Através da análise dos gráficos 12, 13, 14 e 15, conclui-se que o 4º quadrante tem uma maior frequência de ausência até 5 dentes (n=378; 49,03%), seguindo-se o 3º e o 2º quadrantes (47,34% e 40,86%), respetivamente. Em relação à ausência de mais de 6 dentes, o 1º quadrante tem a maior frequência (n= 81; 10,5%), seguindo-se o 2º, 4º e 3º quadrantes (48,77%, 46,17% e 44,36%), respetivamente.

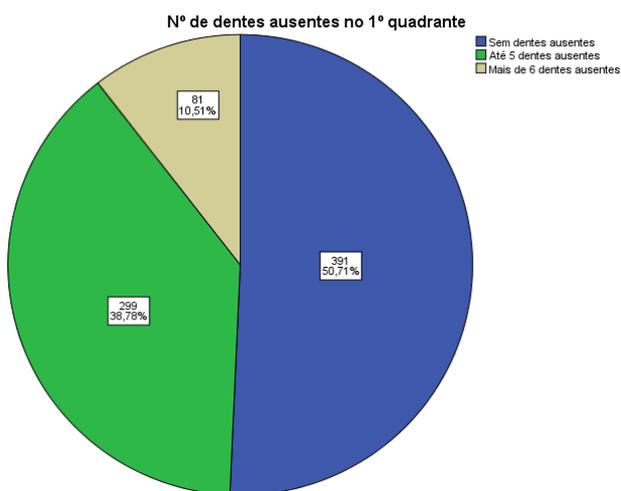


Gráfico 12. Dentes ausentes no 1º quadrante

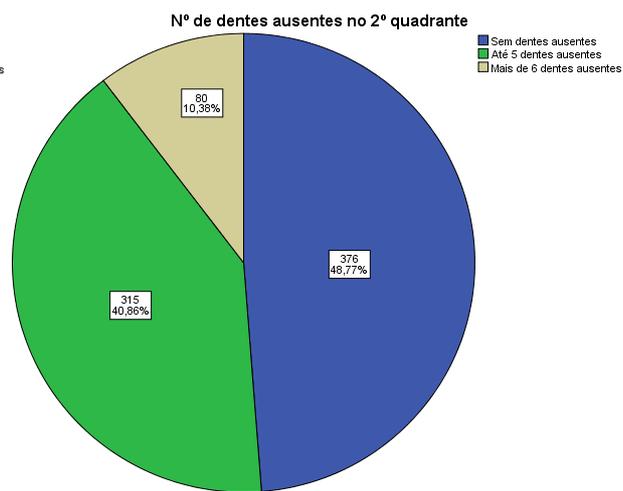


Gráfico 13. Dentes ausentes no 2º quadrante

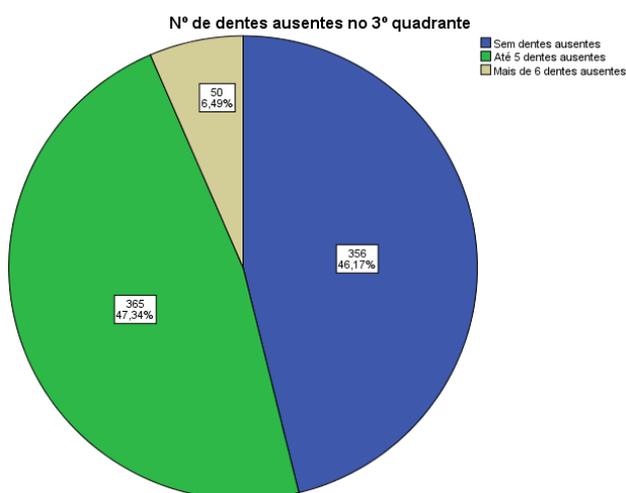


Gráfico 14. Dentes ausentes no 3º quadrante

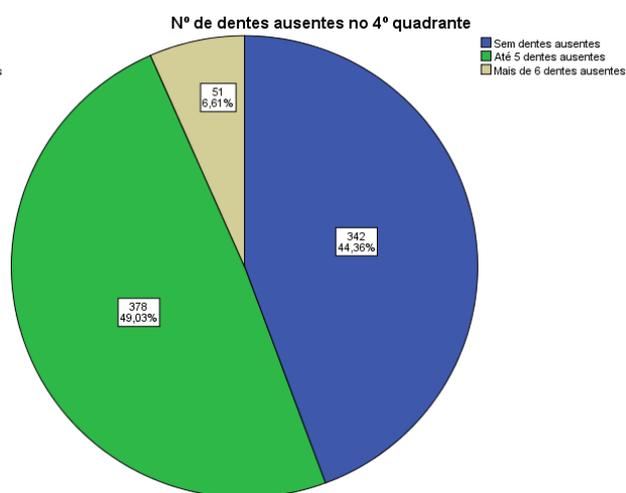


Gráfico 15. Dentes ausentes no 4º quadrante

No que se refere à classificação da desdentação verificou-se, que tanto na maxila, como na mandíbula, a classe de Kennedy mais frequente é a classe III

(28,15% e 29,44%, respectivamente) e a menos frequente é a classe I na maxila (2,72%) e a classe IV na mandíbula (2,85%) -Gráficos 16 e 17

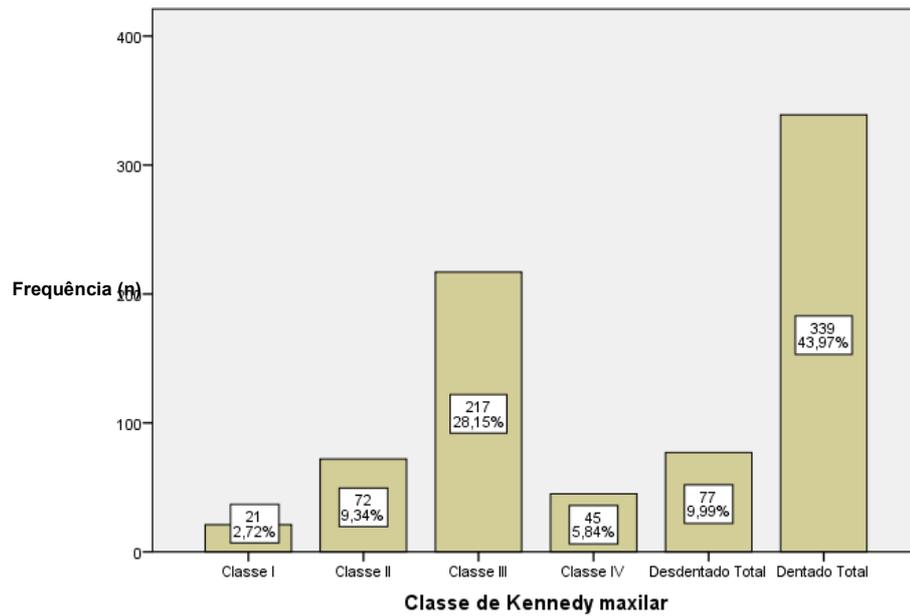


Gráfico 16. Classificação de Kennedy Modificada maxilar

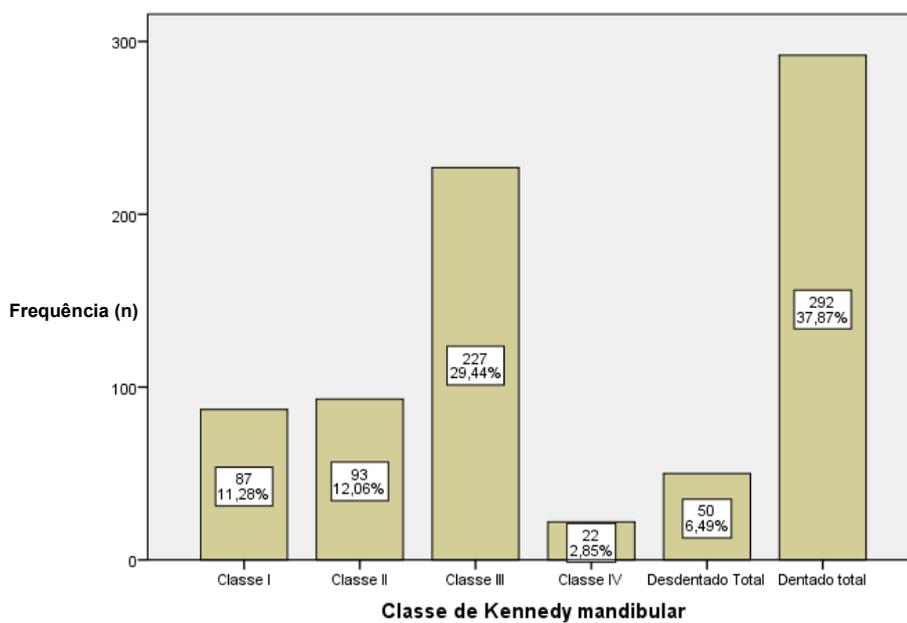


Gráfico 17. Classificação de Kennedy Modificada mandibular

Quando realizado o teste do χ^2 entre o género e a Classificação de Kennedy Modificada maxilar e mandibular, não é encontrada uma relação com significado estatístico - $p=0,194$ e $p=0,052$, respetivamente (Gráficos 18 e 19).

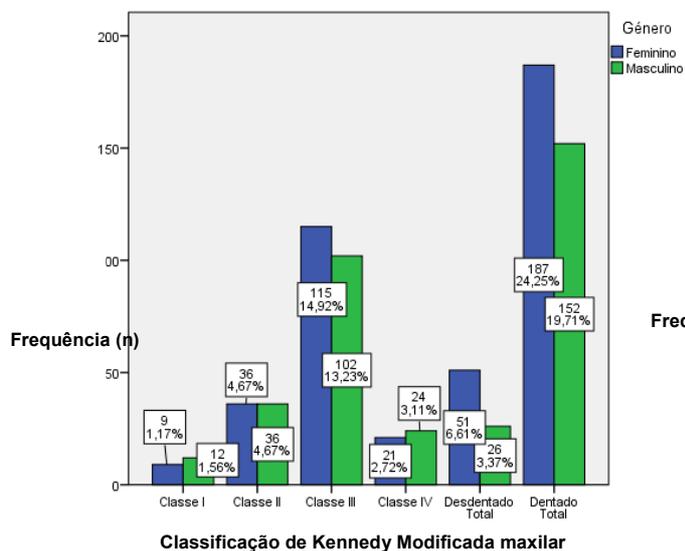


Gráfico 18. Distribuição da amostra de acordo com o género e a desdentação maxilar

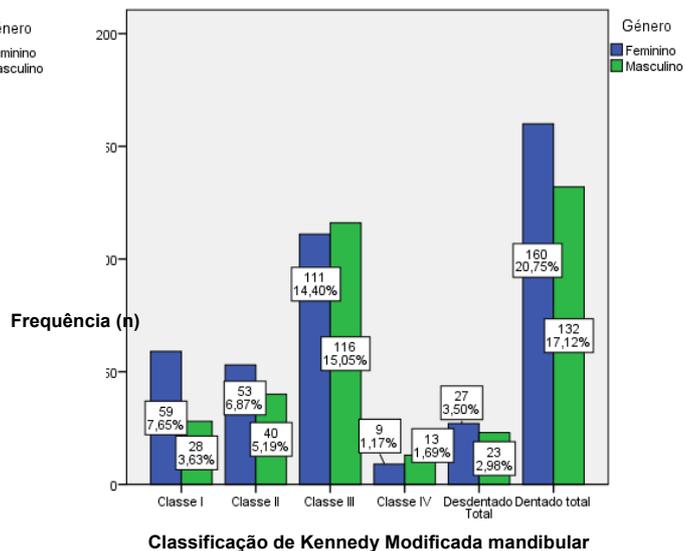


Gráfico 19. Distribuição da amostra de acordo com o género e a desdentação mandibular

No que se refere à idade, foi possível aferir que esta influência a classificação de Kennedy Modificada (maxilar e mandibular). Sendo assim, quanto maior a idade, pior é a classificação de Kennedy, isto é, o aumento de dentes ausentes está relacionado com o aumento da idade. (Gráficos 20 e 21)

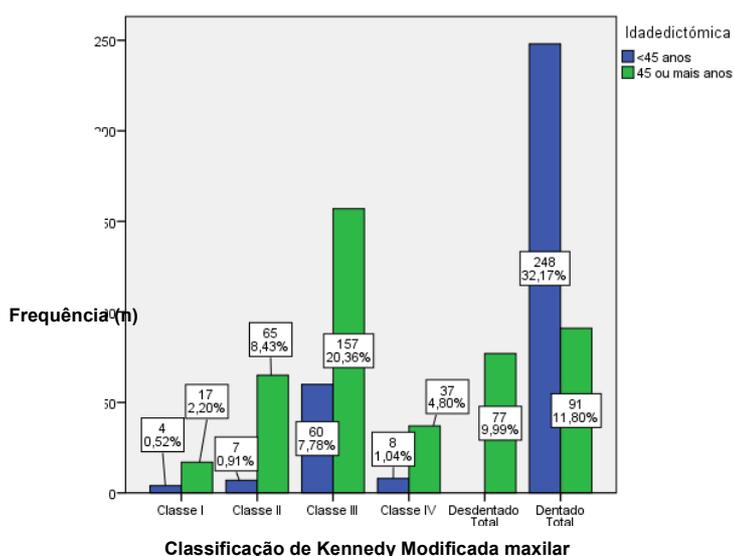


Gráfico 20. Distribuição da amostra de acordo com a idade e a desdentação maxilar

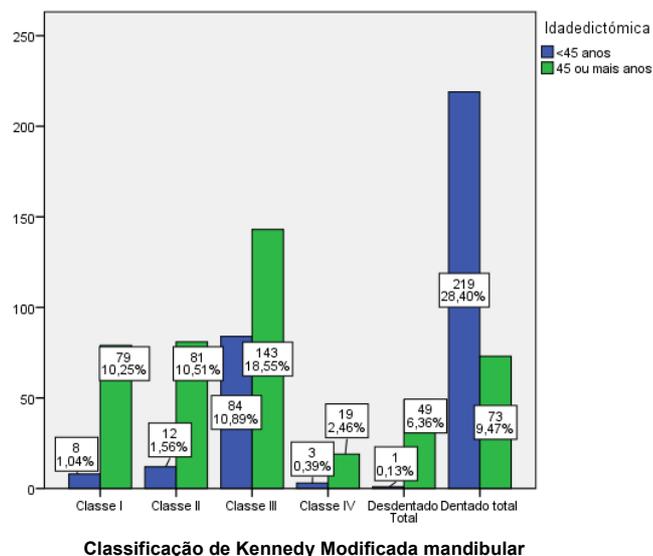


Gráfico 21. Distribuição da amostra de acordo com a idade e a desdentação mandibular

DENTES SUBSTITUIDOS POR IMPLANTES

No que se refere ao número de implantes, das 771 fichas clínicas analisadas, 734 pacientes não tinham nenhum implante (95,2%). A presença de 1 implante foi observada apenas em 17 pacientes (2,2%) e o número máximo de implantes foi de 5, sendo este associado apenas a 3 pacientes (0,4%) - Gráfico 22.

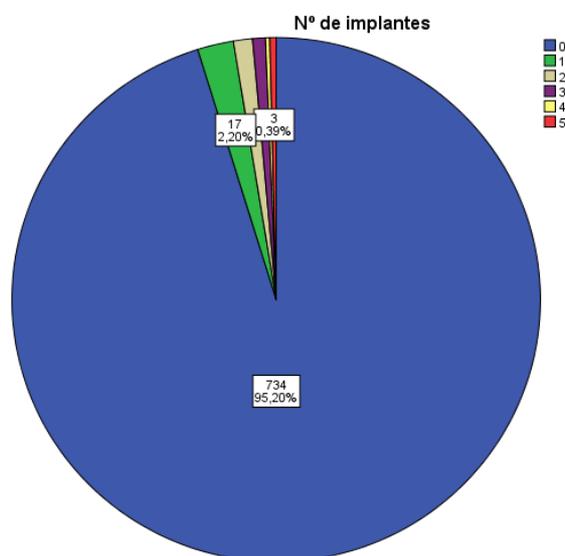


Gráfico 22. Número de implantes por paciente

DENTES COM PRÓTESE FIXA

Em relação aos dentes que são pilares de Prótese Fixa, das 771 fichas clínicas analisadas, 723 (93,8%) não tinham qualquer dente pilar de prótese fixa e 19 (2,5%) fichas, tinham apenas 1 dente pilar de Prótese Fixa (Gráfico 23).

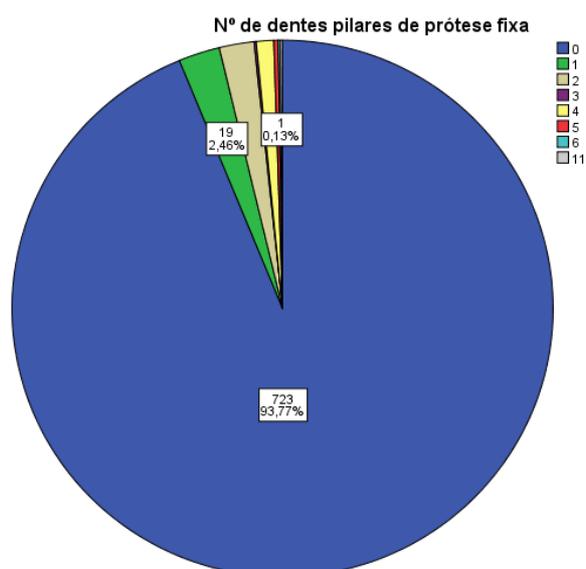


Gráfico 23. Número de dentes pilar de prótese fixa

3.3.2. Medicina Dentária Conservadora

DENTES CARIADOS

A média dos dentes cariados por paciente é de 1,39 dentes, sendo que a média na maxila é superior à da mandíbula (0,68>0,59). Nesta análise descritiva é possível concluir, ainda, que o setor posterior tem maior quantidade de dentes cariados que o setor anterior (Tabela 3).

Tabela 3. Dentes cariados

Nº de dentes cariados	Total	Maxila	Mandíbula	Setor anterior	Setor posterior
N/Válido	771	771	771	771	771
Média	1,39	0,68	0,59	0,41	0,86
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	29	14	11	12	13

Através da realização do teste do χ^2 é possível aferir que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o número de dentes cariados e o género ($p=0,702$). Porém, quando relacionadas as variáveis dentes cariados e idade, é possível concluir que estas são relacionáveis ($p=0,000$). Neste caso, quanto maior a idade, maior o número de dentes cariados (Gráfico 24).

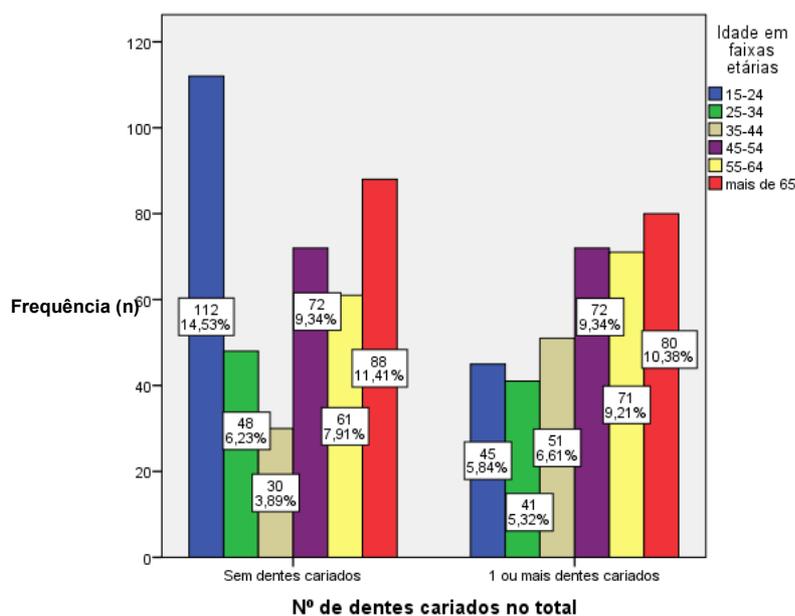


Gráfico 24. Distribuição do nº de dentes cariados de acordo com a idade

Quando a amostra é organizada por quadrantes, é possível verificar que o 1º (n=173) e o 2º (n=177) quadrante tem maior número de dentes cariados (Gráficos 25, 26, 27 e 28).

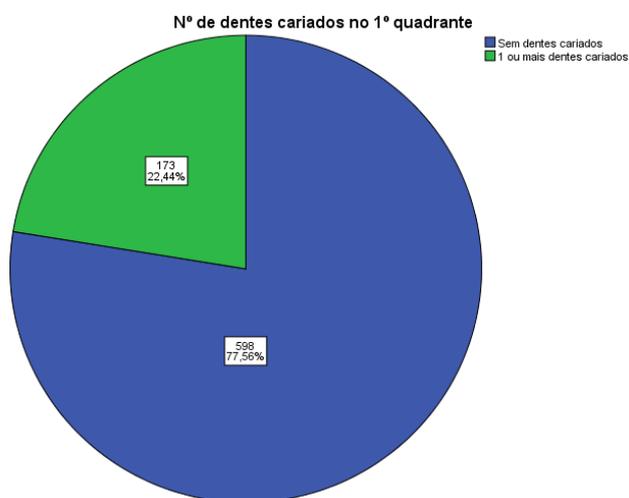


Gráfico 25. Dentes cariados no 1º quadrante

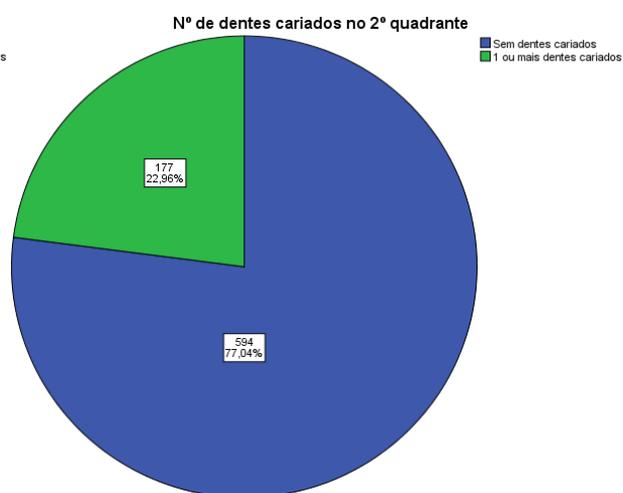


Gráfico 26. Dentes cariados no 2º quadrante

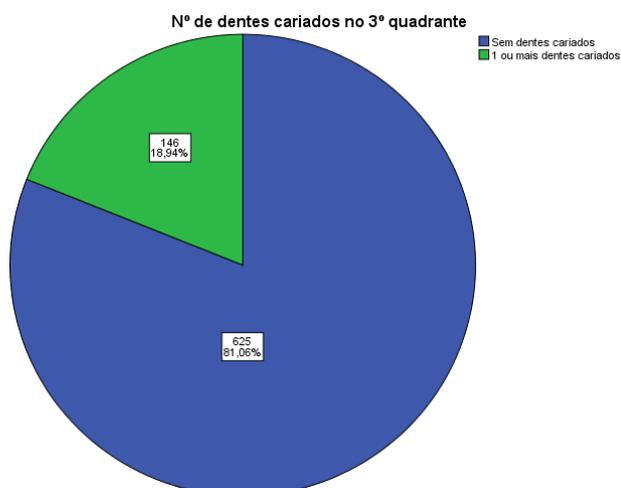


Gráfico 27. Dentes cariados no 3º quadrante

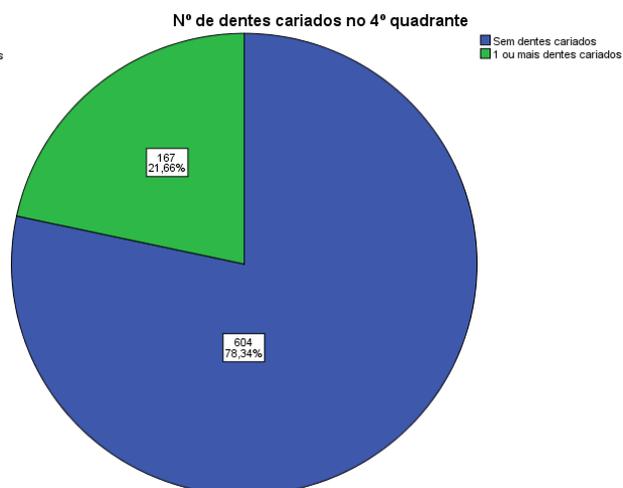


Gráfico 28. Dentes cariados no 4º quadrante

DENTES COM TRATAMENTO ENDODONTICO

Quando analisados os dentes que apresentavam tratamento endodôntico, verifica-se que o setor posterior e a maxila, são os mais afetados. (Tabela 4)

Quando relacionadas as variáveis, número de dentes com tratamento endodôntico com o género e a idade, obtêm-se relações estatisticamente significa-

tivas ($p=0,023$ e $p=0,000$ respetivamente). As mulheres têm mais dentes endodnciados que os homens e quanto maior a idade, maior o número de dentes endodnciados.

Tabela 4. Dentes com tratamento endodôntico

Nº de dentes endodnciados	Total	Maxila	Mandíbula	Setor anterior	Setor posterior
N/Válido	771	771	771	771	771
Média	1,01	0,59	0,41	0,26	0,74
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	7	5	4	5	6

Com a análise dos gráficos 29, 30, 31 e 32, conclui-se que o 1º quadrante ($n=184$; 23,87%) é o que tem mais dentes com tratamento endodôntico, seguindo-se o 2º (20,75%) e o 3º (18,29%) quadrantes.

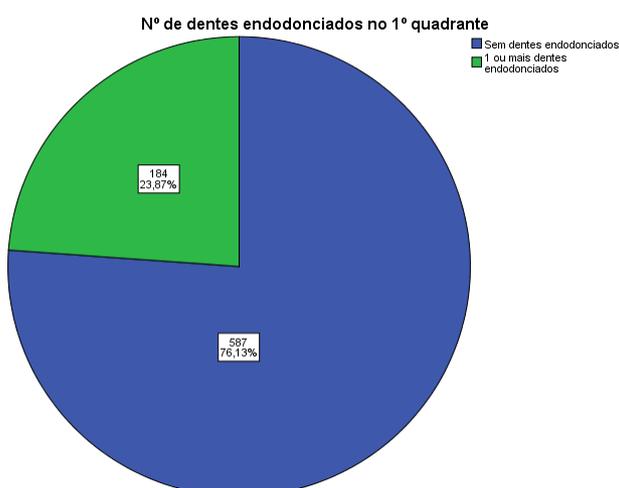


Gráfico 29. Dentes endodnciados no 1º quadrante

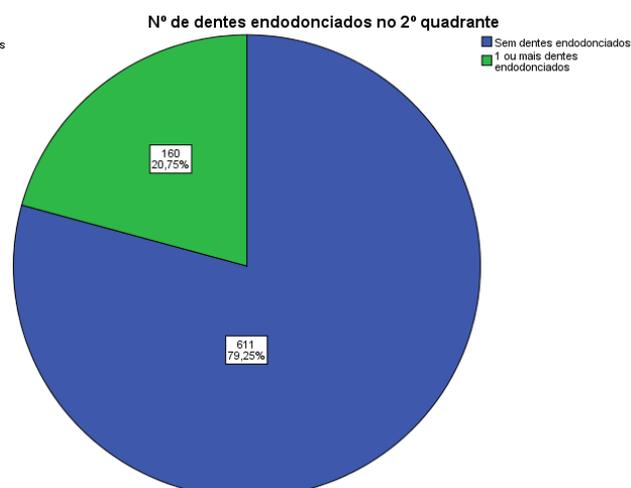


Gráfico 30. Dentes endodnciados no 2º quadrante

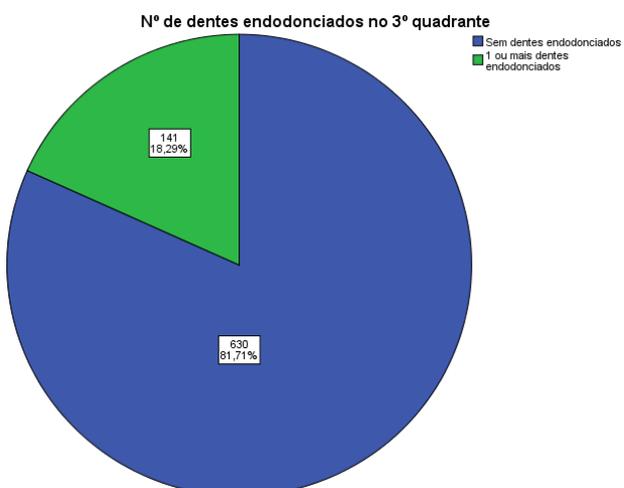


Gráfico 31. Dentes endodnciados no 3º quadrante

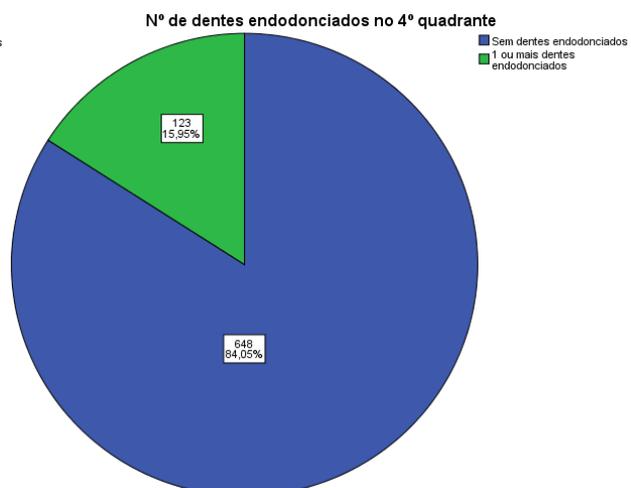


Gráfico 32. Dentes endodnciados no 4º quadrante

DENTES RESTAURADOS

Nas 771 fichas clínicas consultadas, verifica-se que os dentes mais restaurados se encontram na maxila e no setor posterior (Tabela 5).

Tabela 5. Dentes obturados

Nº de dentes obturados	Total	Maxila	Mandíbula	Setor anterior	Setor posterior
N/Válido	771	771	771	771	771
Média	4,44	2,56	1,71	1,05	3,24
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	24	14	12	12	15

Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis, número de dentes obturados e o género ($p=0,000$), assim como com a idade ($p=0,000$).

Os pacientes do sexo feminino e com uma idade mais avançada, tendem a ter mais restaurações em boca.

Quando organizados por quadrante, é possível observar que o 1º quadrante tem uma maior percentagem de 1 a 5 restaurações ($n=397$; 51,49%). Já o 3º quadrante é o que tem uma maior percentagem de dentes sem restaurações ($n=402$; 52,14%) - Gráficos 33, 34, 35 e 36.

3.3.3. Cirurgia Oral

DENTES PERDIDOS

Em relação aos dentes perdidos, estes são mais frequentes no setor posterior que no setor anterior, sendo que são igualmente frequentes na maxila e na mandíbula (Tabela 6).

Não encontramos uma relação estatisticamente significativa entre os dentes perdidos e o género ($p=0,207$). Porém, quando relacionadas as variáveis “dentes perdidos” e a idade, é possível aferir que estas têm uma relação estatisticamente significativa ($p=0,043$). Um maior número de dentes perdidos está associado a uma idade mais avançada (>65 anos) - Gráfico 37.

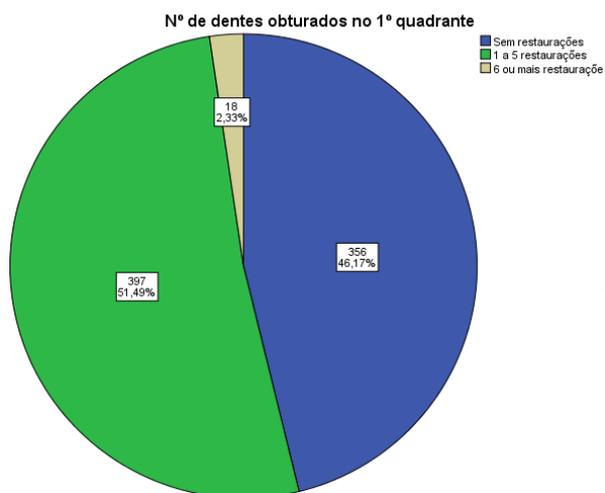


Gráfico 33. Dentes obturados no 1º quadrante

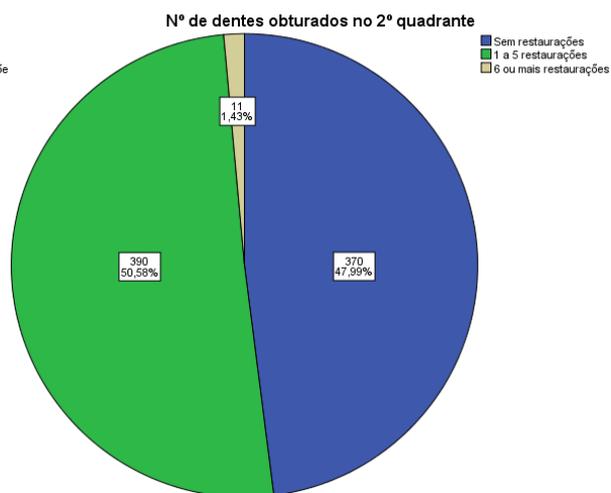


Gráfico 34. Dentes obturados no 2º quadrante

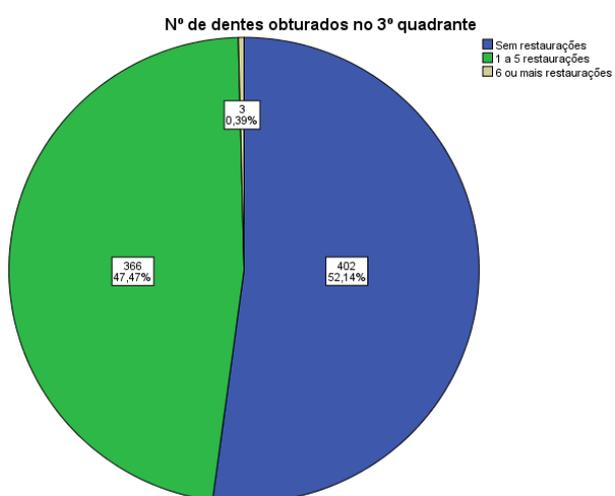


Gráfico 35. Dentes obturados no 3º quadrante

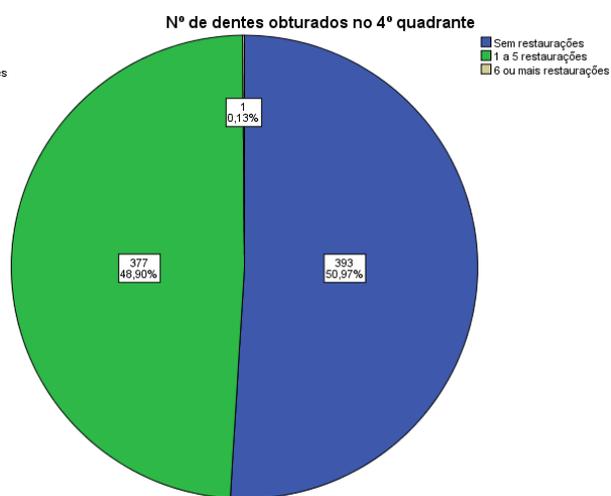


Gráfico 36. Dentes obturados no 4º quadrante

Tabela 6. Dentes perdidos

Nº de dentes perdidos	Total	Maxila	Mandíbula	Setor anterior	Setor posterior
N/Válido	771	771	771	771	771
Média	0,08	0,04	0,04	0,01	0,06
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	7	3	3	2	4

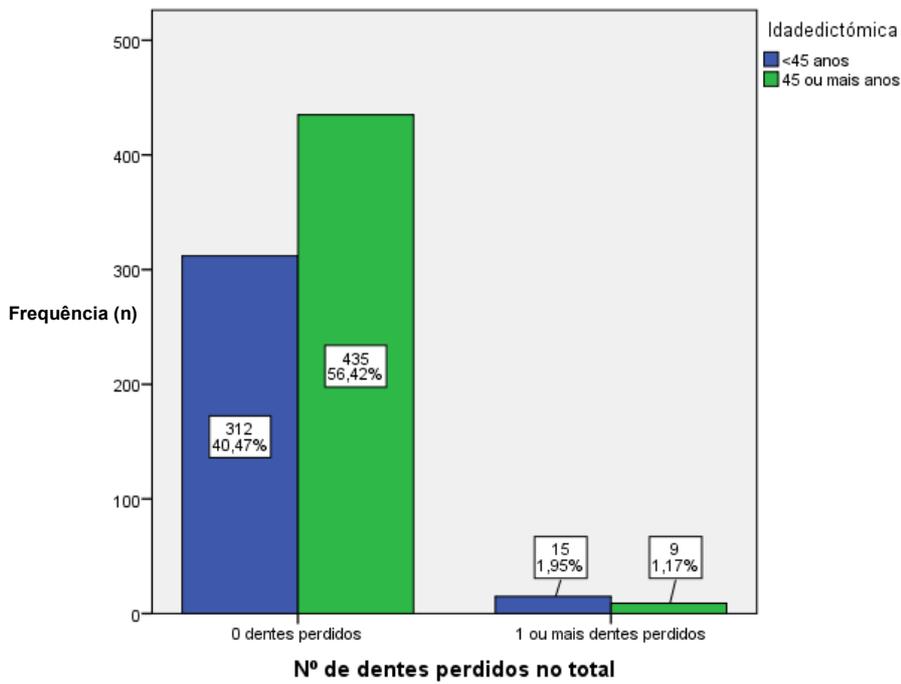


Gráfico 37. Distribuição dos dentes perdidos de acordo com a idade

No que se refere à distribuição de dentes perdidos por quadrante, verifica-se que o 3º quadrante (n=14; 1,82%) é o que detém maior número de dentes perdidos, seguindo-se o 2º (n=12; 1,56%) e o 1º quadrante (n=11; 1,43%) - Gráficos 38, 39, 40 e 41.

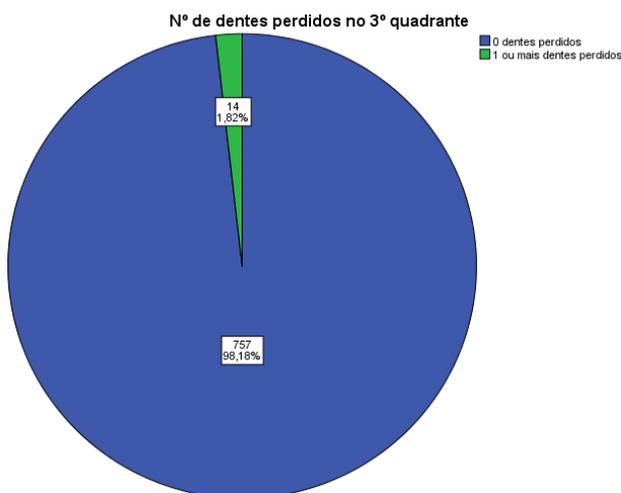


Gráfico 38. Dentes perdidos no 1º quadrante



Gráfico 39. Dentes perdidos no 2º quadrante



Gráfico 40. Dentes perdidos no 3º quadrante

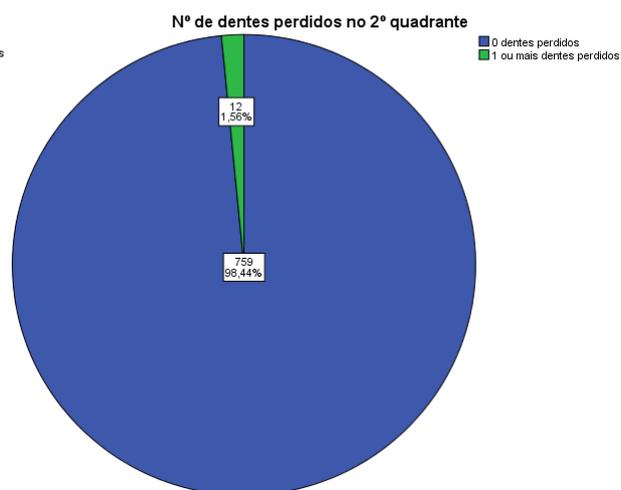


Gráfico 41. Dentes perdidos no 4º quadrante

DENTES INCLUSOS

Em relação aos dentes inclusos, verifica-se que estes têm igual frequência na maxila e na mandíbula. Porém, o setor posterior é o que regista o maior número (Tabela 7).

Tabela 7. Dentes inclusos

Nº de dentes inclusos	Total	Maxila	Mandíbula	Setor anterior	Setor posterior
N/Válido	771	771	771	771	771
Média	0,16	0,01	0,01	0,00	0,01
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	7	3	2	1	5

Através da análise do Gráfico 42, é possível observar que 728 (94,42%) pacientes não têm nenhum dente incluído.

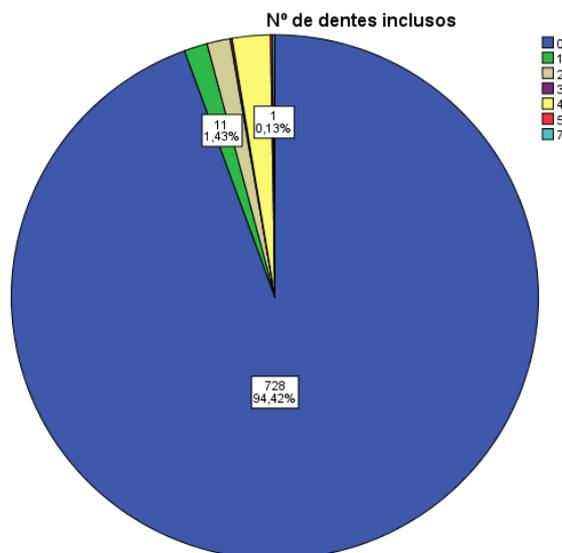


Gráfico 42. Número de dentes inclusos

3.4. Principais resultados a considerar da análise descritiva

Como forma de resumo dos resultados, a partir da análise das tabelas 8, 9, 10 e 11 pode concluir-se que:

1. A maioria dos dentes regista-se como saudável.
2. Os sisos são os dentes inclusos mais frequentes nos 4 quadrantes.
3. O dente mais frequentemente ausente é o 46 (47,08%), seguindo-se o 36 (45,4%), o 26 (34,5%) e o 16 (33,1%).
4. O 37 é o dente mais frequentemente cariado (7,5%), seguindo-se o dente 26 (6,9%), o dente 16 (6,7%) e o dente 44 (6,1%).
5. Em relação aos dentes mais frequentemente restaurados, são o 16 (30,4%), 26 (26,5%), 47 (24,0%) e 37 (23,0%).

A informação sobre a condição de cada peça dentária individualmente pode ser consultada no Anexo 2.

Tabela 8. Condição dos dentes do 1º quadrante

Dente	Saudável	Cariado	Restaurado	Endodonciado	Pilar de P. Fixa	Ausente	Incluso	Perdido	Implante
11	438 (56,8%)	35 (4,5%)	141 (18,3%)	28 (3,6%)	11 (1,4%)	116 (15,1%)	0	0	2 (0,3%)
12	463 (60,0%)	36 (4,7%)	113 (14,7%)	25 (3,2%)	7 (0,9%)	127 (16,5%)	0	0	0
13	504 (65,4%)	31 (4,0%)	92 (11,9%)	28 (3,6%)	8 (1,0%)	103 (13,4%)	2 (0,3%)	2 (0,3%)	1 (0,1%)
14	322 (41,7%)	32 (4,2%)	138 (17,9%)	46 (6,0%)	7 (0,9%)	216 (28,0%)	0	2 (0,3%)	8 (1,0%)
15	297 (38,5%)	34 (4,4%)	140 (18,2%)	50 (6,5%)	6 (0,8%)	234 (30,4%)	0	2 (0,3%)	8 (1,0%)
16	172 (22,3%)	52 (6,7%)	234 (30,4%)	46 (6,0%)	5 (0,7%)	255 (33,1%)	1 (0,1%)	5 (0,7%)	1 (0,1%)
17	337 (43,7%)	44 (5,7%)	167 (21,7%)	20 (2,3%)	1 (0,1%)	198 (25,7%)	1 (0,1%)	3 (0,4%)	0
18	612 (79,4%)	20 (2,6%)	32 (4,2%)	0	0	77 (10,0%)	29 (3,8%)	1 (0,1%)	0

Tabela 9. Condição dos dentes do 2º quadrante

Dente	Saudável	Cariado	Restaurado	Endodonciado	Pilar de P. Fixa	Ausente	Incluso	Perdido	Implante
21	458 (59,4%)	40 (5,2%)	120 (15,6%)	27 (3,5%)	8 (1,0%)	116 (15,1%)	0	0	2 (0,3%)
22	456 (59,1%)	34 (4,4%)	113 (14,7%)	28 (3,6%)	6 (0,8%)	133 (17,3%)	0	0	1 (0,1%)
23	525 (68,1%)	22 (2,9%)	80 (10,4%)	24 (3,1%)	2 (0,3%)	115 (14,9%)	3 (0,4%)	0	0
24	365 (47,3%)	26 (3,4%)	125 (16,2%)	35 (4,5%)	4 (0,5%)	206 (26,7%)	0	2 (0,3%)	8 (1,0%)
25	338 (43,8%)	23 (3,0%)	140 (18,2%)	37 (4,8%)	3 (0,4%)	219 (28,4%)	0	7 (0,9%)	4 (0,5%)
26	188 (24,4%)	53 (6,9%)	204 (26,5%)	42 (5,5%)	3 (0,4%)	266 (34,5%)	0	6 (0,8%)	9 (1,2%)
27	331 (42,9%)	51 (6,6%)	159 (20,6%)	14 (1,8%)	4 (0,5%)	209 (27,1%)	0	2 (0,3%)	1 (0,1%)
28	634 (82,2%)	19 (2,5%)	22 (2,9%)	0	0	73 (9,5%)	23 (3,0%)	0	0

Tabela 10. Condição dos dentes do 3º quadrante

Dente	Saudável	Cariado	Restaurado	Endodonciado	Pilar de P. Fixa	Ausente	Incluso	Perdido	Implante
31	662 (85,9%)	10 (1,3%)	20 (2,6%)	8 (1,0%)	2 (0,3%)	69 (9,0%)	0	0	0
32	679 (88,1%)	14 (1,8%)	13 (1,7%)	3 (0,4%)	3 (0,4%)	59 (7,7%)	0	0	0
33	649 (84,2%)	28 (3,6%)	31 (4,0%)	13 (1,7%)	2 (0,3%)	45 (5,8%)	0	3 (0,4%)	0
34	545 (70,7%)	27 (3,5%)	83 (10,8%)	17 (2,2%)	3 (0,4%)	95 (12,3%)	0	0	1 (0,1%)
35	446 (57,9%)	30 (3,9%)	124 (16,1%)	39 (5,1%)	2 (0,3%)	126 (16,3%)	0	1 (0,1%)	3 (0,4%)
36	132 (17,1%)	47 (6,1%)	176 (22,8%)	48 (6,2%)	3 (0,4%)	350 (45,4%)	1 (0,1%)	10 (1,3%)	4 (0,5%)
37	257 (33,3%)	58 (7,5%)	177 (23,0%)	27 (3,5%)	3 (0,4%)	236 (30,6%)	1 (0,1%)	9 (1,2%)	3 (0,4%)
38	646 (83,8%)	14 (1,8%)	33 (4,3%)	5 (0,7%)	1 (0,1%)	45 (5,8%)	26 (3,4%)	1 (0,1%)	0

Tabela 11. Condição dos dentes do 4º quadrante

Dente	Saudável	Cariado	Restaurado	Endodenciado	Pilar de P. Fixa	Ausente	Incluso	Perdido	Implante
41	664 (86,1%)	13 (1,7%)	19 (2,5%)	4 (0,5%)	3 (0,4%)	68 (8,8%)	0	0	0
42	664 (86,1%)	19 (2,5%)	23 (3,0%)	3 (0,4%)	2 (0,3%)	60 (7,8%)	0	0	0
43	635 (82,4%)	28 (3,6%)	35 (4,5%)	10 (1,3%)	3 (0,4%)	60 (7,8%)	0	0	0
44	511 (66,3%)	47 (6,1%)	98 (12,7%)	22 (2,9%)	1 (0,1%)	91 (11,8%)	0	0	1 (0,1%)
45	435 (56,4%)	40 (5,2%)	128 (16,6%)	30 (3,9%)	1 (0,1%)	135 (17,5%)	0	1 (0,1%)	1 (0,1%)
46	143 (18,6%)	35 (4,5%)	167 (21,7%)	49 (6,4%)	3 (0,4%)	363 (47,1%)	0	5 (0,7%)	6 (0,8%)
47	272 (35,3%)	46 (6,0%)	185 (24,0%)	25 (3,2%)	1 (0,1%)	235 (30,5%)	2 (0,3%)	4 (0,5%)	1 (0,1%)
48	638 (82,8%)	22 (2,9%)	32 (4,4%)	2 (0,3%)	0	50 (6,5%)	26 (3,4%)	1 (0,1%)	0

3.5. Estatística inferencial da condição dentária

- Entre os dentes cariados e os dentes restaurados ($p=0,000$), há uma relação positiva com significado estatístico. Quanto mais dentes cariados, mais dentes restaurados (Gráfico 43).

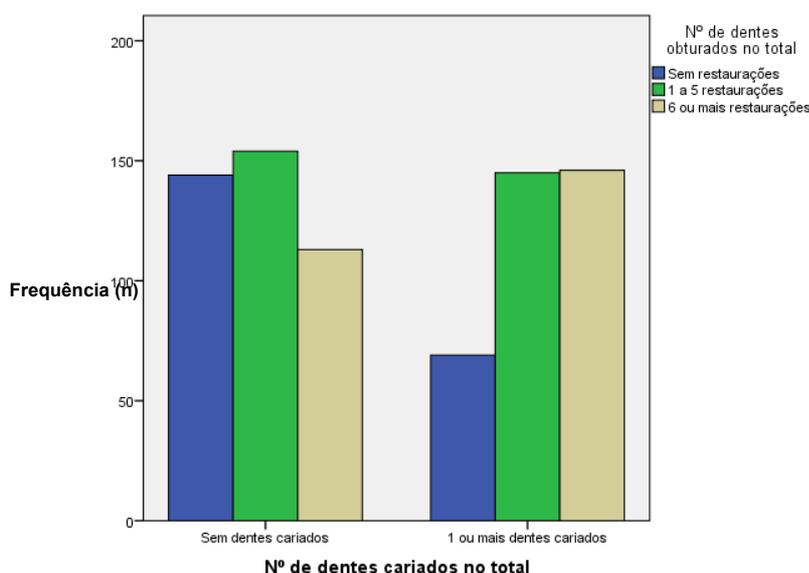


Gráfico 43. Relação entre os dentes cariados e os dentes restaurados

- Entre os dentes cariados e os dentes ausentes ($p=0,000$), há uma relação positiva com significado estatístico, uma vez que quantos mais dentes cariados, mais dentes ausentes (Gráfico 44).

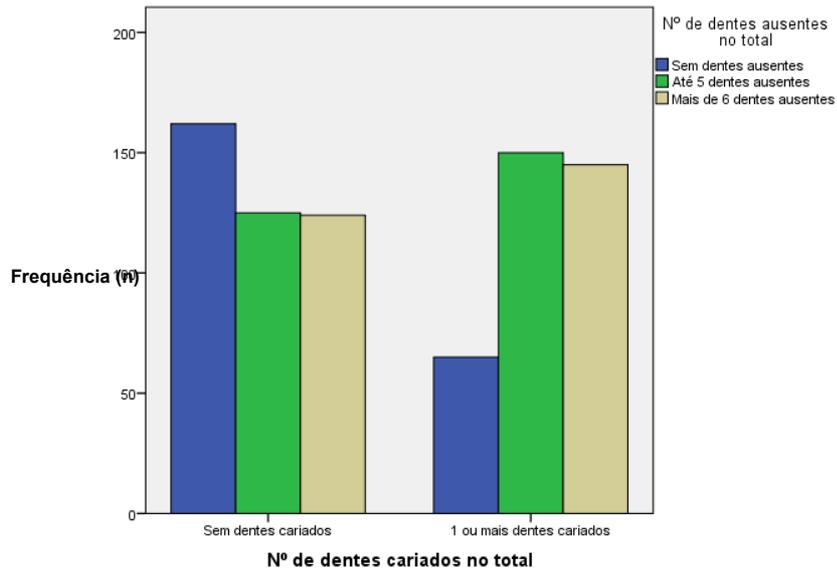


Gráfico 44. Relação entre os dentes cariados e os dentes ausentes

- Entre os dentes cariados e os dentes perdidos ($p=0,000$), há uma relação positiva com significado estatístico. Quanto mais dentes cariados, mais dentes perdidos (Gráfico 45).

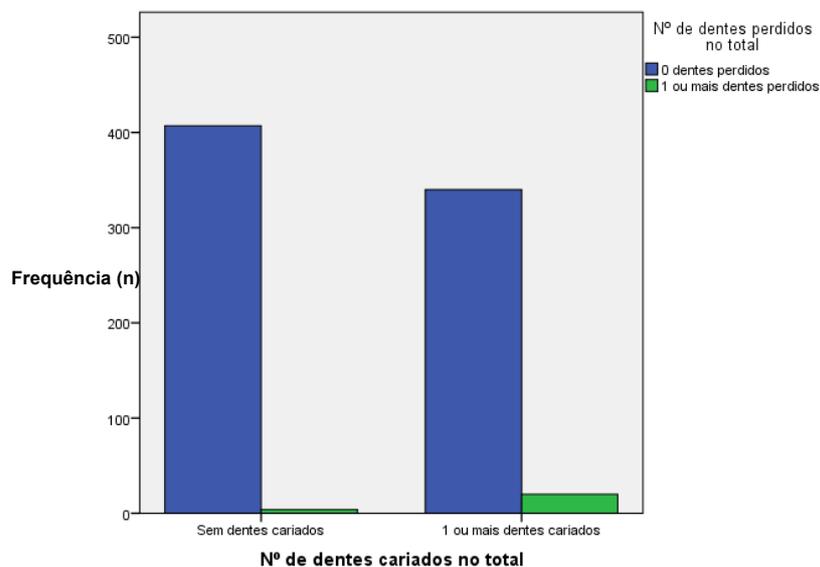


Gráfico 45. Relação entre os dentes cariados e os dentes perdidos

- Entre os dentes cariados e os dentes com tratamento endodôntico ($p=0,000$), há uma relação positiva com significado estatístico: quanto mais dentes cariados, mais dentes com tratamento endodôntico (Gráfico 46).

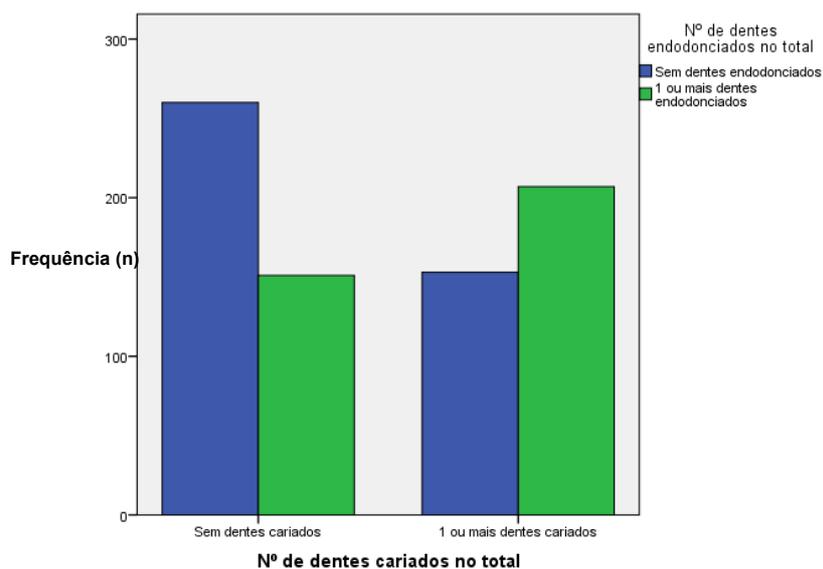


Gráfico 46. Relação entre os dentes cariados e os dentes endodnciados

- Entre os dentes restaurados e os dentes perdidos, não existe relação estatisticamente significativa ($p=0,643$) - Gráfico 47.

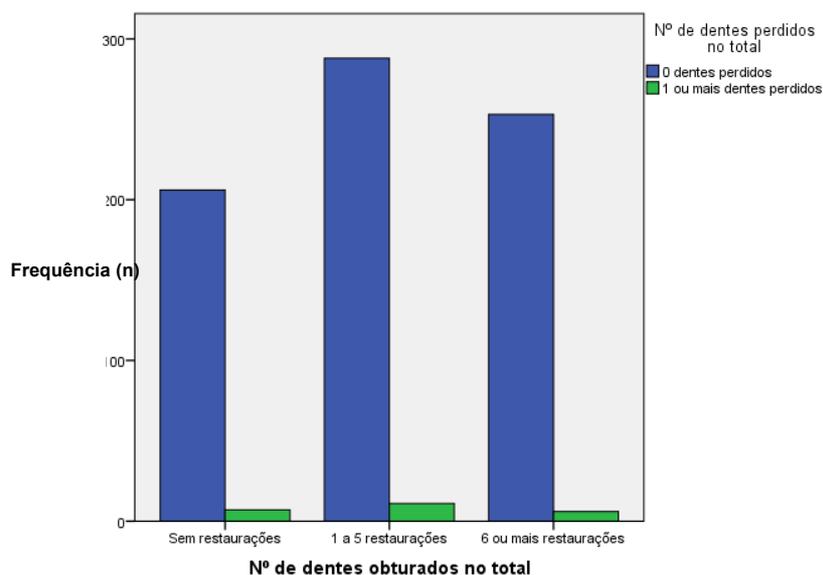


Gráfico 47. Relação entre os dentes restaurados e os dentes perdidos

- Entre os dentes restaurados e os dentes com tratamento endodntico verifica-se uma relação estatisticamente significativa ($p=0,000$) em que quantos mais dentes restaurados, mais dentes endodnciados (Gráfico 48).

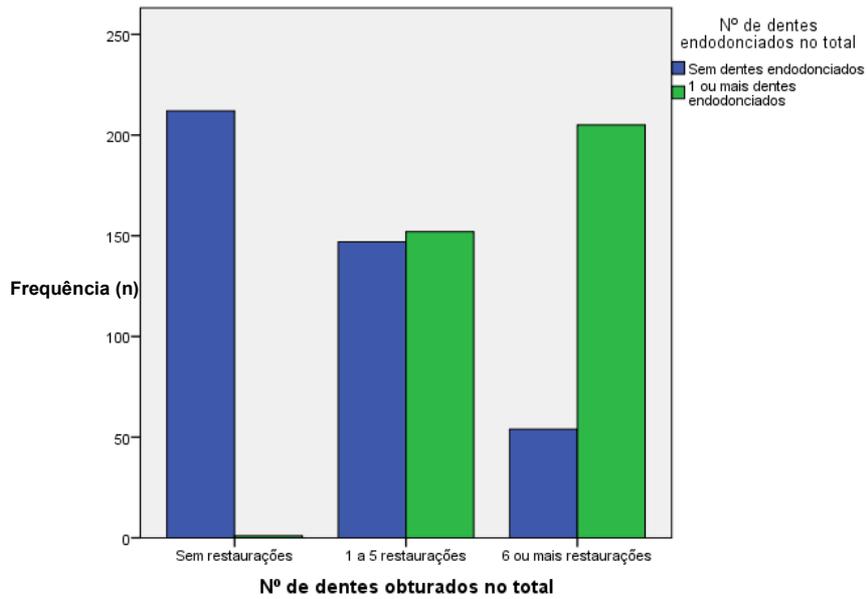


Gráfico 48. Relação entre os dentes restaurados e os dentes endodoncios

- Entre os dentes restaurados e os dentes ausentes, há uma relação com significado estatístico positivo ($p=0,000$). Ou seja, quantos mais dentes restaurados, mais dentes ausentes (Gráfico 49).

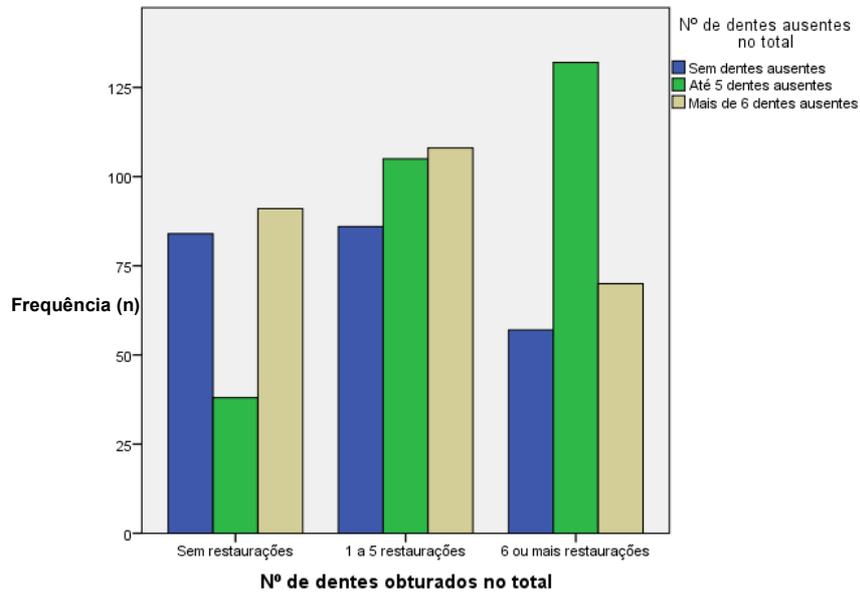


Gráfico 49. Relação entre os dentes restaurados e os dentes ausentes

- Entre os dentes perdidos e os dentes com tratamento endodôntico, não existe uma relação significativa ($p=0,085$) - Gráfico 50.

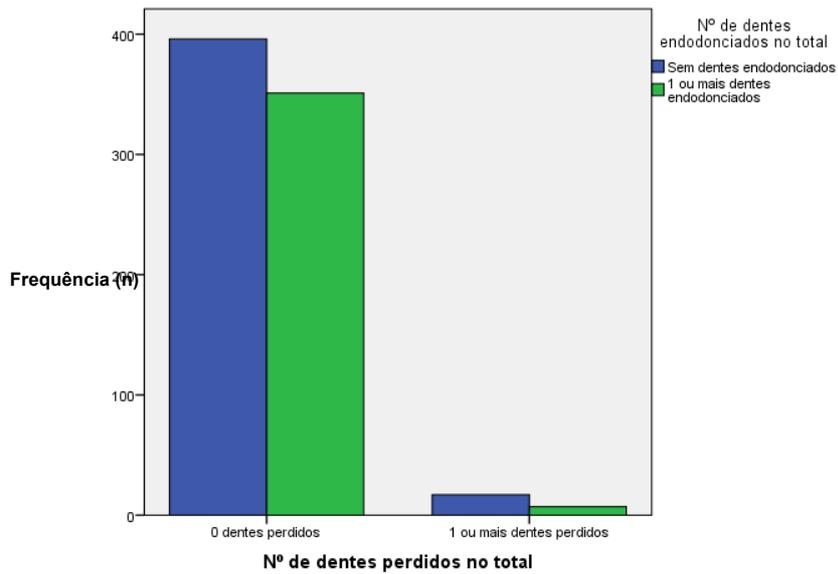


Gráfico 50. Relação entre os dentes perdidos e os dentes endodonciados

- Entre os dentes perdidos e os dentes ausentes também não registamos relação estatística significativa ($p=0,094$) - Gráfico 51.

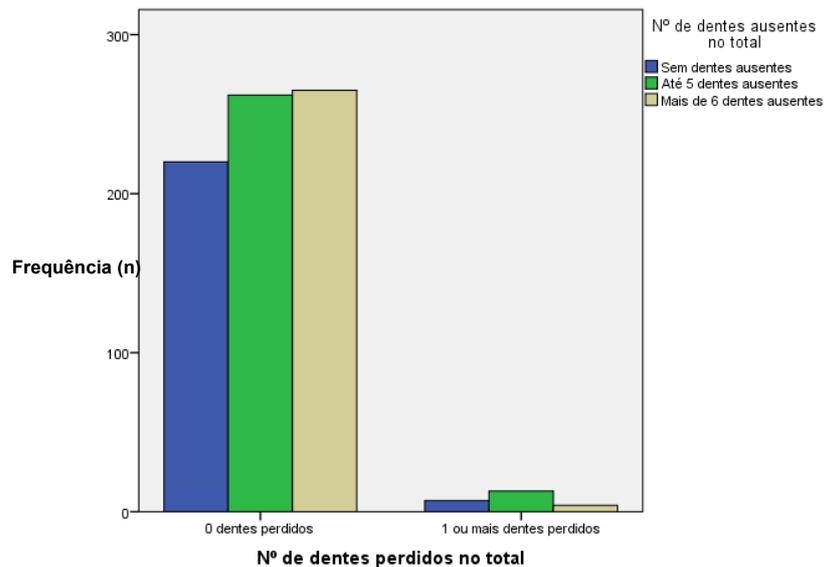


Gráfico 51. Relação entre os dentes perdidos e os dentes ausentes

- Entre os dentes com tratamento endodôntico e os dentes ausentes já existe uma relação positiva com significância estatística ($p=0,000$). Quanto mais dentes endodonciados, mais dentes ausentes (Gráfico 52).

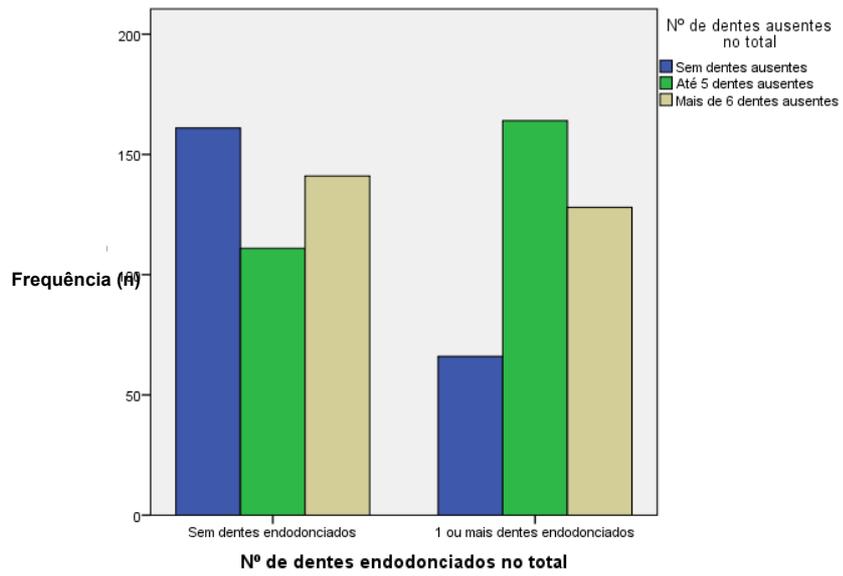


Gráfico 52. Relação entre os dentes endodunciados e os dentes ausentes

DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

4.1. Ensino da Medicina Dentária em Portugal

Como previamente referido na introdução deste trabalho, são sete as instituições de ensino superior que conferem o grau de Mestre em Medicina Dentária, cujos respetivos planos de estudo apresentam diferentes cargas horárias e nomenclaturas, para as suas áreas disciplinares clínicas. Por estas razões não nos é permitido fazer uma análise comparativa com o rigor exigido.

Muito embora os planos de estudo sejam na sua essência transversais a todas as instituições, as características populacionais resultantes, entre outros fatores, da sua localização geográfica distinta, levam-nos a questionar a sua adequação ao meio em que se inserem. Por isso parece-nos importante caracterizar as necessidades terapêuticas dos pacientes que frequentam cada uma das Clínicas Dentárias Universitárias, para se poder adequar, tanto quanto possível, as cargas horárias das diferentes unidades disciplinares, permitindo aos estudantes estarem mais preparados para responder às especificidades das patologias que a “sua” população mais frequentemente apresenta.

4.2. Metodologia do estudo e população

Tendo em consideração o principal objetivo desta investigação, a amostra recolhida incidir sobre a população que ativamente procura os tratamentos dentários da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa está fundamentada. Para além disso a opção pelas fichas clínicas gerada no último ano civil completo (2018), representa a atualidade da população em causa. Assim, apesar de estarmos perante uma amostra de conveniência, esta é a que mais de aproxima da realidade clínica com que os estudantes se deparam na termino da sua formação.

A recolha de dados foi efetuada apenas pelo investigador principal durante os seus períodos letivos livres e mediante a disponibilidade de acesso aos pro-

gramas informáticos em causa. como forma de não prejudicar o correto funcionamento da Clínica. Assim, e apesar de ser um processo de mais moroso, objetivam-se os dados e excluem-se os erros.

Estudos clínicos com pacientes ficam condicionados pela disponibilidade ou vontade dos indivíduos em participar, o que limita e condiciona a amostra. Assim, optando por uma avaliação da ficha clínica e radiográfica, dentro da população alvo apenas são excluídos os pacientes que não cumprem os critérios de inclusão. Por outro lado, a permissão do Diretor Clínico para o acesso aos dados e o facto de cada paciente assistido na Clínica Universitária da UCP consentir, por assinatura de consentimento informado, a recolha dos mesmos, permitiu tornar este estudo “independente” da expressa vontade do paciente.

Ainda assim, a carência de um exame clínico objetivo é uma das principais limitações deste trabalho. A avaliação radiográfica não constitui por si só um método eficaz. Embora permita, de uma forma geral, a identificação da condição dentária, torna-se difícil a deteção de pequenas cáries ou restaurações e, até mesmo, averiguar se estamos perante um dente perdido ou de um dente com possibilidade de restauração. Com isto acreditamos que, no que se refere a dentes cariados, perdido e obturados, os nossos resultados possam estar condicionados.

Em relação aos dados recolhidos nas 771 fichas clínicas e no que respeita ao género, 419 (54,35%) pertencem ao género feminino e 352 (45,65%), pertencem ao género masculino. Por esta análise, podemos afirmar que o género predominante neste estudo é o feminino, estando este resultado de acordo com o da população portuguesa em geral aferido pelo Censos 2011³⁰, bem como com a amostra de um estudo realizado no ano de 2018³¹, que também incidiu sobre a população da Clínica Universitária da UCP.

A opção pela exclusão das fichas com ortopantomografias pertencentes a pacientes com idade inferior a 15 anos deve-se ao facto de até esta idade estarmos, muitas das vezes, perante pacientes com a dentição permanente incompleta e/ou com a existência de alguns dentes decíduos. Por outro lado, dada a

obrigatoriedade de cada aluno do MIMD da UCP, abrir ficha e realizar ortopantomografia, levou-nos à exclusão dos mesmos de modo a aproximar a amostra em estudo da realidade clínica.

Pelo exposto, a nossa amostra tem como idade mínima os 15 anos e a ficha clínica pertencente ao paciente mais idoso regista a idade de 90 anos. Como mediana observamos a idade de 48 anos. Quando comparada com a mediana de 46 anos, obtida num estudo semelhante, realizado por Oliveira C³¹ no ano de 2018 na UCP, pode concluir-se que são semelhantes. A comparação com outros estudos torna-se difícil uma vez que geralmente temos valores de média como medida de tendência central e amostras restritas a determinadas áreas disciplinares.

No entanto, se a análise incidir sobre as faixas etárias, verificamos que a faixa etária com mais indivíduos é a de “com mais de 65 anos” (21,79%), o que vai de encontro do Censos de 2011³⁰, onde se refere um aumento do envelhecimento populacional.

Ao analisarmos a distribuição da amostra de acordo com a profissão, verifica-se que, muitas vezes, este parâmetro não está preenchido na ficha dos pacientes, havendo apenas 41 pacientes em que encontramos a resposta a esta questão. Destes, a profissão mais predominante é a de “Estudante”, seguida, com igual frequência, de “Reformado” e “Empregada Doméstica”. Em face destes resultados e se compararmos com o estudo de Melo *et al.*³² de 2017, podemos afirmar que não são semelhantes. Segundo esse estudo, a profissão mais predominante é a de “Reformada/o”, seguindo-se “Desempregada/o” e “Empregada/o doméstica/o”. É importante ressaltar que o estudo de Melo *et al.*³², foi realizado numa amostra aleatória e com idade superior a 15 anos, na área metropolitana do Porto, que tem um nível socioeconómico diferente do de Viseu e, mais especificamente, da Clínica Universitária, normalmente frequentada por pessoas com poucos recursos económicos.

A avaliação da condição sistémica de cada paciente através da classificação ASA²⁶, revelou neste estudo a predominância de pacientes ASA I (paciente saudável) e ASA II (paciente com doença sistémica moderada, mas sem limitações),

o que corrobora os resultados de Oliveira C³¹. Isto pode ser justificado pela mediana de idade dos pacientes observados (48 anos), uma vez que a amostra deste estudo é maioritariamente jovem, logo a probabilidade da existência de patologias sistémicas é menor.

4.3. Hábitos de Higiene Oral e Hábitos Tabágicos

Relativamente aos hábitos de higiene oral, a maioria das fichas clínicas não estão corretamente preenchidas. No entanto, da informação que foi possível apurar, pode afirmar-se que a maior parte da população respondeu que lava os dentes duas vezes por dia, estando estes resultados de acordo com os obtidos por Melo *et al.*³², num estudo publicado em 2017 sobre hábitos de higiene oral na população portuguesa.

Num estudo, também de 2017¹⁶ que caracteriza o perfil de saúde dos portugueses, ficou demonstrado que, apesar do consumo de tabaco estar a diminuir, as mulheres fumam mais que os homens. Resultados semelhantes foram obtidos na nossa amostra.

Como forma de enquadrar as necessidades terapêuticas registadas na população estudada, a caracterização da condição dentária foi agrupada nas três grandes áreas da prática clínica em Medicina Dentária: a Reabilitação Oral, a Medicina Dentária Conservadora e a Cirurgia Oral.

4.4. Reabilitação Oral

A necessidade de tratamentos reabilitadores pode ser aferida pela ausência de peças dentárias. Assim, a média de dentes ausentes por paciente é igual a 6,33 dentes, com uma média, no setor anterior de 1,44 dentes ausentes e no setor posterior de 4,52 dentes. Este é um resultado esperado, visto que existe uma menor suscetibilidade à cárie nos dentes anteriores, em parte devido à sua anatomia e, também, pelo fato do setor anterior ser uma área estética que, por isso, é mais cuidada por parte dos pacientes.

É de realçar que quase 1/3 da amostra estudada apresenta dentição completa (29,57%), o que pode ser justificado pelo facto de estarmos perante uma população relativamente jovem. Assim como justifica o facto de apenas 5,45% dos pacientes serem desdentados totais bimaxilares. Estes resultados assemelham-se aos reportados em 2018, num estudo com as mesmas características populacionais.³¹

Não foi encontrada uma relação com significado estatística entre o número de dentes ausentes e o género dos pacientes. Porém, estudos^{35,36} sugerem que as mulheres têm maior suscetibilidade à cárie e conseqüentemente à perda dentária, maioritariamente por questões de natureza hormonal.

Já quanto à idade, esta relaciona-se estatisticamente com os dentes ausentes ($p=0,000$), isto é, quanto maior a idade maior o número de dentes ausentes. Este resultado vai ao encontro do esperado, visto que, com o aumento da idade há uma maior incidência de doenças da cavidade oral, como a cárie e as doenças periodontais.^{37,38}

Quando relacionados os dentes ausentes com os dentes cariados, os resultados obtidos evidenciam que, quanto maior for o número de dentes ausentes, maior é o número de dentes cariados. Através deste resultado, verifica-se que uma higiene oral mais deficiente levará à formação de cáries e/ou à presença de doença periodontal, que por sua vez, poderá comprometer a vitalidade das peças dentárias- que caso não possam ser recuperáveis, terão como plano de tratamento a extração (tornando-se ausentes).³⁹

À semelhança de outros estudos,^{31,33,34} analisando a amostra quanto à desdentação, a classe III de Kennedy é a mais prevalente, tanto na mandíbula, como na maxila.

Porém, um estudo de 2011⁴⁰ realizado numa população que frequentava uma Clínica Dentária Universitária na Grécia, demonstrou que a maioria das desdentações eram classificadas como classe I de Kennedy (tanto na maxila como na mandíbula). Comparando estes resultados com a presente investigação, é possível salientar que a classe I de Kennedy tem um pior prognóstico que a classe III, uma vez que existe uma maior extensão de áreas edentulas. O resultado do

estudo realizado na Grécia deve-se ao facto de ter sido aplicado numa população mais velha (entre os 42 e os 81 anos) e com um nível socioeconómico mais baixo e com menos recursos para o cuidado e manutenção da saúde oral.

A literatura⁴¹ identifica que as classes III e IV de Kennedy são de maior predominância em populações mais jovem. No entanto, devido ao aumento da idade e, também, ao aumento das extrações dentárias, na população mais idosa, é mais frequente observar-se as classes I e II de Kennedy.

Embora esteja descrito que as mulheres perdem mais precocemente os dentes do que os homens, não encontramos uma relação estatisticamente significativa entre o género e a classificação de Kennedy. Segundo Russell *et al.*⁴², e de acordo com o previamente referido, existem diferenças biológicas entre homens e mulheres, sendo que o fator mais evidente para esta diferença é o hormonal. As mulheres apresentam variações hormonais de acordo com as diferentes fases da vida, como por exemplo a gravidez ou a amamentação, e que têm influência direta na cavidade oral.

No entanto, verificou-se que a idade e a classificação de Kennedy estão relacionadas da seguinte forma: quanto maior a idade, pior é a classificação de Kennedy, isto é, aumenta o número de dentes ausentes.

4.5. Medicina Dentária Conservadora

A Medicina Dentária Conservadora inclui tratamentos preventivos e curativos das peças dentárias. Dada a natureza deste estudo, as necessidades preventivas não podem ser avaliadas, pelo que nos focamos apenas nos tratamentos curativos presentes (dentes restaurados e com tratamento endodôntico) ou necessários (dentes cariados).

No que diz respeito à presença de cárie dentária, observou-se que os dentes posteriores têm um maior índice de cárie, quando comparados com os dentes anteriores. Este resultado pode ser justificado pelo facto de os incisivos e caninos terem uma maior resistência a fatores cariogénicos, devido à ausência de sulco e fossas, em oposição aos pré-molares e molares.^{43,44}

Também se pode concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o número de dentes com cárie ($p=0,000$), ou seja, quanto maior a idade, maior o número de cáries ativas na cavidade oral. Segundo o

National Institute of Dental and Craniofacial Research,⁴⁵ dos Estados Unidos da América, a faixa etária dos 50 aos 64 anos, apresentava em 2018 o maior índice de cárie dentária, em comparação com as restantes faixas etárias.

No que se refere ao número de dentes cariados e o género, não foi possível obter uma relação estatisticamente significativa. Porém, segundo Ferraro *et al.*³⁶, as mulheres apresentam um maior índice de cárie face aos homens. Os fatores avaliados no estudo foram: os hábitos alimentares, as alterações hormonais, o fluxo salivar e a avaliação genética. Desta forma, é possível obter resultados mais satisfatórios para a associação do número de cáries e o género.

No que diz respeito a dentes com tratamento endodôntico, estes encontram-se mais frequentemente no setor posterior e na maxila, tal como está descrito em vários estudos.^{31,46}

Com este estudo, foi possível verificar que, quanto maior for a existência de dentes endodonciados, maior a existência de dentes cariados. Esta relação deve-se ao facto de muitas das vezes, o tratamento endodôntico ser uma consequência da evolução da cárie.^{47,48}

Se incluirmos no estudo a relação entre o género e a presença de dentes endodonciados, verifica-se que os pacientes do sexo feminino tendem a ter mais dentes com tratamento endodôntico do que os pacientes do sexo masculino, justificado pela maior suscetibilidade das mulheres à cárie dentária como previamente referido.^{36,46}

O dente que se encontra mais vezes endodonciado é o 15, seguindo-se o 46, o 36 e o 16. Através da leitura de um estudo realizado em Espanha, no ano de 2004,⁴⁹ os dentes com mais tratamentos endodônticos são os posteriores, sendo os pré-molares, os dentes com maior frequência deste tipo de tratamento, depois os molares, e por fim, os dentes anteriores.

Em relação aos dentes restaurados, existe uma maior frequência no setor posterior e na maxila, o que vai ao encontro do que foi descrito anteriormente, nos dentes cariados. Encontrou-se, também, uma relação estatisticamente significativa entre o número de dentes cariados, o género e a idade. Nesta relação os pacientes do sexo feminino e os pacientes com uma idade mais avançada, têm uma maior presença de restaurações. Este resultado, evidencia a correlação

existente entre a idade dos indivíduos e a exposição a fatores cariogénicos. Quanto maior a idade, maior será a exposição a estes fatores bem como a outros relacionados com a saúde em geral (como é o caso da diabetes *mellitus*).³⁶

Os dentes mais frequentemente restaurados são o 16, 26, 47 e 37. Comparativamente à investigação realizada no ano anterior, com a mesma população alvo, verificou-se que ambos os resultados são semelhantes.³¹

Quando aplicado o teste do Qui-quadrado (χ^2), observou-se que, quanto maior a frequência de dentes restaurados, maior a frequência de dentes endodoncizados e cariados. Esta relação poderá dever-se ao facto de se tratarem de pacientes com grande suscetibilidade a cáries e/ou deficiente higiene oral e de algumas restaurações permitirem microinfiltrações e passagem dos microorganismos para o interior dos canais radiculares, levando a um diagnóstico de pulpíte irreversível ou necrose pulpar e, como tratamento ideal, as peças dentárias deverão ser sujeitas a tratamento endodôntico.^{37,39}

Relativamente ao número de dentes restaurados e o número de dentes ausentes, existe uma relação com significância estatística. Conclui-se que quanto maior o número de dentes restaurados, maior o número de dentes ausentes. As populações mais jovens, com um historial de cárie dentária e com restaurações muito profundas, têm uma maior predisposição para uma menor longevidade das restaurações, existindo uma maior probabilidade do dente, anteriormente restaurado (restauração muito profunda e extensa), ter um prognóstico mais reservado e o tratamento mais indicado ser em última estância a extração dentária.^{50,51}

4.6. Cirurgia Oral

Embora na área cirúrgica incluam intervenções de natureza periodontal e de medicina oral, dado o tipo de recolha de dados, as necessidades cirúrgicas na nossa amostra foram avaliadas de acordo com os dentes perdidos e inclusos.

Relativamente aos dentes perdidos, estes são mais frequentes no setor posterior. Quando comparadas as arcadas superior e inferior, conclui-se que em ambas existe igual frequência de dentes perdidos. À semelhança deste estudo, numa investigação realizada na Finlândia,⁵² foi possível comprovar que o número de dentes perdidos aumenta com a idade. Esta facto deve-se à diminuição

da capacidade de higienização oral e também a uma maior incidência de cáries e doença periodontal, em faixas etárias mais elevadas.⁵³

Não obtivemos uma relação com significância estatística, entre o número de dentes perdidos e o género. No entanto, sabe-se que as mulheres devido a diversos fatores, como o hormonal e o genético, têm maior propensão a ter doenças periodontais e cáries, podendo levar a um diagnóstico de dente perdido.

Ao relacionar o número de dentes perdidos e o número de dentes restaurados, não se obteve uma relação com significado estatístico, ao contrário do que acontece com os dentes cariados. Quanto maior o número de dentes perdidos, maior é o número dentes cariados. Este facto deve-se, sobretudo, à ausência de hábitos de higiene. É sabido que uma higiene oral deficiente, leva a uma maior incidência de cárie e também a uma maior incidência de doença periodontal. Logo, se existe um número elevado de dentes perdidos, é porque estes passaram por estádios em que poderiam ser recuperáveis/restauráveis e que, por razões diversas, não foi possível tratar.⁵⁴

No que se refere aos dentes inclusos, estes são mais frequentes no setor posterior, sendo igualmente frequentes na maxila e na mandíbula. O dente que se encontra normalmente incluso, analisando todos os quadrantes, é o 3º molar, o que é de conhecimento generalizado e que vai ao encontro da literatura existente.⁵⁵

4.7. Reflexão

Apesar de a saúde oral ser reconhecida como uma parte integrante da saúde geral, ainda falta a criação de um modelo educacional responsivo para preparar os médicos dentistas a enfrentar e otimizar a saúde oral da comunidade onde exercem a sua atividade profissional.⁵⁶

Por outro lado, a equipa de saúde oral não passa apenas pelo médico dentista. A falta de registos sistematizados foi evidente neste estudo e pode ser combatida se se aumentar a atenção e promover a sensibilização ou mesmo a formação do pessoal auxiliar que diariamente lida com os médicos dentistas em formação nas instituições de ensino superior em Portugal.

Na formação do médico dentista não pode ser esquecido o papel dos docentes que devem reunir padrões de competência para educar e formar profissionais

de saúde oral, que para além das capacidades técnicas devem ser capazes de se envolver ativamente na comunidade e mostrar que a nossa profissão é essencial para a saúde pública. Para isso é importante estimular os estudantes à comunicação interpessoal e a um pensamento crítico.⁵⁶

Tendo por base a investigação realizada e a bibliografia que foi consultada, verificou-se que o tema da presente monografia é relevante. A caracterização da condição oral da população que recorre à Clínica Universitária, permite-nos estar mais preparados e por esta via, poder corresponder de forma mais eficaz às necessidades de todos os pacientes que a visitam, proporcionando melhores cuidados e uma maior longevidade das peças dentárias na comunidade onde se insere o ICS-Viseu.

Assim, com base nas evidências estatísticas obtidas neste estudo, é possível concluir que a Clínica Universitária do ICS-Viseu presta serviço a uma população que ainda apresenta bastantes carências, manifestadas pelos resultados evidenciados, particularmente nas áreas da Medicina Dentária Conservadora e da Reabilitação Oral.

Para dirigir a nossa ação, enquanto estudantes, aos reais problemas da comunidade onde de enquadra a Clínica Dentária do ISC-Viseu, sugerimos uma análise cuidada ao plano de estudos dos anos clínicos, com eventual aumento do número de horas nas áreas onde as necessidades são mais evidentes.

CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

Tendo em consideração as limitações deste estudo e de acordo com os objetivos propostos, os resultados obtidos permitem-nos tirar as seguintes conclusões:

1. Apesar da maioria dos dentes analisados se encontrarem saudáveis, a condição oral no geral, e dentária em particular, é ainda deficitária na população que frequenta a Clínica dentária Universitária do ICS-Viseu.
2. A amostra estudada é maioritariamente do sexo feminino;
3. No geral é uma população jovem (mediana de 48 anos), no entanto as faixas etárias que registaram mais pacientes são as de “Mais de 65 anos” e entre os “15-24 anos”;
4. Nas 3 áreas disciplinares abordadas, a pior condição dentária associa-se a pacientes do género feminino e de idade mais avançada;
5. Na cavidade oral, e de uma forma geral, as situações mais problemáticas são identificadas no maxilar superior e nos setores posteriores;
6. A Reabilitação Oral é uma área de intervenção necessária, considerando os resultados obtidos no que se refere aos dentes ausentes e perdidos;
7. Verificamos predominância de desdentações Classe III de Kennedy em ambas as arcadas;
8. Na Medicina Dentária Conservadora, os resultados são ainda mais preocupantes, uma vez que as condições avaliadas se interrelacionam (dentes cariados, restaurados e endodonciados);
9. As necessidades cirúrgicas são as menos evidentes.

Pelo exposto, realçamos a necessidade de um complemento a esta investigação através da avaliação *in vivo* que colmate as dificuldades inerentes à avaliação radiográfica da condição oral de cada paciente.

BIBLIOGRAFIA

6. BIBLIOGRAFIA

1. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946 (Official Records of WHO, no. 2, p. 100).
2. WHO Library Cataloguing in Publication Data. World Health Organization. Basic documents. - 47th ed. Including amendments adopted up to 31 May 2009; pág. 1; ISBN 978 92 4 165047 2.
3. FDI World Dental Federation [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 03]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/>
4. Ordem dos Médicos Dentistas [Internet] 2016 [cited 2019 Jan 03]. Available from: <https://www.ond.pt/2016/09/saude-oral-fdi/>
5. American Dental Association [Internet] 2019 [cited 2019 July 18]. Available from: <https://www.ada.org/en/education-careers/careers-in-dentistry/general-dentistry>
6. Ordem dos Médicos Dentistas [Internet] 2019 [cited 2019 July 18]. Available from: <https://www.ond.pt/info/estatuto/capitulo2/>
7. Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde – Viseu [Internet] 2019 [cited 2019 July 18]. Available from: <http://icm.crb.ucp.pt/site/custom/template/ucptplfac.asp?SSPAGEID=2080&lang=1&artigoID=1514>
8. Espanha R, Ávila P, Mendes RV. Literacia em Saúde em Portugal – Relatório Síntese. Fundação Calouste Gulbenkian 2016; pág. 5; ISBN 978-989-8807-27-4
9. Baskaradoss JK. The association between oral health literacy and missed dental appointments. The Journal of the American Dental Association. 2016; 147(11):867-74.
10. Benz C, Aida J, Campard G. The relationship of oral health with general health and NCDs:a brief review, International Dental Journal. 2017; 67:14-8.
11. Kowolik MJ, Dowsett SA, Rodriguez J. Systemic neutrophil response resulting from dental plaque accumulation. J Periodontol. 2001; 72(2):146-51.
12. Noble JM, Scarmeas N, Papapanou PN. Poor oral health as a chronic, potentially modifiable dementia risk factor: review of the literature. Curr Ne Neurosci Rep. 2013;13(10):384.

13. Kisely S, Baghaie H, Laloo R, *et al.* A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med.* 2015; 77(1):83–92.
14. Dietrich T, Webb I, Stenhouse L, Pattni A, Ready D, Wanyonyi KL, White S, Gallagher JE. Evidence summary: the relationship between oral and cardiovascular disease. *Br Dent J.* 2017 Mar 10;222(5):381-5.
15. Liu Z, Roosaar A, Axéll T, Ye W. Tobacco Use, Oral Health, and Risk of Parkinson's Disease. *Am J Epidemiol.* 2017;185(7):538-45.
16. European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
17. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017;390(10100):1211-59.
18. Kutsh VK. Dental caries: an updated medical model of risk assessment. *Journal of Prosthetic Dentistry.* 2014; 111(4):280-5.
19. Mathur VP, Dhillon JK. Dental Caries: A Disease Which Needs Attention. *Indian Journal of Pediatrics.* 2018; 85(3):202-6.
20. The American Academy of Periodontology (2001). Glossary of periodontal terms. 4th ed Chicago, EE. UU.: American Academy of Periodontology; 2001.
21. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999; 4(1):1-6.
22. Khan SU, Ghani F, Nazir Z. The effect of some missing teeth on a subjects' oral health related quality of life. *Pak J Med Sci.* 2018; 34(6):1457-62.
23. Thomson WM, Poulton R, Kruger E, Boyd D. Socio–Economic and Behavioural Risk Factors for Tooth Loss from Age 18 to 26 among Participants in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Caries Res.* 2000;34(5):361–6.
24. Al Hamdan E, Fahmy MM. Socioeconomic factors and complete edentulism for female patients at King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. *Tanta Dent J;* 2014;11(3):169–73.

25. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro Nacional da Saúde Oral 2018. Site da OMD. Available from: <https://www.omb.pt/2019/01/medico-dentista-consultas/>
26. Mayhew D, Mendonca V, Murthy BVS. A review of ASA physical status – historical perspectives and modern developments *Anaesthesia*. 2019;74:373–9.
27. Mostafa IF, Mohamed NB, Abdulrazaq MA. Prevalence and pattern of partial edentulism among dental patients attending College of Dentistry, Aljouf University, Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2016;187-91.
28. Basnyat KC, Sapkota B, Shrestha S. Epidemiological Survey on Edentulousness in Elderly Nepalese Population. *Kathmandu Univ Med J*. 2014; 12:259-63.
29. Galagali G, Mahoorkar S. Critical Evaluation of Classification Systems of Partially Edentulous Arches. *International Journal of Dental Clinics*. 2010; 2(3):45-52.
30. Instituto Nacional de Estatística [Internet]. 2011. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
31. Oliveira CF. Caracterização da perda dentária nos pacientes da Clínica Universitária do Instituto de Ciências da Saúde de Viseu. Monografia do MIMD da Universidade Católica Portuguesa; 2018.
32. Melo P, Marques S, Silva M. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J*. 2017; 67(3):139-47.
33. Charyeva O, Altynbekov D, Nysanova BZ. Kennedy Classification and Treatment Options: A Study of Partially Edentulous Patients Being Treated in a Specialized Prosthetic Clinic. *Journal of Prosthodontics*. 2012; 21(3):177–80.
34. Sapkota B, Adhikari B, Upadhaya C. A Study of Assessment of Partial Edentulous Patients Based on Kennedy’s Classification at Dhulikhel Hospital Kathmandu University Hospital. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2013;11(4):325.
35. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2004; 32(2):107-14.

36. Ferraro M, Vieira AR. Explaining Gender Differences in Caries: A Multifactorial Approach to a Multifactorial Disease. *International Journal of Dentistry*, 2010; 1-5.
37. Dye B, Thornton-Evans G, Li X, Iafolla T. Dental caries and tooth loss in adults in the United States, 2011-2012. *NCHS Data Brief*. 2015; (197):197.
38. Lantto A, Lundqvist R, Wårdh I. Tooth Loss and Prosthetic Treatment in Dependent and Functionally Impaired Individuals with Respect to Age and Gender. *The International Journal of Prosthodontics*. 2016; 29(1):68-70.
39. Kim S, Park S, Lin M. Permanent tooth loss and sugar-sweetened beverage intake in U.S. young adults. *Journal of Public Health Dentistry*, 2016; 77(2):148-54.
40. Niarchou AP, Ntala PC, Karamanoli EP, Polyzois GL, Frangou MJ. Partial edentulism and removable partial denture design in a dental school population: a survey in Greece. *Gerodontology*. 2011; 28(3):177-83.
41. Jeyapalan V. Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes- A literature review. *J Clin Diagn Res*. 2015; 9(6):14-7.
42. Russell SL, Gordon S, Lukacs JR, Kaste LM. Sex/Gender Differences in Tooth Loss and Edentulism. *Dental Clinics of North America*. 2013; 57(2):317-37.
43. Erdal YS, Duyar I. A New Correction Procedure for Calibrating Dental Caries Frequency. *Am J Phys Anthropol*. 1999;108(2):237-40.
44. Wheatcroft MG, Gerende LJ, Schlack CA, Taylor BL, Berzinskas VJ, Mullins CE. Bilateral Symmetry of Dental Caries. *Journal of Dental Research*. 1951; 30(1):62-74.
45. National Institute of Dental and Craniofacial Research [Web page] USA: NIDCR; 2018 [updated 2018; cited 2019 27 May]; Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/dental-caries/adults>
46. Kirkevang L., Ørstavik D., Wenzel A. Frequency and distribution of endodontically treated teeth and apical periodontitis in an urban Danish population. *Int Endod J*. 2001; 34(3):198-205.
47. Merdad K., Sonbul H. Evaluation of the caries profile and caries risk in adults with endodontically treated teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010;110(2): 264-9.

48. Tronstad L, Asbjørnsen K, Døving L, Pedersen I, Eriksen HM. Influence of coronal restorations on the periapical health of endodontically treated teeth. *Dental Traumatology*. 2000; 16(5):218-21.
49. Jiménez-Pinzón A, Segura-Egea JJ, Poyato-Ferrera M, Velasco-Ortega E, Ríos-Santos JV. Prevalence of apical periodontitis and frequency of root-filled teeth in an adult Spanish population. *International Endodontic Journal*. 2004; 37(3):167–73.
50. Kopperud SE. Longevity of posterior dental restorations and reasons for failure. *European journal of oral sciences*. 2012; 120(6):539-48.
51. Drummond JL. Degradation, fatigue, and failure of resin dental composite materials. *Journal of dental research*. 2008, 87(8):710-9.
52. Hiidenkari T, Parvinen T, Helenius H. Missing teeth and lost teeth of adults aged 30 years and over in south-western Finland. *Community Dent. Health*. 1996;13(4):215-22.
53. Frazão P, Antunes JLF; Narvai PC. Early tooth loss in adults aged 35-44 State of Sao Paulo, Brazil, 1998 *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2003, 6(1):49-57.
54. Petersen, PE. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 83: 661-9.
55. Sérgio P, Campos F. Prevalência de Dentes Inclusos em Pacientes Atendidos na Disciplina de Cirurgia do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2003; 3(2):15-9.
56. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, David M. Williams DM, Kess S, Eiselé JL, Séverin T. FDI Visão 2020 - Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. Pag.7 e 17

ANEXOS

7. ANEXOS

Anexo 1.



CATOLICA

CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA

UISEU

FICHA INDIVIDUAL PACIENTE

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Localidade: _____

Freguesia: _____

Telefone: _____

Telemóvel: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Bilhete Identidade n.º: _____

N.º Contribuinte: _____

Convenção: _____

Cartão de Utente n.º: _____

N.º de Beneficiário: _____

Centro de Saúde de: _____

Médico de Família: _____

Queixa Principal: _____

Anda a tomar medicamentos? Sim Não Quais? _____

Data do último tratamento dentário: ____/____/____

Está Grávida? Sim Não Data prevista: ____/____/____

Infomações adicionais: _____

Como está o seu estado de saúde?

- Bom
- Médio
- Mau

Saúde Geral:

- ◆ Sofre do Coração (doença cardio-vascular)? Sim Não
- ◆ Tem tensão alta (tensão arterial alta)? Sim Não
- ◆ Tem doenças de sangue (anemia, hemofilia, etc)? Sim Não
- ◆ Tem diabetes? Sim Não
- ◆ Sofre dos rins (doenças renais)? Sim Não
- ◆ Tem epilepsia? Sim Não
- ◆ Sofre do fígado (hepatite, cirrose)? Sim Não
- ◆ Sofre de SIDA? Sim Não
- ◆ Já fez algum implante(s)? Sim Não
- ◆ Sofre de alguma doença do sistema imunitário? Sim Não
- ◆ Sofre de alguma doença reumática? Sim Não
- ◆ Sofre de asma? Sim Não
- ◆ Faz Radioterapia da cabeça e/ou pescoço? Sim Não
- ◆ Faz Quimioterapia? Sim Não
- ◆ Sofre de alguma doença mental? Sim Não
- ◆ Tem algum problema alimentar? Sim Não
- ◆ Fuma (hábitos tabágicos)? Sim Não
- ◆ Outros problemas de saúde? Sim Não Quais? _____

Alergias:

- ◆ Penicilina? Sim Não
- ◆ Anestesia local? Sim Não
- ◆ Pólen? Sim Não
- ◆ Alguns alimentos? Sim Não
- ◆ Metais (Níquel, etc)? Sim Não
- ◆ Látex? Sim Não
- ◆ Outras? Sim Não Quais? _____

Estado Bucal:

- ◆ Tem vícios de ranger e/ou esfregar os dentes, roer as unhas, etc? Sim Não
- ◆ Sente tensão ou dores de cabeça frequentes? Sim Não
- ◆ Sente estalidos, dores ao abrir e fechar a boca (Problemas de ATM)? Sim Não
- ◆ As gengivas sangram com frequência? Sim Não
- ◆ Tem problemas respiratórios? Sim Não
- ◆ Tem alteração de sensibilidade? Sim Não
- ◆ Respira com maior regularidade pela boca? Sim Não
- ◆ Sente a boca seca? Sim Não
- ◆ Tem medo do tratamento dentário? Sim Não
- ◆ Complicações após o tratamento dentários (hemorragia, infecções, etc)? Sim Não

O Paciente _____

ACORDO DE PROTEÇÃO DADOS

Entre:

A Clínica Dentária Universitária UCP Unipessoal Lda., contribuinte nº 513798714, com sede na Estrada da Circunvalação, 3504-505 Viseu, designada por **1ª Outorgante**;

E

Nome do paciente: _____,
doravante designado por **2º Outorgante**, é celebrado o presente Acordo de Proteção de Dados, ao abrigo e em cumprimento do estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), Regulamento Europeu nº 2016/679, que se regula pelas cláusulas seguintes:

1º

A **1ª Outorgante** é prestadora de serviços médico-dentários ao **2º Outorgante**.

2º

O **2º Outorgante** procede à entrega e/ou faculta o acesso de dados pessoais à **1ª Outorgante**, que, na qualidade de responsável pelo tratamento de dados no âmbito e para efeitos do exercício da atividade contratada de prestação de serviços médico-dentários ao **2º Outorgante**, os tratará na estrita necessidade que esta tenha do tratamento desses dados pessoais, no âmbito da prestação de serviços e em conformidade com o regime legal de proteção de dados em vigor;

3º

O **2º Outorgante** declara conhecer e aceitar, sem reservas, a recolha e tratamento dos seus dados pessoais pela **1ª Outorgante**, para a finalidade da execução da sua atividade, garantindo esta um tratamento leal e reservado dos dados que forem recolhidos, assim como o cumprimento de todos os requisitos inerentes à confidencialidade e privacidade, nos termos previstos no Regulamento Comunitário de Proteção de Dados;

ACORDO DE PROTEÇÃO DE DADOS 4º

Os dados dizem respeito aos pacientes a quem a **1ª Outorgante** prestará os seus serviços;

5º

O **2º Outorgante** declara conhecer e aceitar, sem reservas, que as quebras de confidencialidade e/ou eventuais violações de privacidade, que ocorram de forma acidental ou dolosa, sejam de imediato reportadas à **1ª Outorgante**, ficando esta ciente da responsabilidade que sobre si recai, quer em termos contraordenacional quer de responsabilidade civil;

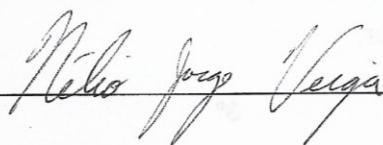
6º

O tratamento de dados pessoais, objeto do presente Acordo, terá a duração do contrato entre a **1ª Outorgante** e o **2º Outorgante**, findo o qual os dados serão devolvidos ao **2º Outorgante**, apagando-se as cópias existentes, exceto se a conservação dos dados for exigida por força da lei;

7º

A **1ª Outorgante** e o **2º Outorgante** autorizam reciprocamente, com o presente Acordo, a utilização dos respetivos dados (como endereço eletrónico e contacto telefónico) para troca de informações, envio de fatura/recibo, assim como a do NIB/IBAN para pagamentos.

Viseu, _____

A **1ª Outorgante**,  _____

O **2º Outorgante**, _____

DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

A Clínica Dentária Universitária UCP Unipessoal Lda., contribuinte nº 513798714, com sede na Estrada da Circunvalação, 3504-505 Viseu declara, para os efeitos tidos por convenientes, o seguinte:

Na vigência do contrato/acordo celebrado, a declarante obriga-se a:

1. Manter sigilo e confidencialidade de toda a informação verbal ou escrita - documental ou por meio eletrónico – de que tome conhecimento no desempenho das suas funções;
2. Não efetuar gravação, reprodução de cópias ou transmissão por qualquer meio de quaisquer documentos e informações confidenciais;
3. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, seja para benefício próprio ou de terceiros;
4. Responsabilizar-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações confidenciais por seu intermédio, obrigando-se a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo.
5. Cumprir todas as normas estipuladas no funcionamento da empresa relativamente à proteção de dados;
6. São consideradas confidenciais todas as informações transmitidas por meios escritos, eletrónicos, verbais ou de qualquer outra natureza, relativamente aos seus pacientes.

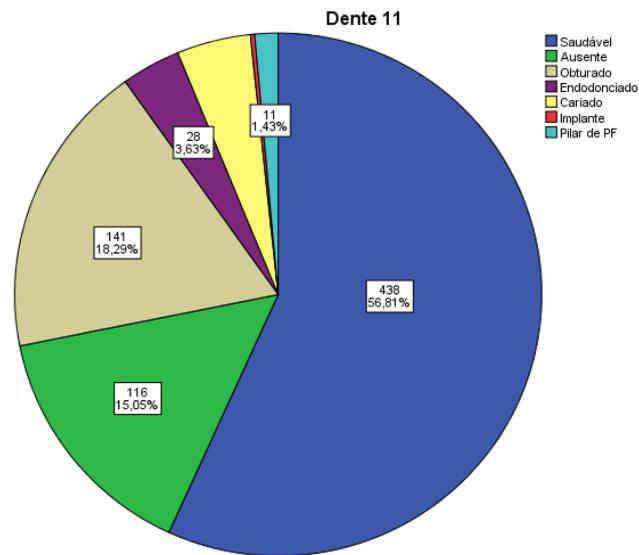
Viseu, _____

Tomei conhecimento de todas as informações apresentadas na presente
declaração de confidencialidade e proteção de dados,

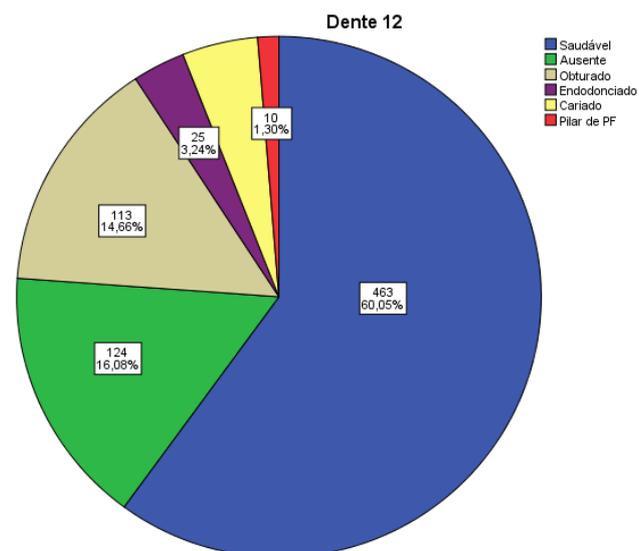
Assinatura: _____

Anexo 2.

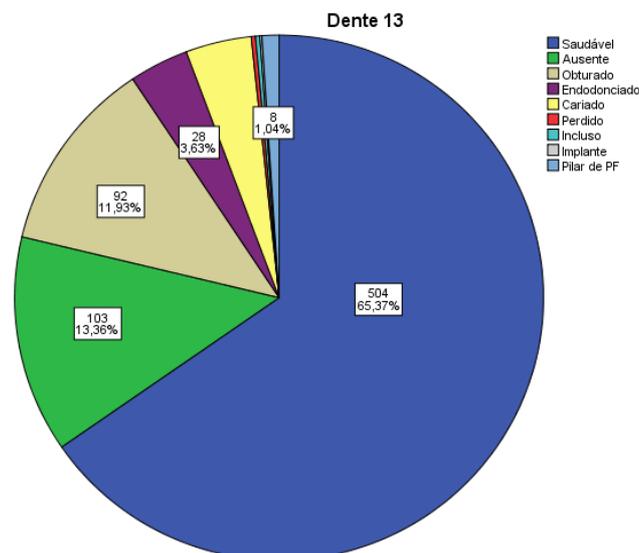
Dente 11



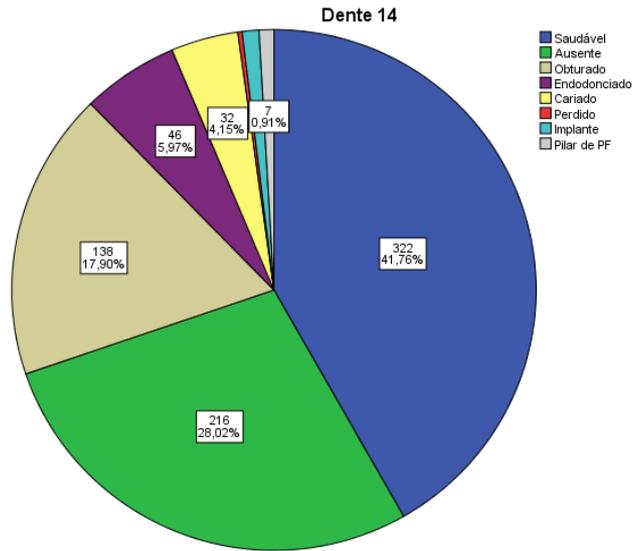
Dente 12



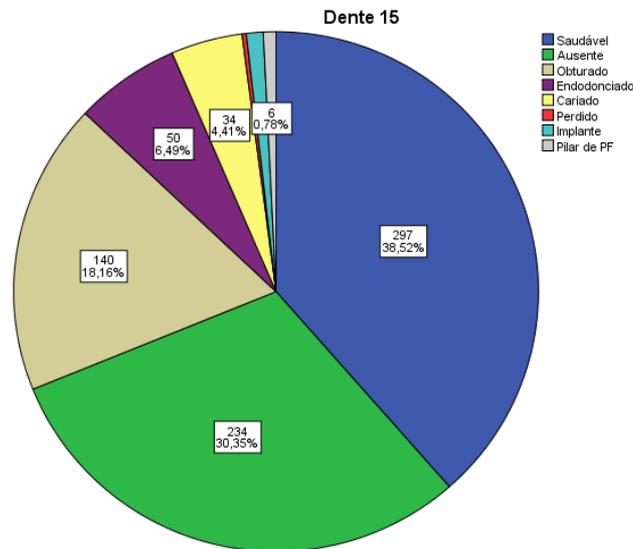
Dente 13



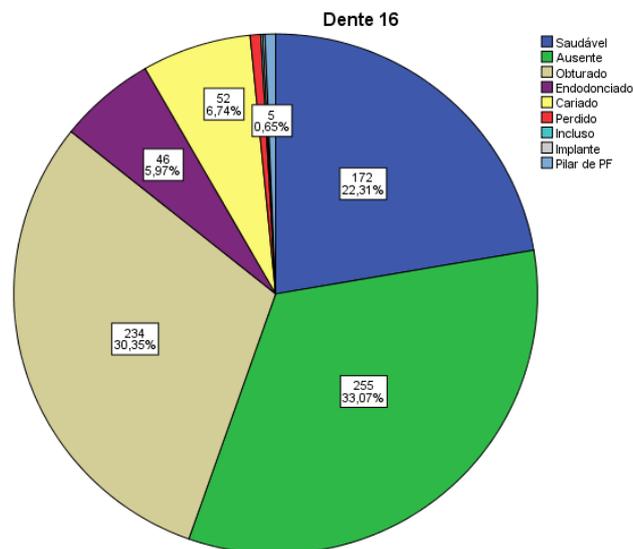
Dente 14



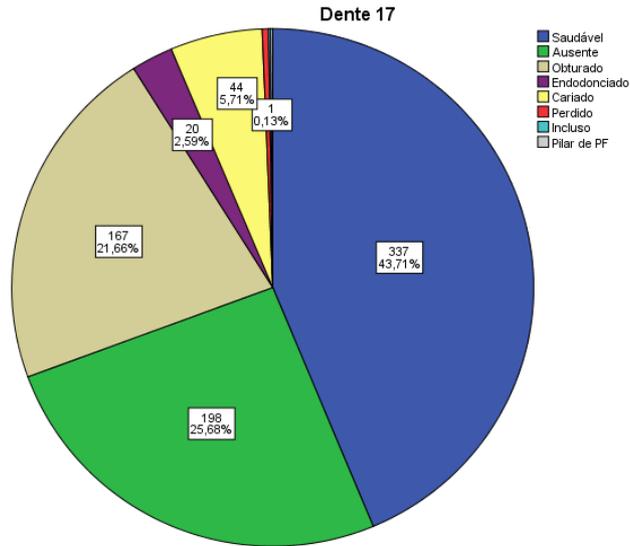
Dente 15



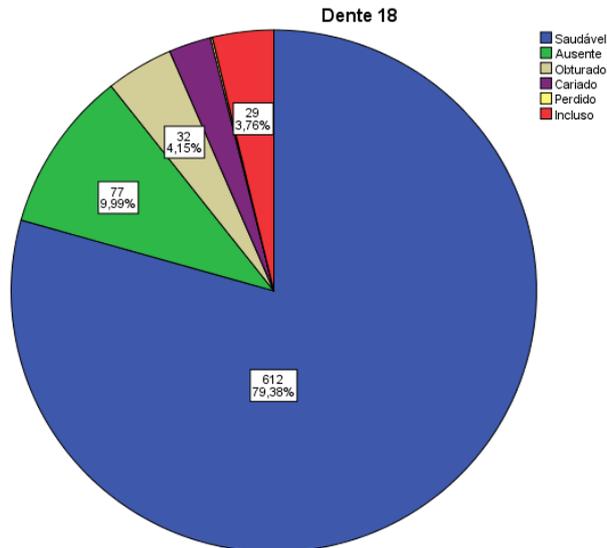
Dente 16



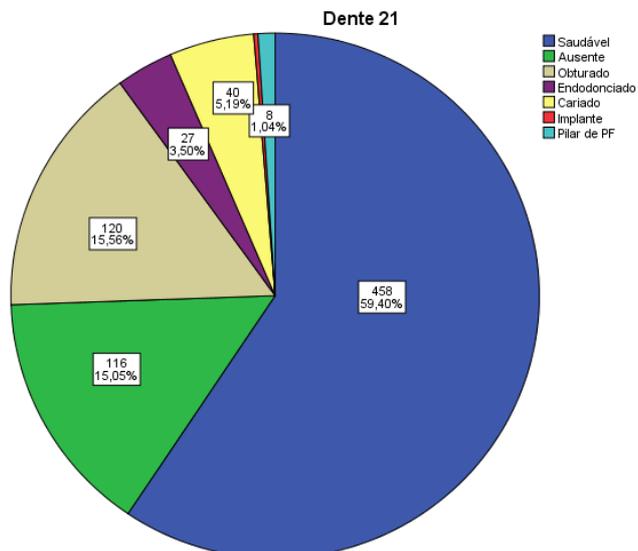
Dente 17



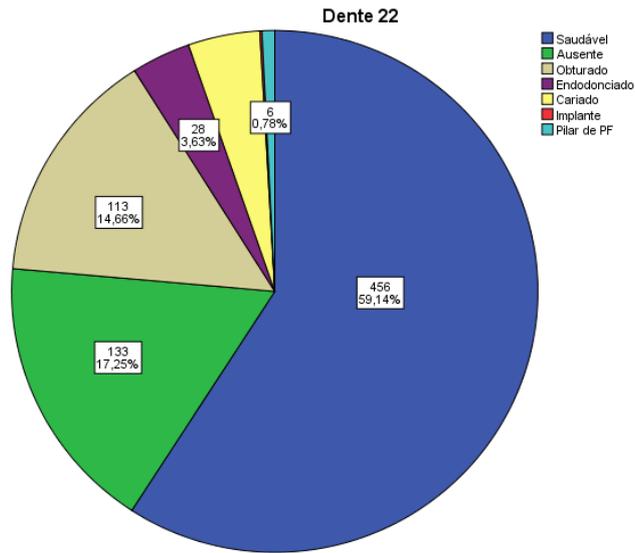
Dente 18



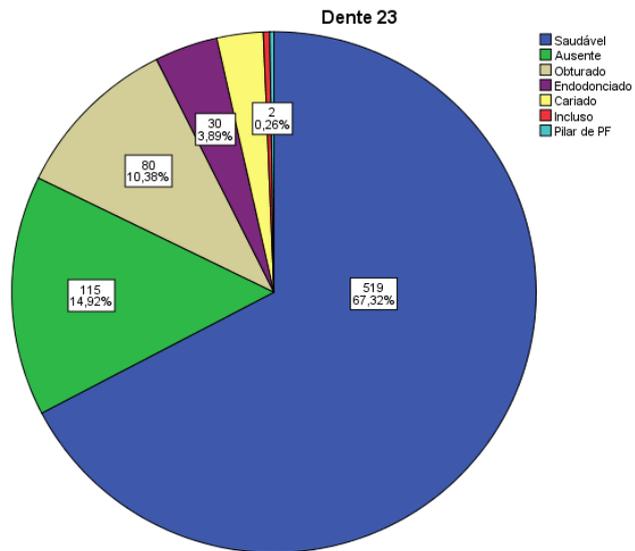
Dente 21



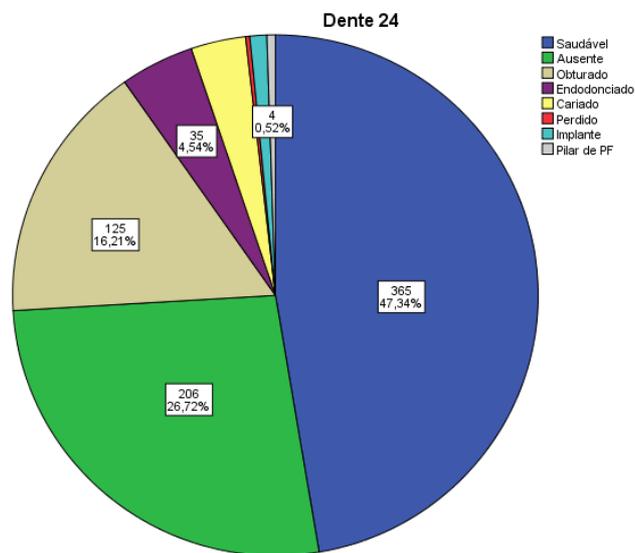
Dente 22



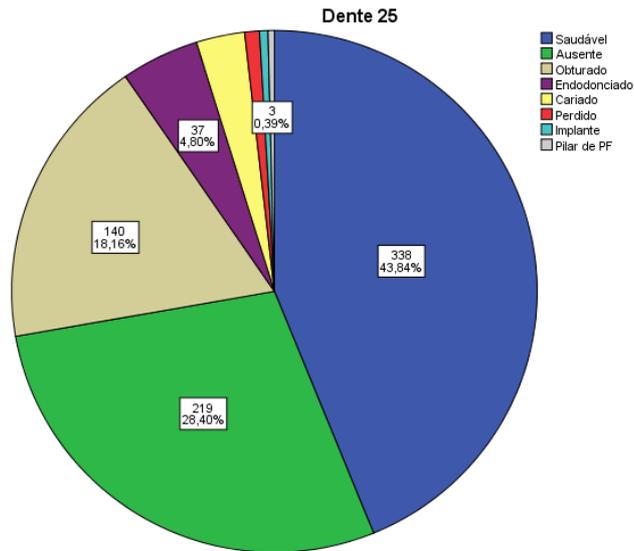
Dente 23



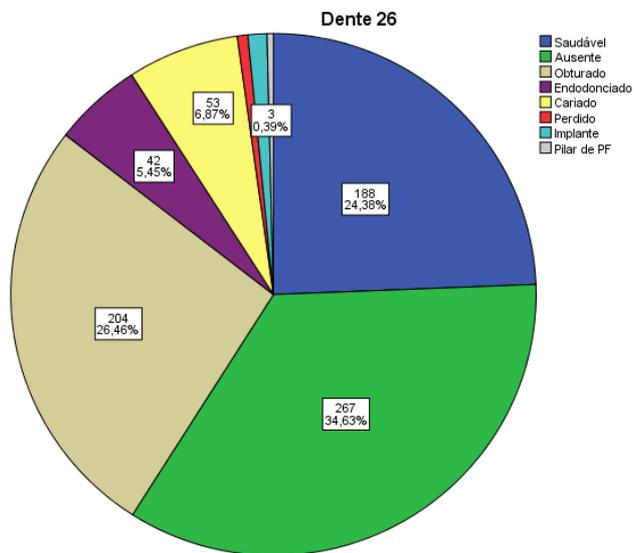
Dente 24



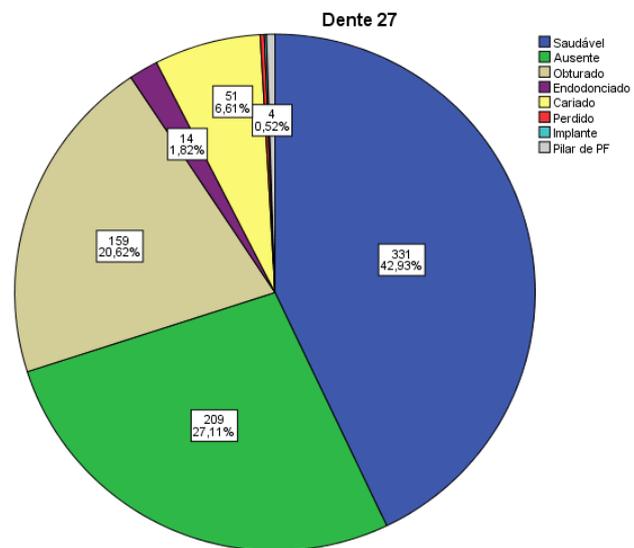
Dente 25



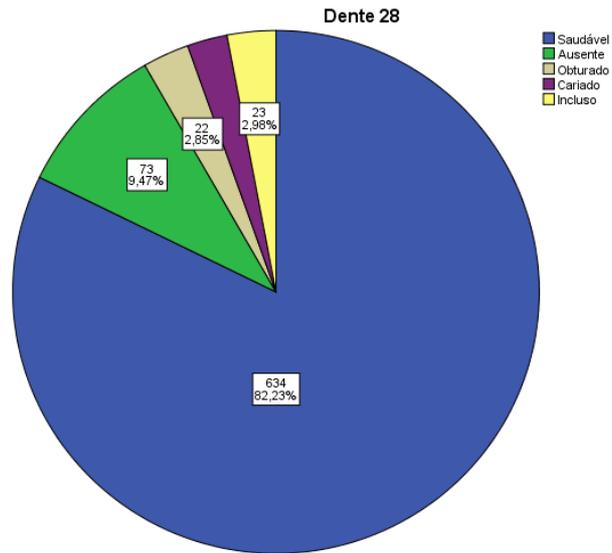
Dente 26



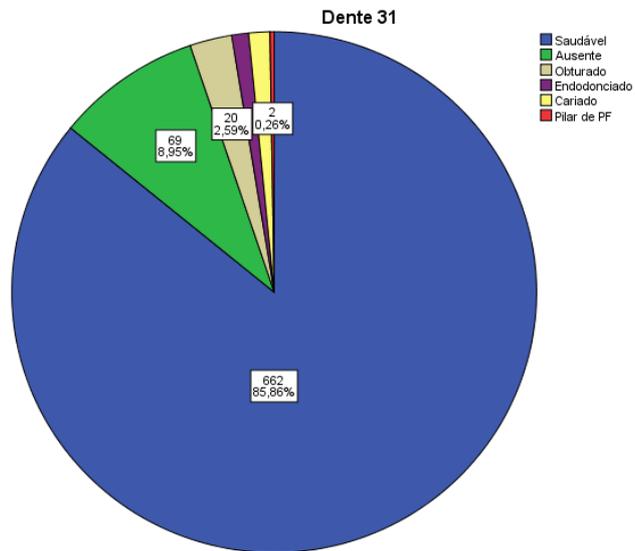
Dente 27



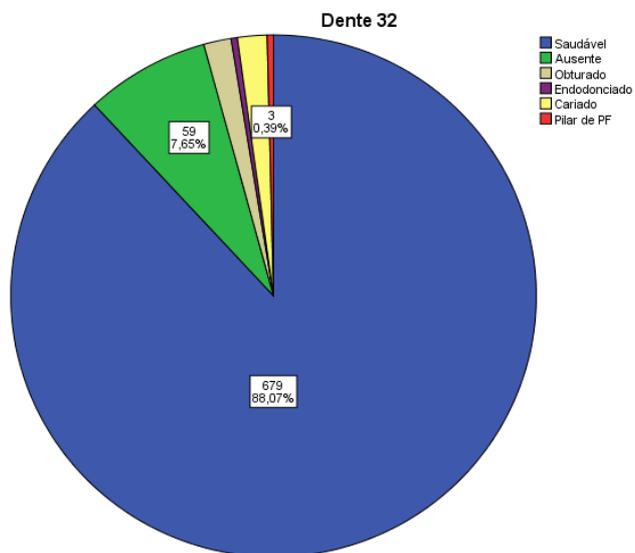
Dente 28



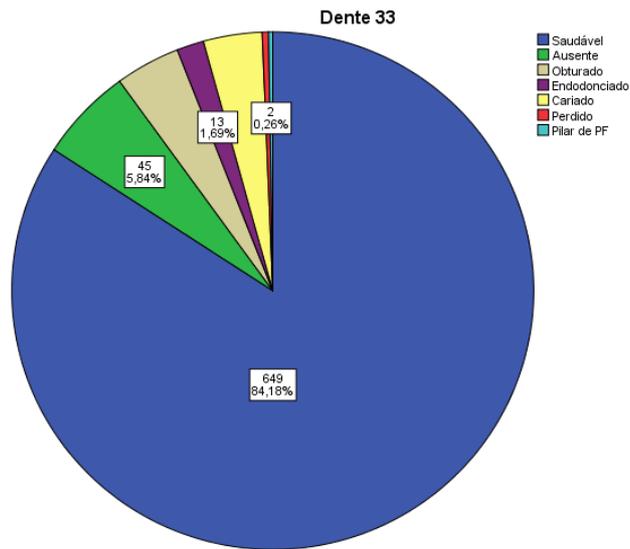
Dente 31



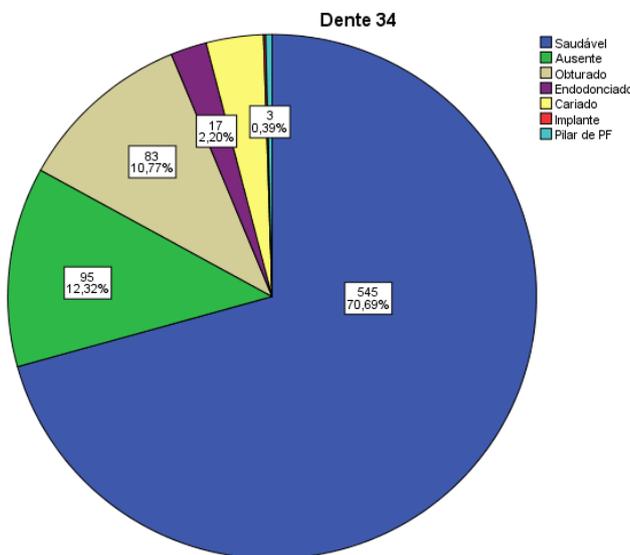
Dente 32



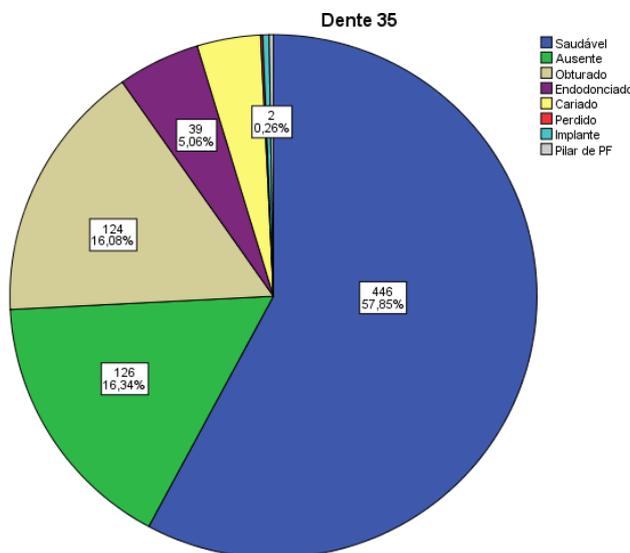
Dente 33



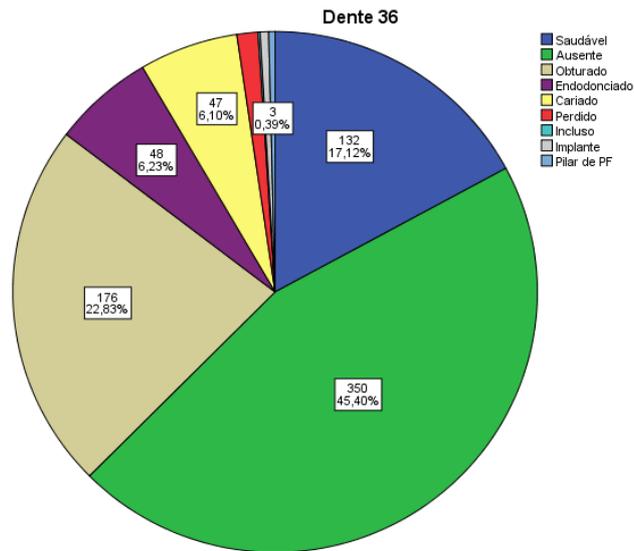
Dente 34



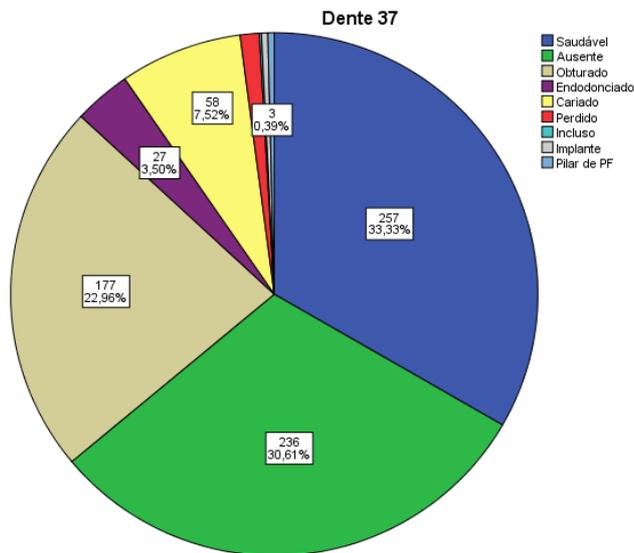
Dente 35



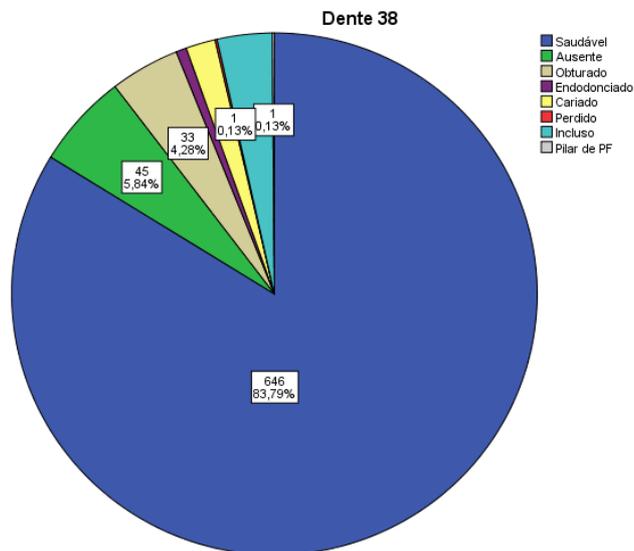
Dente 36



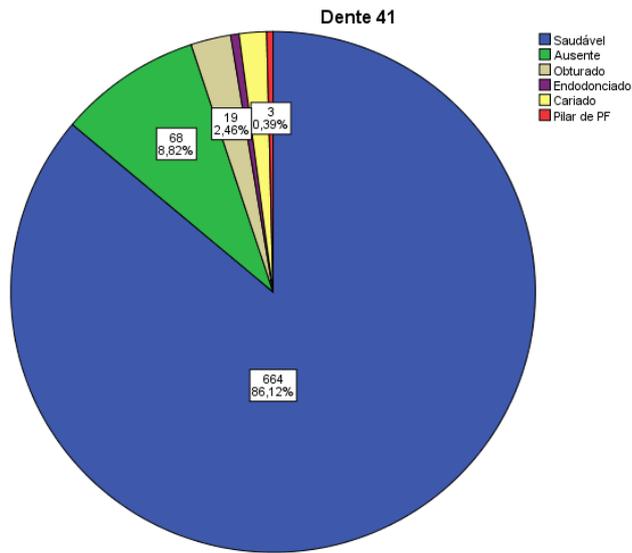
Dente 37



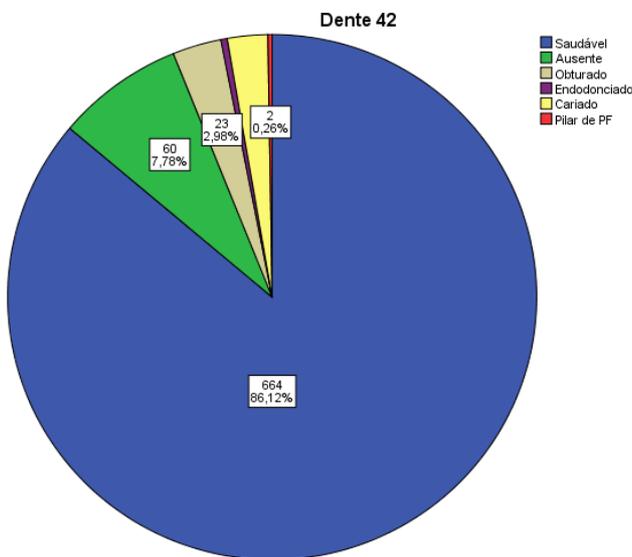
Dente 38



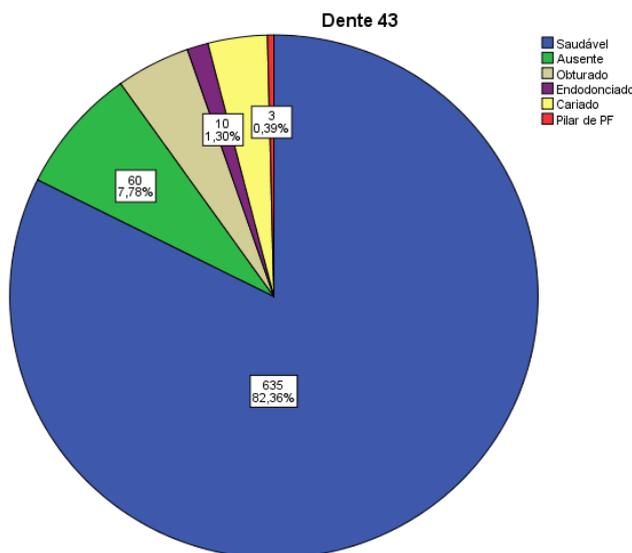
Dente 41



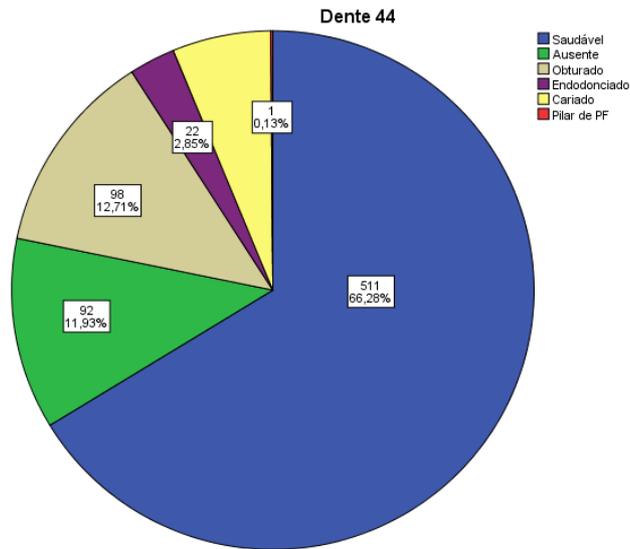
Dente 42



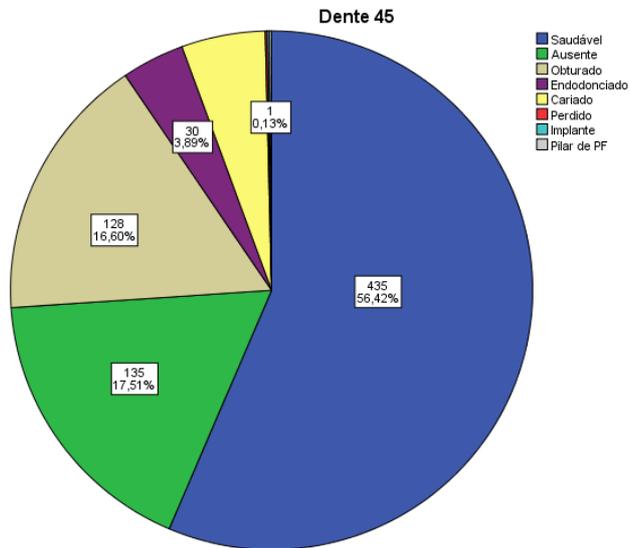
Dente 43



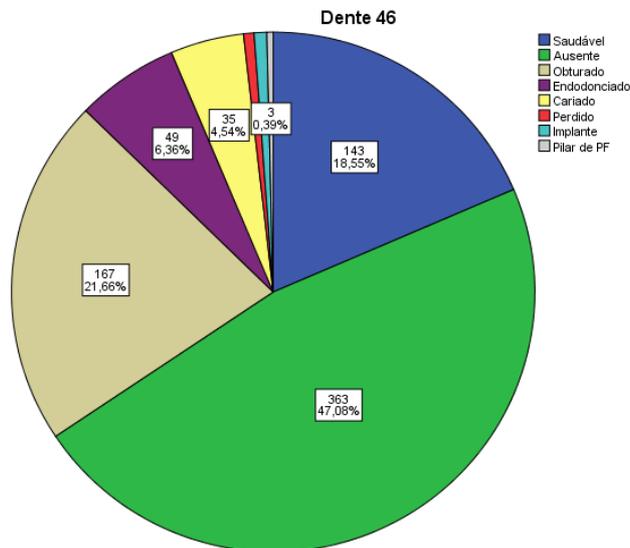
Dente 44



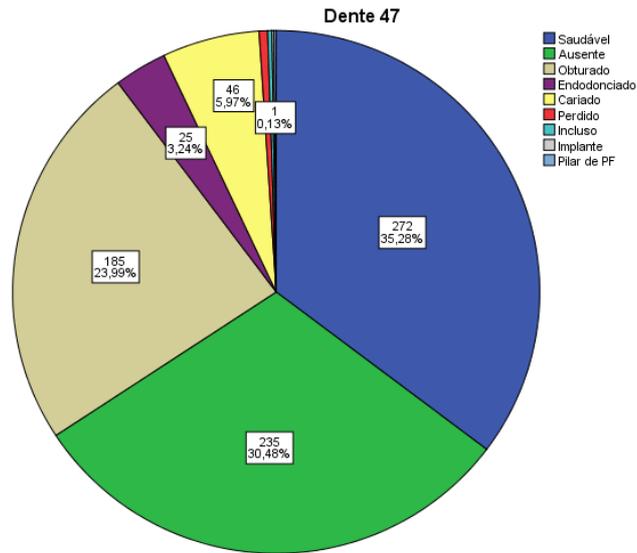
Dente 45



Dente 46



Dente 47



Dente 48

