



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

PERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL DOS UTENTES PELOS  
MÉDICOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

Por:

Ana Rita Ferreira Vaz

Viseu, 2016





CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

PERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL DOS UTENTES PELOS  
MÉDICOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

Por:

Ana Rita Ferreira Vaz

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Coorientador: Professora Doutora Maria José Correia

Viseu, 2016



Ao meu *Pai*

Por ser a estrela mais brilhante no céu.



## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Nélio Veiga e à Professora Doutora Maria José Correia, por todo o apoio prestado durante o desenvolvimento deste projeto e por todos os conhecimentos transmitidos.

À minha mãe Vitória, por todo o apoio, coragem e dedicação.

Ao meu irmão Luis, por todo o incentivo.

Às minhas avós, por todo o orgulho que sempre demonstraram por mim.

Aos meus tios e primos, por todo o carinho e preocupação durante este percurso.

Às minhas amigas, que me acompanharam ao longo destes 5 anos, com quem partilhei uma imensa amizade.



## **Resumo**

**Introdução:** Os médicos de Medicina Geral e Familiar podem ter um papel importante no diagnóstico precoce de patologias orais bem como na promoção da saúde oral, uma vez que, na maioria das vezes são os primeiros a contactar com os utentes. Na sua consulta, podem incentivar os utentes a corretos hábitos de higiene oral.

**Objetivos:** Este estudo visa compreender a perceção que cada médico de Medicina Geral e Familiar tem, relativamente à saúde oral dos seus utentes.

**Métodos:** Foi realizado um estudo piloto, desenhado como um estudo epidemiológico observacional transversal com 34 médicos de Medicina Geral e Familiar de Viseu. Foi aplicado um questionário aos médicos sobre os procedimentos efetuados em caso de patologia oral e também sobre conhecimentos relacionados com a saúde oral.

**Resultados:** Constatou-se que 85,3% dos médicos de Medicina Geral e Familiar responderam que a idade média de erupção do primeiro dente permanente, é aos 6 anos. Relativamente à principal causa de doenças periodontais, 82,3% dos profissionais de MGF reconhecem que é a placa bacteriana. No entanto, apenas 26,5% dos indivíduos associam o risco aumentado de cárie dentária à toma de antidepressivos. Em relação a patologias sistémicas, 91,2% dos médicos de MGF associam as doenças periodontais a doenças cardiovasculares.

**Conclusões:** Os resultados obtidos demonstram que os médicos de Medicina Geral e Familiar de Viseu, apresentam um nível de conhecimento aceitável relativamente à saúde oral dos seus utentes. Contudo, existem lacunas que facilmente serão corrigidas com formações específicas nesta área.

### **Palavras-chave**

Médicos de Medicina Geral e Familiar; conhecimento; cárie dentária; saúde oral; prevenção.



## **Abstract**

**Introduction:** General practitioners may have an important role in the early diagnosis of oral diseases and promotion of oral health, since often they have first to contact with patients. In their practice, the physicians can encourage patients to improve oral hygiene habits.

**Objectives:** This study aims to understand the perception that each general practitioner has towards the oral health of his/her patients.

**Methods:** A pilot study was conducted, designed as a cross-sectional observational epidemiological study of 34 general doctors of the Health Centers of Viseu. A questionnaire was applied to doctors regarding the procedures performed in the event of oral pathology and also about knowledge towards oral health.

**Results:** It was found that 85.3% of the general practitioners replied that the average age of eruption of the first permanent tooth, is 6 years. For the primary cause of periodontal diseases, 82.3% of general doctors recognize that it's bacterial plaque. However, only 26.5% of individuals associated the increased risk of dental caries with antidepressants therapy. For systemic pathologies, 91.2% of the participants in the present study, were aware of periodontal diseases being associated with cardiovascular diseases.

**Conclusions:** The results show that general practitioners of Viseu have an acceptable level of knowledge regarding the oral health of its users. However, there are gaps to be fulfilled with specific training in this field.

## **Key words**

General Doctors; knowledge; dental carie; oral health; prevention.



# Índice

<b>1. Introdução .....</b>	<b>3</b>
1.1. Conceito de saúde geral/ saúde oral.....	3
1.3. Cárie Dentária .....	4
1.4. Cronologia de erupção .....	5
1.5. Manifestações das doenças sistémicas na cavidade oral .....	7
1.5.1. Doenças cardiovasculares .....	7
1.6. Manifestações Clínicas Oraís na Gravidez.....	9
1.6.1. Erosão dentária.....	10
1.6.2. Cárie Dentária .....	10
1.6.3. Doença periodontal .....	10
1.6.4. Tratamento dentário durante a gravidez .....	12
1.7. Prevenção da saúde oral .....	13
1.8. Medicação associada a cárie dentária .....	14
1.9. Radioterapia e quimioterapia associada a cárie dentária.....	15
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>19</b>
<b>3. Materiais e Métodos.....</b>	<b>23</b>
3.1. Tipo de estudo .....	23
3.2. Recolha de dados .....	23
3.2.1. Protocolo .....	24
3.3. Análise estatística .....	24
3.4. Procedimentos Legais e éticos .....	24
3.5. Amostra.....	25
3.5.1. Caracterização da amostra .....	26
<b>4. Resultados .....</b>	<b>29</b>
4.1. Procedimentos médicos efetuados em caso de patologia oral .....	29

4.2.	Conhecimentos médicos em relação à saúde oral infantil. ....	39
4.3.	Conhecimentos médicos em relação à saúde oral em geral.....	47
4.4.	Conhecimentos médicos que relacionam a saúde oral com questões médicas.....	51
4.5.	Comparação de respostas certas nas diferentes faixas etárias .....	57
4.6.	Formação sobre saúde oral .....	60
<b>5.</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>63</b>
5.1.	Guidelines de saúde oral para os Médicos de Medicina Geral e Familiar 68	
<b>6.</b>	<b>Conclusão .....</b>	<b>71</b>
<b>7.</b>	<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>75</b>
<b>8.</b>	<b>Apêndices.....</b>	<b>83</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1-Tabela de erupção dentária decídua. Adaptado da Associação Americana de Odontopediatria.....	6
Tabela 2-Tabela de erupção dentária permanente. Adaptado da Associação Americana de Odontopediatria.....	6
Tabela 3- Frequência com que os utentes referem dor na face e/ou cavidade oral. ....	29
Tabela 4- Frequência de observação intra-oral aos utentes. ....	30
Tabela 5-Frequência do reconhecimento de sinais e sintomas das patologias orais mais comuns. ....	31
Tabela 6- Frequência de prescrição de medicação analgésica quando referida dor dentária e/ou orofacial.....	32
Tabela 7- Frequência de prescrição de medicação antibacteriana quando referida dor dentária e/ou orofacial com presença de edema da face e infeção. ....	33
Tabela 8- Frequência de recomendação de consulta de medicina dentária. ...	34
Tabela 9- Conselhos/ instruções de cuidados de higiene oral. ....	35
Tabela 10- Motivação aos encarregados de educação para um cuidado acrescido em relação à saúde oral.....	36
Tabela 11- Frequência da abordagem do consumo de açúcares/ higiene oral nas consultas de vigilância infantil .....	37
Tabela 12- Frequência de prescrição de flúor sistémico. ....	38
Tabela 13- Idade de erupção do 1º dente permanente .....	39
Tabela 14- Idade de erupção do 1º dente decíduo. ....	40
Tabela 15- Primeiro dente permanente a erupcionar. ....	41
Tabela 16- Frequência de respostas à afirmação 17.3. ....	42
Tabela 17- Frequência de respostas à afirmação 17.4. ....	42
Tabela 18- Frequência de respostas à afirmação 17.5. ....	43
Tabela 19- Frequência de respostas à afirmação 17.6. ....	43
Tabela 20-Frequência de respostas à afirmação 17.7. ....	44
Tabela 21-Frequência de respostas à afirmação 17.9. ....	44
Tabela 22-Frequência de respostas à afirmação 17.10. ....	45

Tabela 23-Frequência de respostas à afirmação 17.11. ....	45
Tabela 24-Frequência de respostas à afirmação 17.12. ....	45
Tabela 25-Frequência de respostas à afirmação 17.13. ....	47
Tabela 26-Frequência de respostas à afirmação 17.14. ....	47
Tabela 27-Frequência de respostas à afirmação 17.15. ....	48
Tabela 28-Frequência de respostas à afirmação 17.16. ....	48
Tabela 29-Frequência de respostas à afirmação 17.17. ....	48
Tabela 30- Frequência de respostas à afirmação 17.18. ....	49
Tabela 31-Frequência de respostas à afirmação 17.19. ....	49
Tabela 32-Frequência de respostas à afirmação 17.20. ....	49
Tabela 33-Frequência de respostas à afirmação 17.21. ....	50
Tabela 34-Frequência de respostas à afirmação 17.22. ....	51
Tabela 35-Frequência de respostas à afirmação 17.23. ....	51
Tabela 36-Frequência de respostas à afirmação 17.24. ....	52
Tabela 37-Frequência de respostas à afirmação 17.25. ....	52
Tabela 38-Frequência de respostas à afirmação 17.26. ....	52
Tabela 39-Frequência de respostas à afirmação 17.27. ....	53
Tabela 40-Frequência de respostas à afirmação 17.28. ....	53
Tabela 41-Frequência de respostas à afirmação 17.29. ....	54
Tabela 42-Frequência de respostas à afirmação 17.30. ....	54
Tabela 43-Frequência de respostas à afirmação 17.31. ....	54
Tabela 44-Frequência de respostas à afirmação 17.32. ....	55
Tabela 45-Frequência de respostas à afirmação 17.33. ....	55
Tabela 46-Interesse em frequentar formação sobre saúde oral.....	60

## Índice de Gráficos

Gráfico 1-Percentagem de respostas ao questionário. ....	25
Gráfico 2-Distribuição por idades. ....	26
Gráfico 3-Distribuição por género.....	26
Gráfico 4-Frequência com que os utentes referem dor na face e/ou cavidade oral. .....	29
Gráfico 5-Observação intra-oral aos utentes.....	30
Gráfico 6-Reconhecimento de sinais e sintomas das patologias orais mais comuns.....	31
Gráfico 7-Prescrição de medicação analgésica quando referida dor dentária e/ou orofacial.....	32
Gráfico 8-Prescrição de medicação antibacteriana quando referida dor dentária e/ou orofacial com presença de edema e infeção. ....	33
Gráfico 9-Recomendação de consulta de medicina dentária. ....	34
Gráfico 10-Conselhos/ instruções de cuidados de higiene oral.....	35
Gráfico 11-Motivação aos encarregados de educação para um cuidado acrescido em relação à saúde oral.....	36
Gráfico 12-Abordagem do consumo de açúcares/ higiene oral em consultas de vigilância infantil. ....	37
Gráfico 13-Prescrição de flúor sistémico. ....	38
Gráfico 14-Idade de erupção do primeiro dente permanente. ....	39
Gráfico 15-Idade de erupção do 1º dente decíduo. ....	40
Gráfico 16-Primeiro dente permanente a erupcionar. ....	41
Gráfico 17-Respostas às questões relacionadas com a saúde oral infantil. ....	46
Gráfico 18-Respostas às questões relacionadas com a saúde oral em geral. .	50
Gráfico 19-Respostas às questões que relacionam a saúde oral com questões médicas. ....	56
Gráfico 20-Percentagem de respostas corretas ao grupo 3 nas diferentes faixas etárias. ....	57
Gráfico 21-Percentagem de respostas corretas ao grupo 4 nas diferentes faixas etárias. ....	58
Gráfico 22-Percentagem de respostas corretas ao grupo 5 nas diferentes faixas etárias. ....	59
Gráfico 23-Interesse em frequentar formação sobre saúde oral. ....	60



## INTRODUÇÃO

---



# 1. Introdução

## 1.1. Conceito de saúde geral/ saúde oral

Para a *Organização Mundial de Saúde* (OMS), a saúde não é definida apenas como ausência de doença, mas sim como a situação de perfeito bem-estar mental, físico e social.<sup>(1)</sup> A saúde trata-se de um fator crucial para o desenvolvimento humano.<sup>(2)</sup> Desta forma, a literacia em saúde, está associada ao conhecimento e aos comportamentos de cada indivíduo, ou seja, é definida como a capacidade de obter, processar e compreender a informação básica de saúde e serviços necessários para tomar decisões apropriadas.<sup>(3)</sup>

A OMS define literacia em saúde como, as capacidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade de cada indivíduo para aceder, compreender e utilizar a informação de forma útil para promover e manter uma boa saúde.<sup>(4, 5)</sup>

Por sua vez, um conhecimento reduzido acerca de saúde está associado a comportamentos menos saudáveis, pouca recorrência a serviços preventivos, um estado de saúde geral precário, taxas de hospitalização elevadas <sup>(5-9)</sup>, o que proporciona um quotidiano mais vulnerável. <sup>(5, 7)</sup>

A mesma definição poderá ser usada no contexto da saúde oral. A saúde oral é uma parte integrante da saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida. <sup>(10, 11)</sup> Por vezes, os cuidados de saúde oral não fazem parte de um estilo de vida saudável e a sua importância é negligenciada pela maioria dos indivíduos. <sup>(12)</sup>

A literacia em saúde oral é definida como a interação entre a cultura, a sociedade, o sistema de saúde, a educação, tornando-se um pré-requisito para comportamentos relacionados com o bem-estar geral. <sup>(12-15)</sup>

## **1.2. Campo de atuação dos Médicos de Medicina Geral e Familiar**

Segundo a *European Academy of Teachers in General Practice/ Family Medicine* (EURACT), o campo de atuação da Especialidade de Medicina Geral e Familiar caracteriza-se por ser muito vasto e abrangente. É considerado como sendo o primeiro contacto médico dentro do sistema de saúde, sendo assim muito importante, pois a primeira avaliação de todos os problemas de saúde é observada em primeira mão, não existindo qualquer tipo de restrição para os utentes. O campo de atuação da Especialidade de Medicina Geral e Familiar revela ainda importância na capacidade de interagir com todas as outras especialidades, fazendo com que haja um trabalho de equipa em prol do paciente, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde primários prestados. Gere, simultaneamente, problemas agudos e crónicos de pacientes individuais e promove a saúde e o bem-estar, através de intervenções apropriadas e efetivas. Tem uma responsabilidade acrescida e desempenha um papel crucial na saúde da comunidade onde se insere, tendo a capacidade de intervir em casos de urgência ou sempre que necessário. A especialidade de Medicina Geral e Familiar para além de promover cuidados de saúde mais próximos e direcionados para a comunidade onde se insere, faz também a gestão e coordenação de métodos de prevenção, de cura, de reabilitação e de cuidados continuados e paliativos.<sup>(16)</sup> Uma das áreas de intervenção, além da Medicina Geral, é a saúde oral, dado que cada vez mais existe evidência científica que estabelece uma relação entre patologia oral e doença sistémica. A promoção da saúde oral e prevenção de problemas orais é muito importante, especialmente, em grupos específicos como as crianças, grávidas e pacientes oncológicos.

## **1.3. Cárie Dentária**

A cárie dentária trata-se de uma doença, irreversível dos tecidos calcificados dos dentes, que afeta a maioria da população. Caracteriza-se pela desmineralização da porção inorgânica e destruição da porção orgânica do dente, o que provoca a cavitação em casos mais avançados. <sup>(17, 18)</sup>

É uma doença multifatorial e crónica que se inicia com mudanças microbiológicas dentro do complexo biofilme e é também influenciada pelo fluxo salivar e pela sua composição, exposição a fluoretos, consumo de açúcares e também por comportamentos preventivos, tais como, a escovagem dentária, pelo menos, duas vezes por dia.<sup>(19)</sup>

Também se pode concluir que a cárie dentária está intimamente relacionada com o estilo de vida e comportamentos do indivíduo, tais como, hábitos escassos de higiene oral e maus hábitos alimentares (consumo frequente de hidratos de carbono refinados, medicamentos orais que contêm açúcar).<sup>(19, 20)</sup> Outros fatores relacionados com o risco de cárie dentária, incluem a condição socioeconómica, estatuto social, educação, uso de selantes de fissuras, uso de aparelhos ortodônticos e também próteses parciais pouco ajustadas.<sup>(19, 21)</sup> Além disso, crianças com história clínica ou evidências de cárie, ou irmãos com um grande número de lesões de cárie presentes na cavidade oral, devem ser referenciados como grupo de risco elevado para o desenvolvimento da doença. <sup>(19)</sup>

A cárie dentária surge, normalmente, como uma lesão de mancha branca em esmalte, que são pequenas áreas de desmineralização que se encontram por baixo da placa bacteriana. Em situações em que a cárie progride, existe uma destruição parcial ou completa da coroa. <sup>(19, 21, 22)</sup>

#### **1.4. Cronologia de erupção**

A erupção dentária é o processo pelo qual o dente se move do seu local de desenvolvimento até à sua posição final e funcional na cavidade oral, mais especificamente para a posição considerada ao nível do plano oclusal. <sup>(23)</sup>

Embora este processo seja geneticamente determinado, é também influenciado por fatores como a hereditariedade, constituição física, alterações hormonais, potenciais anomalias, nutrição e outras patologias sistémicas. <sup>(24)</sup>

Ao longo da sua vida, o ser humano, apresenta duas dentições. A primeira, que se inicia geralmente aos 6 meses de vida, designa-se por dentição temporária ou dentição decídua. A segunda dentição designa-se por dentição definitiva ou dentição permanente.

Os dentes decíduos são importantes uma vez que são responsáveis pela manutenção do espaço para os dentes permanentes. Os mesmos servem de guia e ajudam no desenvolvimento da face e da mandíbula. <sup>(25)</sup>

Tabela 1-Tabela de erupção dentária decídua. Adaptado da Associação Americana de Odontopediatria.

Dentição Decídua						
	Calcificação começa	Formação completa	Erupção		Esfoliação	
			Maxilar	Mandibular	Maxilar	Mandibular
<b>Incisivos centrais</b>	4º mês fetal	18-24 meses	6-10 meses	5-8 meses	7-8 anos	6-7 anos
<b>Incisivos laterais</b>	4º mês fetal	18-24 meses	8-12 meses	7-10 meses	8-9 anos	7-8 anos
<b>Caninos</b>	4º mês fetal	30-39 meses	16-20 meses	16-20 meses	11-12 anos	9-11 anos
<b>Primeiros molares</b>	4º mês fetal	24-30 meses	11-18 meses	11-18 meses	9-11 anos	10-12 anos
<b>Segundos molares</b>	4º mês fetal	36 meses	20-30 meses	20-30 meses	9-12 anos	11-13 anos

O aparecimento da segunda dentição na cavidade oral, ou seja, a dentição permanente, inicia-se, geralmente aos seis anos, com a erupção do primeiro molar, a distal do segundo molar decíduo. Normalmente, aos sete anos, ocorre a erupção do incisivo central inferior. <sup>(26)</sup>

Tabela 2-Tabela de erupção dentária permanente. Adaptado da Associação Americana de Odontopediatria.

Dentição Permanente					
	Calcificação começa	Coroa (esmalte) completa	Raízes completas	Erupção	
				Maxilar	Mandibular
<b>Incisivos centrais</b>	3-4 meses	4-5 anos	9-10 anos	7-8 anos	6-7 anos
<b>Incisivos laterais</b>	Maxila: 10-12 meses Mandíbula: 3-4 meses	4-5 anos 4-5 anos	11 anos 10 anos	8-9 anos	7-8 anos
<b>Caninos</b>	4-5 meses	6-7 anos	12-15 anos	11-12 anos	9-11 anos
<b>1º pré-molares</b>	18-24 meses	5-6 anos	12-13 anos	10-11 anos	10-12 anos
<b>2º pré-molares</b>	24-30 meses	6-7 anos	12-14 anos	10-12 anos	11-13 anos
<b>Primeiros molares</b>	Nascimento	30-36 meses	9-10 anos	5.5-7 anos	5.5-7 anos
<b>Segundos molares</b>	30-36 meses	7-8 anos	14-16 anos	12-14 anos	12-14 anos
<b>Terceiros molares</b>	Maxila: 7-9 anos Mandíbula: 8-10 anos			17-30 anos	17-30 anos

## **1.5. Manifestações das doenças sistémicas na cavidade oral**

É importante conhecer a relação direta e as possíveis interações entre as patologias sistémicas e a cavidade oral com todos os órgãos que a constituem, desde os dentes, língua, glândulas, às restantes estruturas. Alguns investigadores já sugeriram que, indivíduos com inflamações crónicas diagnosticadas, tais como periodontite, cáries ativas e a perda de peças dentárias podem acelerar a aterosclerose e aumentar o risco de doenças cardiovasculares.<sup>(27)</sup> Assim, é importante que o profissional de MGF esteja familiarizado com a importância que a saúde oral, tem na gestão de algumas patologias sistémicas.

A doença periodontal crónica é muito significativa a nível mundial, sendo das doenças mais prevalentes nas populações.<sup>(28)</sup> Indivíduos que apresentam periodontite crónica grave, apresentam um risco aumentado para desenvolver doença cardiovascular, incluindo aterosclerose, enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral. <sup>(28-30)</sup>

Para além da doença periodontal, qualquer patologia oral que origine uma inflamação local pode levar ao aumento de proteínas reativas, fibrinogénios e leucócitos na circulação, que são marcadores inflamatórios reconhecidos por poderem aumentar o risco de hipertensão e doenças coronárias.<sup>(31)</sup>

### **1.5.1. Doenças cardiovasculares**

As patologias cardiovasculares são a principal causa de morte e morbilidade em Portugal.<sup>(32)</sup> Estudos revelam que existe uma relação entre inflamação crónica e doenças coronárias e cardiovasculares. <sup>(33, 34)</sup>

A doença periodontal é uma patologia de carácter inflamatório que pode ter evolução crónica. É provocada por bactérias anaeróbias gram-negativas que induzem uma resposta do sistema imunitário, através das células do indivíduo, afetando as estruturas de suporte do dente, seja o osso alveolar, ligamento periodontal e células que os constituem.<sup>(33)</sup> Está associada a níveis elevados de vários marcadores de inflamação crónica. <sup>(33, 35, 36)</sup> Como existem evidências que associam inflamação crónica à etiologia de doenças coronárias, conclui-se que existe uma relação entre a doença periodontal e a etiologia de doenças

coronárias.<sup>(33, 34)</sup> Além disso, outros estudos sugerem a relação entre doenças cardiovasculares e doença periodontal.<sup>(30)</sup>

A *Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study* (INVEST) foi projetado especificamente para estudar a hipótese de que as infecções periodontais aceleram a progressão de aterosclerose carotídea, incidência de acidentes vasculares cerebrais, enfarte do miocárdio e consequente morte por doença cardiovascular.<sup>(30, 37)</sup>

### 1.5.2. Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus trata-se de uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal de glicose no sangue que resulta numa deficiência na secreção de insulina ou num aumento da resistência celular às ações de insulina, conduzindo a várias anormalidades metabólicas envolvendo hidratos de carbono, gorduras e proteínas.<sup>(38, 39)</sup>

A diabetes mellitus está associada a diversas patologias da cavidade oral, nomeadamente a gengivite, a periodontite, cárie dentária, doenças da mucosa oral, disgeusia, disfunção salivar e infecções orais oportunistas tais como a candidíase. A relação com a cárie dentária não tem justificação precisa, entende-se que a diabetes pode causar desordens neurosensoriais que diminuem a capacidade motora do indivíduo na realização de atividades diárias, tais como a escovagem.<sup>(38, 39)</sup> As disfunções salivares são devidas à incidência de xerostomia nos pacientes diabéticos.<sup>(40)</sup>

Vários mecanismos têm sido propostos de forma a explicar o aumento da suscetibilidade das doenças periodontais, nomeadamente alterações na resposta do hospedeiro, microflora subgengival, vascularização, fluido gengival, padrões de hereditariedade.<sup>(38)</sup>

Em pacientes com diabetes mellitus, a periodontite resulta de uma resposta inflamatória dos tecidos periodontais. Um número de citocinas pró-inflamatórias são produzidas no tecido periodontal inflamado. Ao entrar na circulação sanguínea através da microcirculação periodontal, pode afetar outros tecidos e órgãos vitais.<sup>(39, 41)</sup>

Outra particularidade da diabetes é o facto de, quando não controlada, em associação a hábitos tabágicos, aumenta o risco de doença periodontal. Além disso, vários estudos concluíram que infeções periodontais contribuem para uma dificuldade no controlo glicémico. <sup>(38)</sup>

Relativamente aos tratamentos dentários, o médico dentista em casos de pacientes diabéticos com níveis glicémicos não controlados, deve optar por uma terapêutica antibiótica de forma a prevenir possíveis complicações, principalmente, em tratamentos mais invasivos como osteotomia e tratamentos endodônticos. Grandes quantidades de epinefrina, por exemplo, podem antagonizar os efeitos da insulina como consequência de hiperglicemia, enquanto pequenas quantidades de corticosteroides sistémicos podem alterar os níveis de glicemia. De forma a proceder adequadamente, o médico dentista terá de estabelecer o diagnóstico (diabetes tipo 1 ou tipo 2 e a forma de terapia) e verificar se os níveis se encontram controlados. Em cada consulta médico-dentária, deverão ser realizadas e registadas, atualizações médicas, de forma a orientar o profissional nas decisões de tratamento. O consultório dentário deverá ser equipado com fontes de glicose imediatas e o médico dentista deverá estar habilitado para usar um glicosímetro de forma a medir os níveis de glicose no sangue. <sup>(38, 42)</sup>

## **1.6. Manifestações Clínicas Orais na Gravidez**

A gravidez desencadeia efeitos a nível sistémico, além dos órgãos reprodutivos, que resultam do complexo hormonal, imunológico, dietético e mudanças comportamentais. Esta fase provoca, consequentemente, alterações orais e mastigatórias ao nível da microflora subgingival. <sup>(43, 44)</sup>

Cuidados de saúde pré-natal devem, por isso, incluir uma avaliação da saúde oral. No entanto, esta é frequentemente negligenciada pelas grávidas. Prova disso é que apenas 22% a 34% de mulheres, nos Estados Unidos, recorrem ao médico dentista durante a gravidez, mesmo quando surgem problemas relacionados com a cavidade oral. <sup>(45)</sup>

A causa desta falta de cuidado deve-se principalmente a mitos sobre os efeitos da gravidez na saúde oral e também a preocupações com a segurança do feto durante o tratamento dentário. As patologias orais, normalmente associadas à gravidez, são a gengivite, o surgimento da gengivite gravídica e tumor gravídico, aumento da mobilidade dentária, aumento do número de cáries dentárias e a erosão dentária. <sup>(45)</sup>

#### 1.6.1. Erosão dentária

Durante a gravidez, a cavidade oral é exposta frequentemente ao ácido gástrico devido ao enjoo matinal e consequente vômito, podendo causar uma extensa erosão dentária. Desta forma, é importante informar a paciente grávida que a escovagem dentária, imediatamente após o vômito, não é recomendada, de forma a evitar a sua abrasão. Além disso, é aconselhado o uso de elixires orais fluoretados devido à vulnerabilidade dentária sofrida pelos ácidos naturais para proporcionar o endurecimento e aumento da resistência da dentina exposta permitindo a redução da sensibilidade. <sup>(46)</sup>

#### 1.6.2. Cárie Dentária

A cárie dentária afeta cerca de um quarto das mulheres em idade reprodutiva. Durante a gravidez, a mulher está propensa a um maior risco de desenvolvimento de cárie dentária, devido a um aumento do ácido que é produzido na superfície do dente, por bactérias cariogénicas da placa bacteriana que metabolizam os hidratos de carbono. O mesmo acontece, pela ingestão mais frequente de alimentos açucarados, juntamente com uma negligência da higiene oral durante a gravidez. <sup>(45, 47, 48)</sup>

Normalmente, as bactérias cariogénicas são adquiridas pelos bebés através da transmissão direta salivar das progenitoras, ao tentar remover os resíduos das chupetas colocando-os na cavidade oral, ou a verificar a temperatura dos alimentos, colocando em contacto direto os microrganismos presentes na cavidade oral da mãe. <sup>(48, 49)</sup>

#### 1.6.3. Doença periodontal

Outra condição oral importante que afeta um grande número de mulheres grávidas é a doença periodontal. Esta, é uma doença inflamatória que destrói

tanto a gengiva como o osso que suporta os dentes, e é provocada principalmente por bactérias anaeróbias gram-negativas. <sup>(48)</sup>

Inicia-se na forma de gengivite, onde existe apenas inflamação dos tecidos moles, podendo evoluir para periodontite, caracterizada pela destruição do tecido conjuntivo e do osso alveolar. <sup>(50)</sup> Este processo, onde ocorre uma resposta inflamatória crônica, pode induzir recorrentes bacteriemias o que, indiretamente, resulta na produção de mediadores químicos, como citocinas, prostaglandinas PGE2 e interleucinas IL-6 e IL8, podendo afetar a gravidez. <sup>(45)</sup>

As principais alterações orais que ocorrem, encontram-se relacionadas com o aumento da vascularização, da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais e a resposta exacerbada dos tecidos moles do periodonto aos fatores irritantes locais, associados à elevação dos níveis de estrogênio e progesterona no período da gravidez. <sup>(47, 51)</sup>

Tal como citado anteriormente, a doença periodontal pode afetar a gravidez, podendo mesmo provocar um parto prematuro, ou seja, um parto numa gestação de menos de 37 semanas. <sup>(52)</sup>

*Offenbacher* <sup>(53)</sup>, em 1996 associou, pela primeira vez, a doença periodontal materna e um baixo peso, ao nascimento do recém-nascido. Estudos sugerem que 18% dos partos prematuros em que os recém-nascidos nascem com baixo peso, deve-se à doença periodontal materna. A primeira explicação que surgiu, explica que as bactérias com origem no periodonto, principalmente anaeróbios negativos, podem servir como uma fonte de endotoxinas e lipopolissacarídeos que em seguida, aumenta a quantidade de mediadores inflamatórios locais, incluindo PGE2 e citocinas. Este aumento significativo de mediadores inflamatórios sistêmicos pode conduzir ao parto prematuro. <sup>(48, 53)</sup>

*Boggess* <sup>(48)</sup>, analisou a relação entre a doença periodontal materna e o parto prematuro espontâneo numa amostra constituída por 1313 mulheres grávidas. Os seus resultados indicam que a doença periodontal moderada/ grave materna, identificada no início da gravidez aumenta o risco de nascimento prematuro, independentemente de outros fatores de risco.

Outra queixa das pacientes grávidas consiste no risco de existência de mobilidade dentária. Apesar de existir uma relação entre a mobilidade dentária e a doença periodontal, pacientes grávidas podem referenciar aumento da mobilidade dentária mesmo na ausência da doença. Os incisivos superiores apresentam maior mobilidade durante o último mês de gravidez, possivelmente devido a alterações minerais na lâmina dura, não existindo modificações do osso alveolar. <sup>(45, 54)</sup> Outro contributo para o aumento de mobilidade dentária é a deficiência de vitamina C, devendo ser recomendada em doses terapêuticas.<sup>(55)</sup>

#### 1.6.4. Tratamento dentário durante a gravidez

Durante a gravidez, a mulher deve ser passível de prevenção de doenças e de intervenções de promoção de saúde que podem melhorar a sua saúde oral e também do seu filho. O acesso ao tratamento dentário durante a gravidez, é limitado pela oportunidade de tratamento. A *American Dental Association* (ADA) sugere que tratamentos mais invasivos devem, se possível, ser evitados durante o primeiro e o último trimestre da gravidez. <sup>(56)</sup>

O segundo trimestre é a melhor altura para uma paciente grávida receber tratamentos dentários, visto que se trata da fase em que a paciente se sente mais confortável e a maioria dos sistemas do feto já se encontra numa fase de desenvolvimento avançada, diminuindo a possibilidade de riscos para o mesmo. <sup>(57)</sup>

Durante o primeiro trimestre de gravidez, os riscos de malformações congénitas do feto são mais elevados que nos restantes trimestres. <sup>(56, 58)</sup> Desta forma, o médico dentista deverá ter alguns cuidados. A prescrição de anti-inflamatórios não esteroides e ácido acetilsalicílico não está recomendada durante a gravidez, devido à possibilidade de causarem hemorragias, não só na paciente grávida, mas também no feto. <sup>(59)</sup> O paracetamol é o analgésico mais indicado para pacientes grávidas, no tratamento de dor suave a moderada, uma vez que, quando administrado em doses terapêuticas, não apresenta efeitos teratogénicos para o feto.<sup>(60)</sup> Segundo a *Associação Americana de Odontopediatria*<sup>(61)</sup>, os tratamentos dentários podem incluir raio-x de diagnóstico, destartarizações e também restaurações de dentes cariados com administração de anestésicos locais (epinefrina). Para o tratamento de infeções orais, os

antibióticos de primeira escolha são as penicilinas, visto que têm sido descritas como inócuas para o feto. Pelo contrário, as tetraciclinas estão contraindicadas na gravidez, por atravessarem facilmente a placenta. <sup>(59)</sup>

A última metade do terceiro trimestre provoca um aumento da sensibilidade do útero a estímulos externos, aumentando o risco de parto prematuro. <sup>(56, 58)</sup>

### **1.7. Prevenção da saúde oral**

As doenças orais, tais como a cárie dentária, doença periodontal, perda precoce de dentes e lesões da mucosa oral, são definidas como sendo graves problemas de saúde pública. <sup>(62)</sup>

Estas, afetam as pessoas física e psicologicamente e também influenciam a forma como os indivíduos se desenvolvem, a forma como olham, falam, mastigam, saboreiam os alimentos, bem como se divertem. <sup>(63)</sup>

Na maioria dos países de baixo e médio salário, em geral, a população não beneficia de cuidados de saúde oral, nem se estabelecem programas de prevenção de saúde oral comunitário. Em alguns países, a incidência da cárie dentária aumentou nos últimos anos e espera-se que continue a aumentar, como resultado do excesso consumo de açúcares, nos dias de hoje, e para além disso, a exposição ao fluor por parte dos indivíduos pode não ser a mais favorável. <sup>(62)</sup>

Uma forma de prevenir cáries, principalmente em crianças com maior suscetibilidade a desenvolver cárie dentária, é a aplicação de flúor, visto que, este apresenta três vantagens: remineralização do esmalte; melhoria da estrutura química do esmalte, tornando-o mais resistente ao ácido e redução da capacidade das bactérias, presentes na placa bacteriana, produzirem ácido. <sup>(64, 65)</sup>

Outra forma de prevenção de doenças orais, é iniciar a higiene oral logo após a erupção do primeiro dente decíduo, duas vezes por dia, com uma dedeira ou escova macia, com um dentífrico fluoretado com 100-1500ppm (mg/l) de fluoreto. A quantidade de dentífrico utilizada em cada escovagem, deverá ser idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão, da criança. <sup>(66)</sup>

Atualmente, não se recomenda qualquer tipo de suplemento sistémico com fluoretos. <sup>(66)</sup>

## 1.8. Medicação associada a cárie dentária

Alguns medicamentos podem interferir com a flora oral. Em primeiro lugar, podem reduzir o fluxo salivar para um nível em que os mecanismos normais de tamponamento salivar não estão suficientemente presentes de forma a neutralizar os ácidos constantes na cavidade oral e desta forma manter um pH neutro, com o intuito de remineralizar as áreas afetadas, podendo resultar em cárie dentária. <sup>(67)</sup> A xerostomia é definida como uma queixa de boca seca, que pode resultar da diminuição da produção de saliva. Esta diminuição pode provocar uma redução significativa da qualidade de vida do paciente, dado que a diminuição do fluxo salivar aumenta a suscetibilidade de infecções na cavidade oral pelo fungo *Candida albicans*. <sup>(68)</sup>

A saliva é constituída por dois componentes que são secretados por mecanismos independentes. <sup>(69)</sup> O estímulo parassimpático produz saliva com défice de proteína, enquanto que, o estímulo simpático produz uma quantidade baixa de saliva, no entanto, possui uma alta concentração de proteínas que provoca uma sensação de boca seca. <sup>(69, 70)</sup>

Por outro lado, a medicação pode não provocar qualquer alteração no fluxo salivar alterando, contudo, a qualidade da saliva ou mesmo as características da própria mucosa oral. <sup>(67)</sup>

Os medicamentos que se encontram associados à xerostomia são os antidepressivos tricíclicos, anti psicóticos, atropínicos, beta-bloqueadores e anti-histamínicos. Assim conclui-se que a queixa de xerostomia é comum em pacientes medicados para hipertensão, problemas psiquiátricos ou problemas renais. <sup>(69, 71)</sup>

No entanto, existem medicamentos como os analgésicos/ analgésicos não-esteróides, anti-inflamatórios pediátricos que apresentam adição de açúcares e este pode ser fermentado por bactérias orais que levam à formação de ácido e, por consequência, existe uma queda do pH da cavidade oral <sup>(72)</sup>, principalmente quando a utilização destes medicamentos não está associada a uma eficaz higiene oral, não eliminando os medicamentos da cavidade oral após a ingestão de cada dose. <sup>(72)</sup>

## **1.9. Radioterapia e quimioterapia associada a cárie dentária**

O tratamento de tumores malignos passa frequentemente pela radioterapia. Quando associada à cabeça e pescoço, causa uma hipossalivação severa e permanente, o que resulta em queixas de xerostomia. <sup>(73, 74)</sup>

A radiação destrói as células produtoras de saliva através de um processo denominado por apoptose.<sup>(73)</sup> Os danos provocados na mucosa oral estão relacionados com a dose de radiação, dimensão da fração, o volume de tecido irradiado, esquema de fração e também com o tipo de radiação ionizante. <sup>(75-78)</sup>

A maioria dos pacientes recebe doses terapêuticas que excedem os 60 Gy, o que pode levar à atrofia e conseqüente redução funcional das glândulas salivares, em casos mais graves a glândula pode mesmo tornar-se disfuncional, prova disso, é que após uma semana do início do tratamento, existe uma redução entre 60% a 90% da produção salivar do paciente. <sup>(73)</sup>

Na maioria dos pacientes a quimioterapia é associada à radioterapia, sendo que este último tratamento atua como radiosensibilizador, pode intensificar a apoptose induzida pela radiação. <sup>(79, 80)</sup>

O mecanismo da quimioterapia baseia-se na inibição de processos celulares, especialmente os processos relacionados com o metabolismo do ácido nucleico que inativa a mitose celular. A quimioterapia induz vários efeitos orais adversos, no entanto, tais efeitos ainda não se encontram muito claros. É importante minimizar estes efeitos, de forma a reduzir o desconforto oral para o paciente manter as capacidades funcionais para uma adequada nutrição. <sup>(81)</sup>



## **OBJETIVOS**

---



## 2. Objetivos

Com este trabalho pretende-se:

- Compreender a percepção que cada médico de medicina geral e familiar tem relativamente à saúde oral dos seus utentes.
- Caracterizar a consulta de Medicina Geral e Familiar relativamente à vertente da saúde oral.
- Definir guidelines para servir de orientação para os médicos poderem incluir nas suas consultas, relativamente a cuidados de saúde oral e percepção dos problemas orais dos seus utentes.



## **MATERIAIS E MÉTODOS**

---



## 3. Materiais e Métodos

### 3.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo piloto, desenhado como estudo epidemiológico observacional transversal, onde foi avaliada uma amostra de Médicos de Medicina Geral e Familiar pertencentes às unidades de saúde familiar de Viseu.

### 3.2. Recolha de dados

A recolha de dados referente à perceção oral dos utentes pelos médicos de medicina geral e familiar realizou-se através de um questionário aplicado aos médicos. O questionário trata-se de uma técnica de investigação composta por questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento das suas opiniões. O questionário desenvolvido neste estudo teve por base questionários validados anteriormente <sup>(82-85)</sup>, com algumas modificações e encontra-se dividido em cinco grupos. O primeiro grupo estava direcionado para a aquisição de dados sociodemográficos; o segundo grupo centrava-se nos procedimentos médicos efetuados em casos de patologia oral; o terceiro grupo avaliava o conhecimento acerca da saúde oral infantil; o quarto grupo referia-se a questões acerca do conhecimento de saúde oral geral; o quinto grupo avaliava os conhecimentos acerca da saúde oral relacionando com questões médicas, nomeadamente, fármacos que aumentam o risco de cárie dentária.

### 3.2.1. Protocolo

Inicialmente, foram entregues os questionários (Anexo A) e os consentimentos informados (Anexo B) aos coordenadores de cada unidade de saúde familiar, de forma a que estes entregassem aos médicos de medicina geral e familiar pertencentes à respetiva unidade de saúde.

Duas semanas após a sua entrega, os questionários e os respetivos consentimentos informados, foram recolhidos, novamente, através dos coordenadores de cada unidade de saúde familiar.

### 3.3. Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado no programa IBM® SPSS® Statistics vs. 21.0, que nos permitiu analisar as variáveis contínuas e calcular prevalências que foram expressas em percentagens. Foi ainda aplicado o teste não paramétrico do Qui-quadrado e o teste de Fisher para comparação de proporções.

Posteriormente, selecionaram-se os questionários dos indivíduos com idades compreendidas entre os 30-50 (13 indivíduos) e dos indivíduos entre os 50-60+ (21 indivíduos) e analisaram-se novamente os últimos três grupos de questões, fazendo uma comparação entre estes dois grupos de idades.

### 3.4. Procedimentos Legais e éticos

A informação recolhida através do questionário foi fornecida de modo voluntário e confidencial, sem informação de identificação e cada médico preencheu ainda um termo de consentimento informado, no qual foi mencionado o carácter científico da participação neste estudo. Este estudo foi aprovado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

### 3.5. Amostra

O espaço amostral é constituído pelos Médicos de Medicina Geral e Familiar pertencentes às unidades de saúde familiar de Viseu, que são constituídas no total por 54 médicos. Do centro de Viseu, fazem parte as seguintes unidades de saúde familiar: USF Grão Vasco, USF Alves Martins, USF Viseu Cidade, USF Viriato, USF Lusitana e UCSP D. Duarte.

A amostra inicial era constituída por 54 médicos, no entanto apenas 34 participaram no estudo.

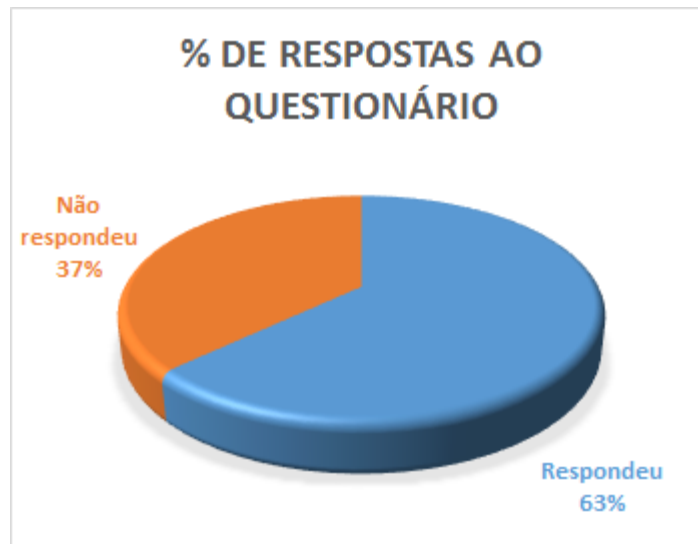


Gráfico 1-Percentagem de respostas ao questionário.

### 3.5.1. Caracterização da amostra

A amostra em estudo foi constituída por 34 indivíduos, sendo 16 (47%) do género masculino e 18 (53%) do género feminino (Figura 2). A distribuição das idades nos dois géneros variou entre os 30 e mais de 60 anos, sendo que 23% da amostra apresenta idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos de idade; 15% da amostra apresenta idades dos 40 aos 50 anos; 41% dos 50 aos 60 anos e 21% apresenta mais de 60 anos. (Figura 3)

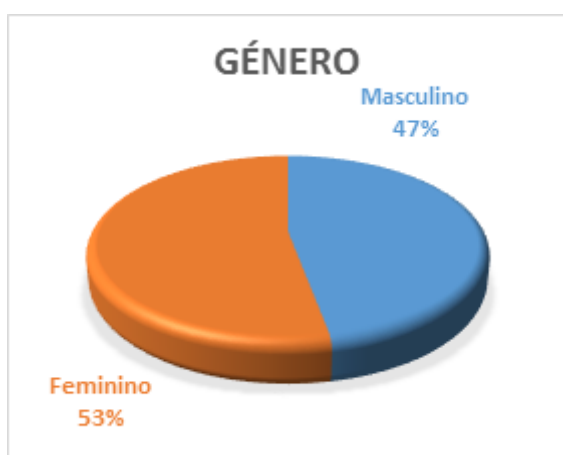


Gráfico 3-Distribuição por género.

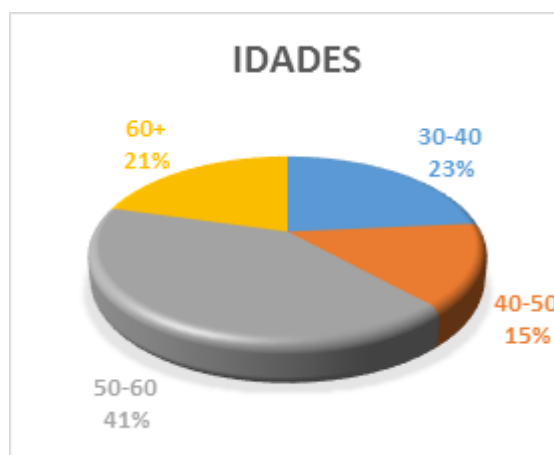


Gráfico 2-Distribuição por idades.

Todos os indivíduos que participaram no estudo residem na área urbana de Viseu.

**RESULTADOS**

---



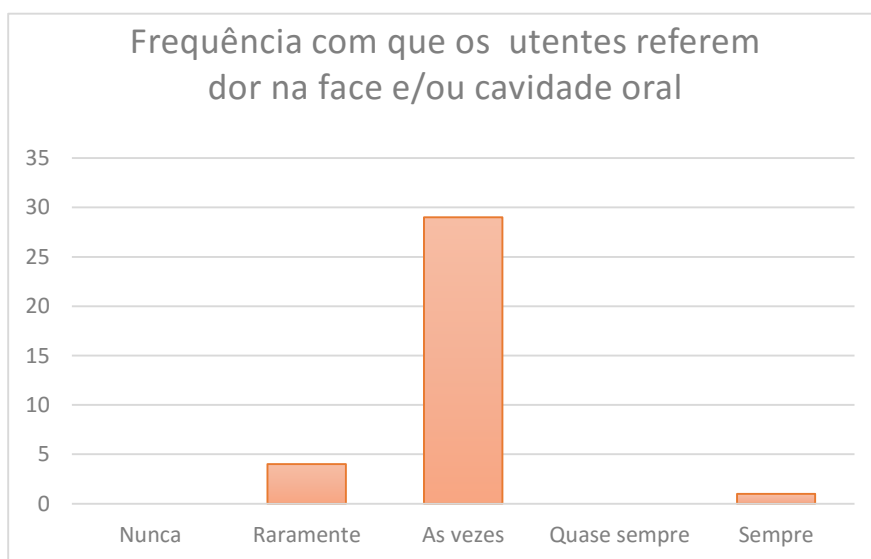
## 4. Resultados

### 4.1. Procedimentos médicos efetuados em caso de patologia oral

Numa amostra de 34 médicos de Medicina Geral e Familiar, verificou-se que 85,3% dos seus utentes refere que apenas “às vezes” sente dor na face e/ou cavidade oral, 11,8% “raramente” e 2,9% responderam sempre. (Tabela 3, Figura 4)

*Tabela 3- Frequência com que os utentes referem dor na face e/ou cavidade oral.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SEMPRE	1	2,9
QUASE SEMPRE	0	0
ÀS VEZES	29	85,3
RARAMENTE	4	11,8
NUNCA	0	0
TOTAL	34	100

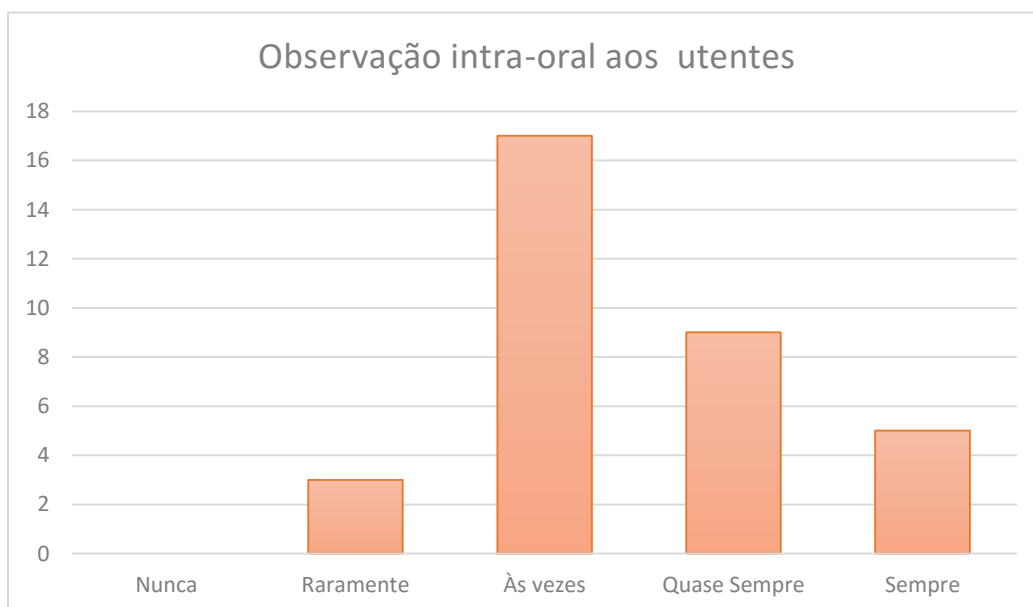


*Gráfico 4- Frequência com que os utentes referem dor na face e/ou cavidade oral.*

Relativamente à observação intra-oral, 50% dos médicos MGF respondeu apenas que observa “às vezes” os seus utentes, 26,5% respondeu “quase sempre”, 14,7% respondeu “sempre” e 8,8% respondeu “raramente”. (Tabela 4, Figura 5)

*Tabela 4- Frequência de observação intra-oral aos utentes.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SEMPRE	5	14,7
QUASE SEMPRE	9	26,5
ÀS VEZES	17	50,0
RARAMENTE	3	8,8
NUNCA	0	0
TOTAL	34	100

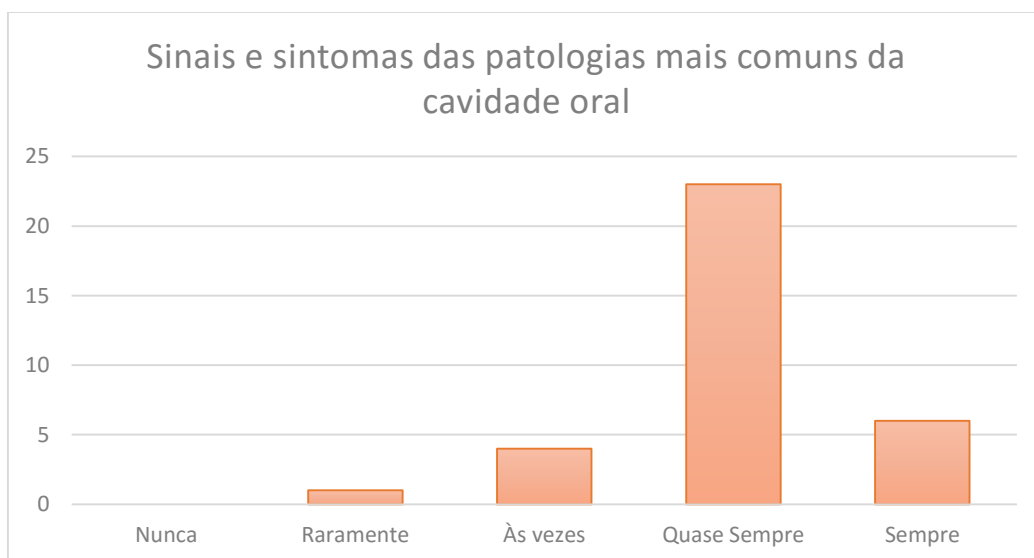


*Gráfico 5- Observação intra-oral aos utentes.*

No que respeita, o reconhecimento de sinais e sintomas das patologias orais mais comuns, verificou-se que 67,6% os reconhece “quase sempre”, 17,7% reconhece “sempre”, 11,8% apenas “às vezes” e 2,9% “raramente” os reconhece. (Tabela 5, Figura 6)

*Tabela 5-Frequência do reconhecimento de sinais e sintomas das patologias orais mais comuns.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SEMPRE	<b>6</b>	<b>17,7</b>
QUASE SEMPRE	<b>23</b>	<b>67,6</b>
ÀS VEZES	<b>4</b>	<b>11,8</b>
RARAMENTE	<b>1</b>	<b>2,9</b>
NUNCA	<b>0</b>	<b>0</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

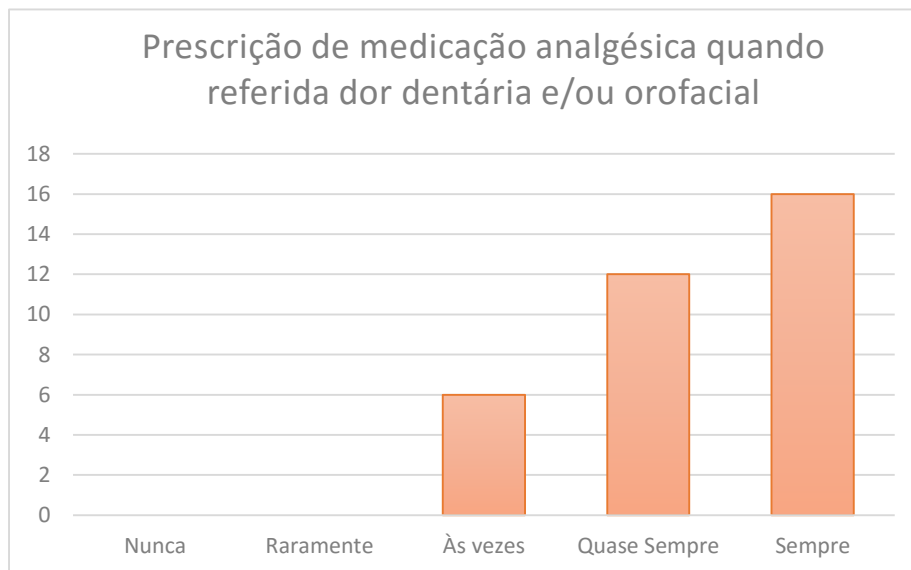


*Gráfico 6-Reconhecimento de sinais e sintomas das patologias orais mais comuns.*

Em relação à prescrição de medicação analgésica, quando referida dor dentária e/ou orofacial, 47% revelaram que prescrevem “sempre” medicação analgésica, 35,3% “quase sempre” e 17,7% “às vezes”. (Tabela 6, Figura 7)

*Tabela 6- Frequência de prescrição de medicação analgésica quando referida dor dentária e/ou orofacial.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SEMPRE	16	47,0
QUASE SEMPRE	12	35,3
ÀS VEZES	6	17,7
RARAMENTE	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	34	100

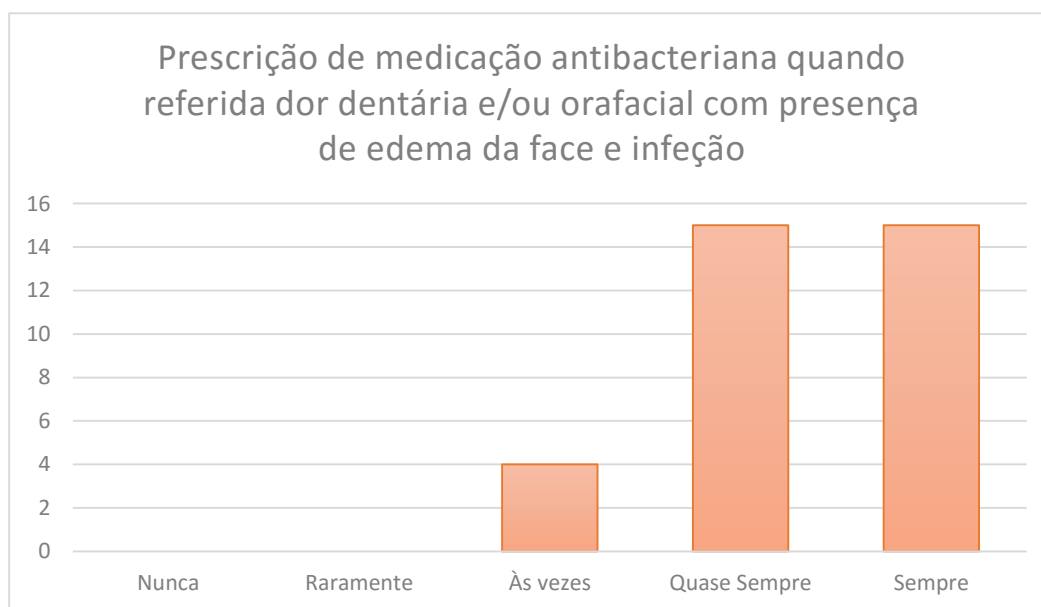


*Gráfico 7- Prescrição de medicação analgésica quando referida dor dentária e/ou orofacial.*

Quando referida dor dentária e/ou orofacial com presença de edema da face e infecção, 44,1% dos indivíduos revelam que “sempre” ou “quase sempre” prescrevem medicação antibacteriana e 11,8% “às vezes”. (Tabela 7, Figura 8)

*Tabela 7- Frequência de prescrição de medicação antibacteriana quando referida dor dentária e/ou orofacial com presença de edema da face e infecção.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SEMPRE	15	44,1
QUASE SEMPRE	15	44,1
ÀS VEZES	4	11,8
RARAMENTE	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	34	100

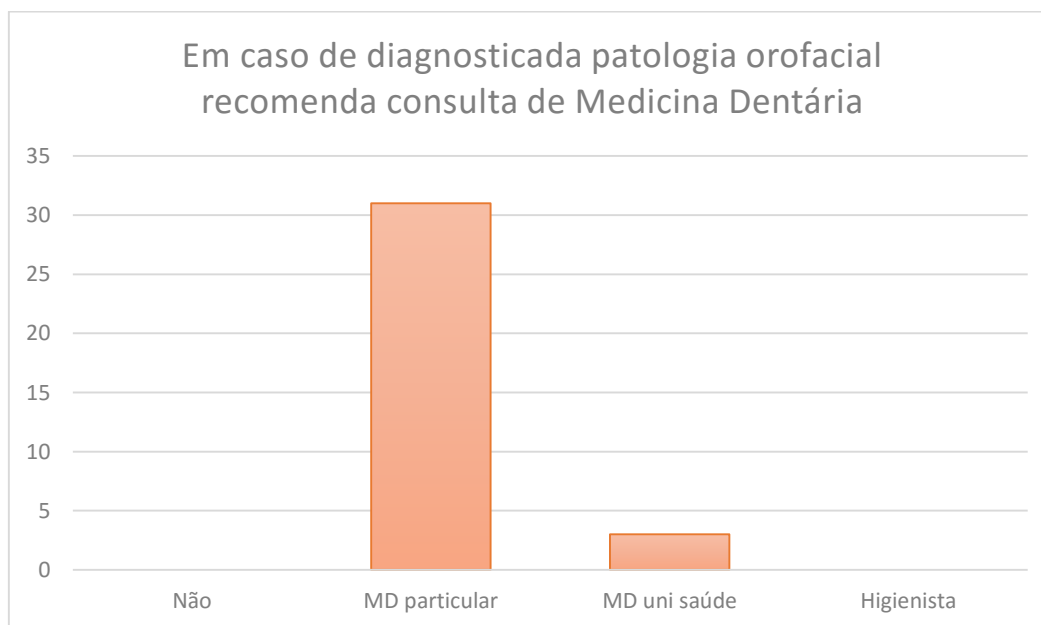


*Gráfico 8-Prescrição de medicação antibacteriana quando referida dor dentária e/ou orofacial com presença de edema e infecção.*

Quando diagnosticada patologia oral, todos os médicos de Medicina Geral e Familiar, reencaminham os seus utentes para consulta de medicina dentária, sendo que 91,2% (31) reencaminha para o médico dentista particular e 8,8% (3) para o médico dentista da unidade de saúde familiar. (Tabela 8, Figura 9)

*Tabela 8- Frequência de recomendação de consulta de medicina dentária.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
NÃO	0	0
SIM, MD PARTICULAR	31	91,2
SIM, MD UNIDADE DE SAÚDE	3	8,8
SIM, HIGIENISTA	0	0
TOTAL	34	100



*Gráfico 9- Recomendação de consulta de medicina dentária.*

Relativamente a conselhos/ instruções de cuidados de higiene oral aos seus utentes, 35,3% dos médicos de Medicina Geral e Familiar “quase sempre” dão conselhos de cuidados de higiene oral, 29,4% “às vezes”, 29,4% “sempre” e 5,9% “raramente”. (Tabela 9, Figura 10)

Tabela 9- Conselhos/ instruções de cuidados de higiene oral.

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SEMPRE	10	29,4
QUASE SEMPRE	12	35,3
ÀS VEZES	10	29,4
RARAMENTE	2	5,9
NUNCA	0	0
TOTAL	34	100

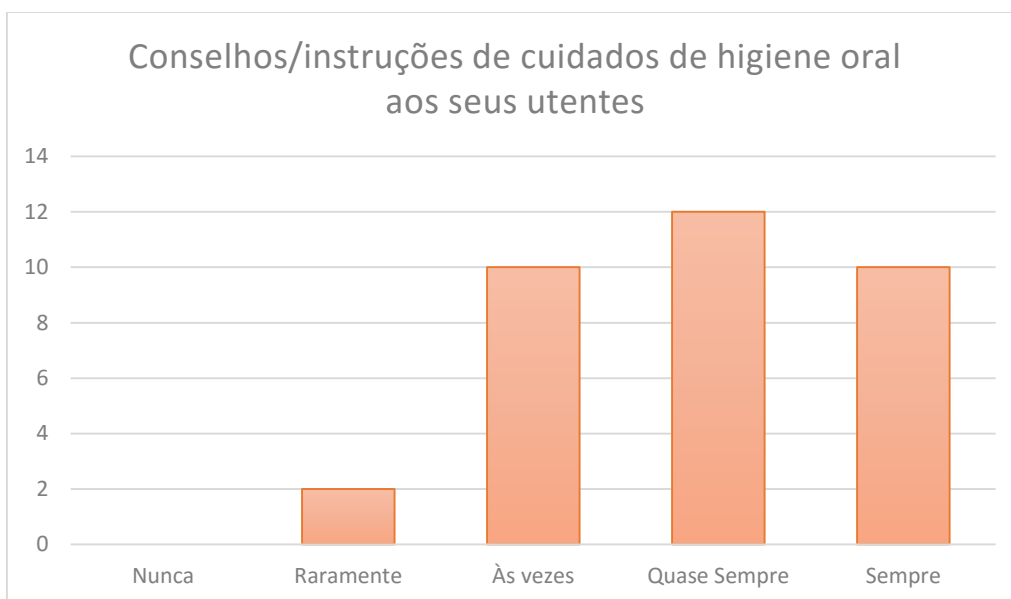
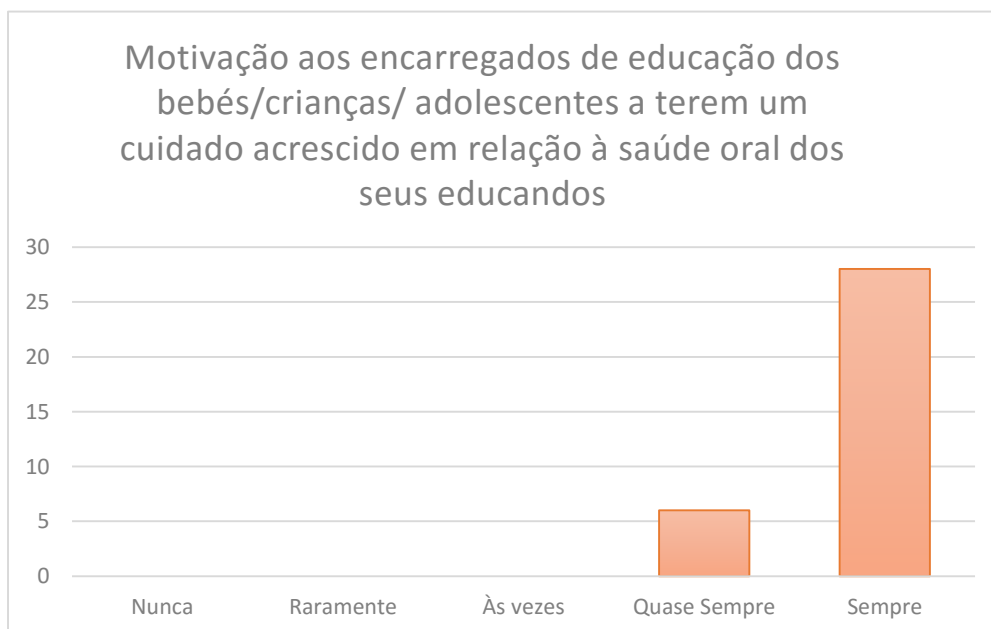


Gráfico 10- Conselhos/ instruções de cuidados de higiene oral.

Relativamente ao incentivo dos médicos de Medicina Geral e Familiar aos encarregados de educação dos bebés/ crianças/ adolescentes a terem um cuidado acrescido em relação à saúde oral, 82,4% (28) incentivam “sempre” e 17,6 % (6) incentivam “quase sempre”. (Tabela 10, Figura 11)

*Tabela 10- Motivação aos encarregados de educação para um cuidado acrescido em relação à saúde oral.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SEMPRE	<b>28</b>	<b>82,4</b>
QUASE SEMPRE	<b>6</b>	<b>17,6</b>
SEMPRE ÀS VEZES	<b>0</b>	<b>0</b>
RARAMENTE	<b>0</b>	<b>0</b>
NUNCA	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

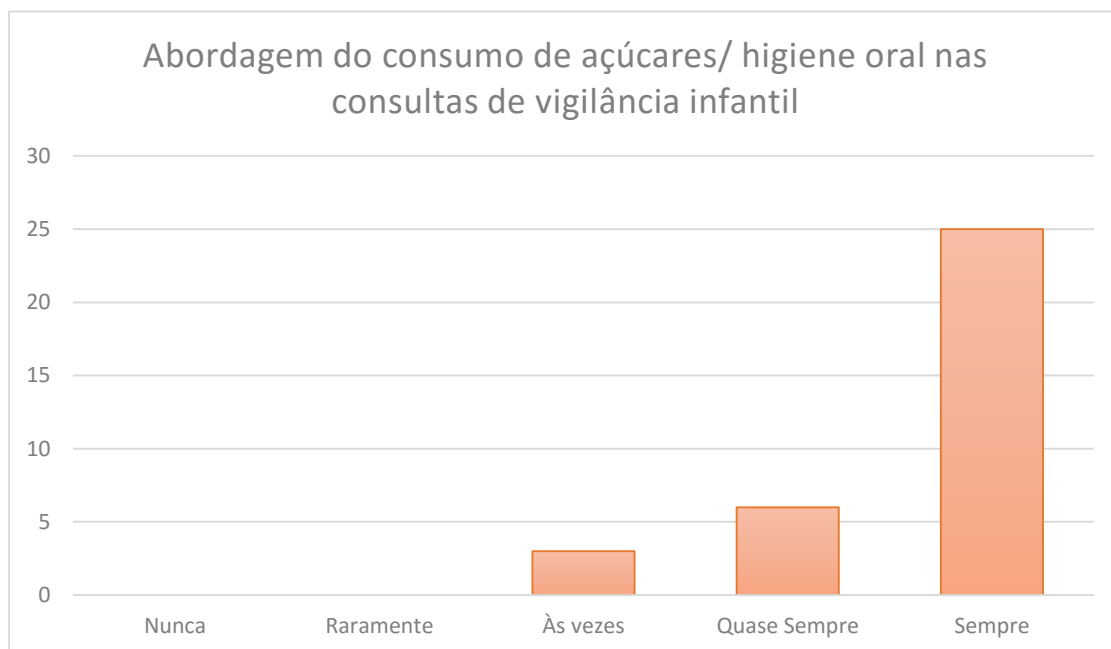


*Gráfico 11-Motivação aos encarregados de educação para um cuidado acrescido em relação à saúde oral.*

Verificou-se que 73,5% dos médicos de Medicina Geral e Familiar, abordam sempre o consumo de açúcares/ higiene oral em consultas de vigilância infantil, dado que a cárie dentária é uma patologia oral muito comum; 17,7% (6) abordam este assunto “quase sempre” e 8,8% “às vezes”. (Tabela 11, Figura 12)

*Tabela 11- Frequência da abordagem do consumo de açúcares/ higiene oral nas consultas de vigilância infantil*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SEMPRE	25	73,5
QUASE SEMPRE	6	17,7
ÀS VEZES	3	8,8
RARAMENTE	0	0
NUNCA	0	0
TOTAL	34	100



*Gráfico 12-Abordagem do consumo de açúcares/ higiene oral em consultas de vigilância infantil.*

Em relação à prescrição de flúor sistêmico, 88,2% dos médicos de Medicina Geral e Familiar, não prescreveu flúor sistêmico durante os últimos 12 meses e 11,8% (4) prescreveu. (Tabela 12, Figura 13)

Tabela 12- Frequência de prescrição de flúor sistêmico.

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SIM	4	11,8
NÃO	30	88,2
TOTAL	34	100

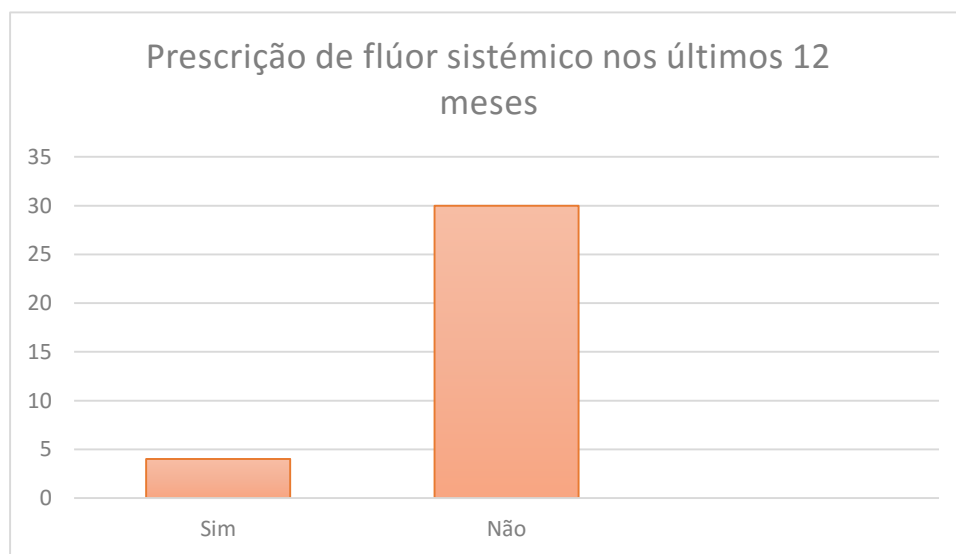


Gráfico 13- Prescrição de flúor sistêmico.

## 4.2. Conhecimentos médicos em relação à saúde oral infantil.

Constatou-se que 85,3% dos médicos de Medicina Geral e Familiar (29) responderam que a idade média de erupção do primeiro dente permanente é aos 6 anos, 8,8% (3) aos 8 anos e 5,9% (2) aos 4 anos. (Tabela 13, Figura 14)

Tabela 13- Idade de erupção do 1º dente permanente

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
4 ANOS	2	5,9
6 ANOS	29	85,3
8 ANOS	3	8,8
10 ANOS	0	0
TOTAL	34	100

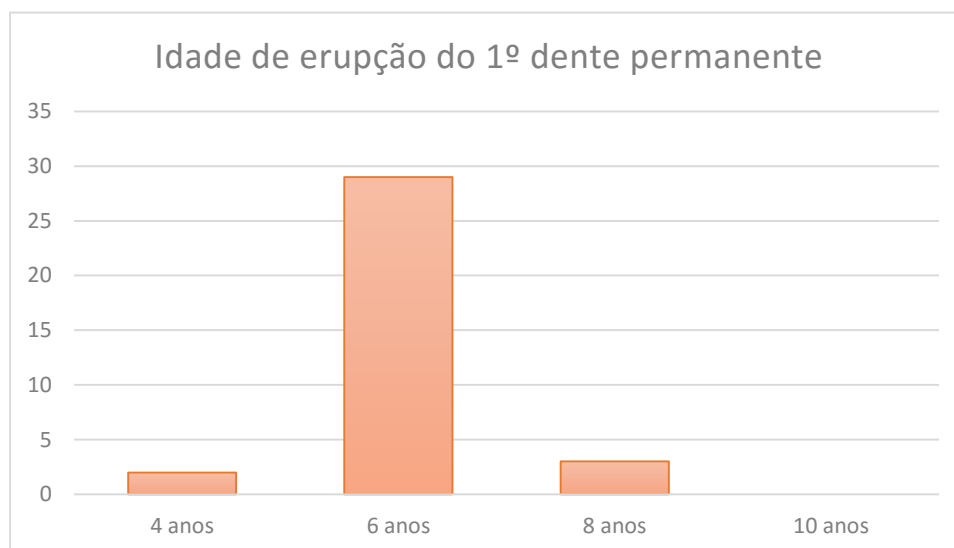
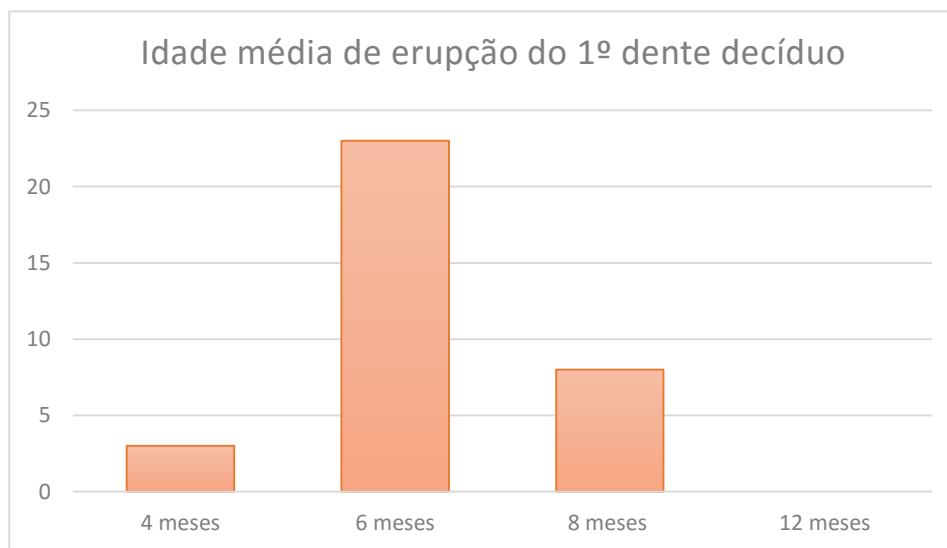


Gráfico 14-Idade de erupção do primeiro dente permanente.

Relativamente à idade média do primeiro dente decíduo, 67,7% dos médicos de MGF de Viseu (23) responderam que erupciona aos 6 meses, 23,5% (8) aos 8 meses e 8,8% (3) aos 4 meses de idade. (Tabela 14, Figura 15)

*Tabela 14- Idade de erupção do 1º dente decíduo.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
4 MESES	3	8,8
6 MESES	23	67,7
8 MESES	8	23,5
12 MESES	0	0
TOTAL	34	100

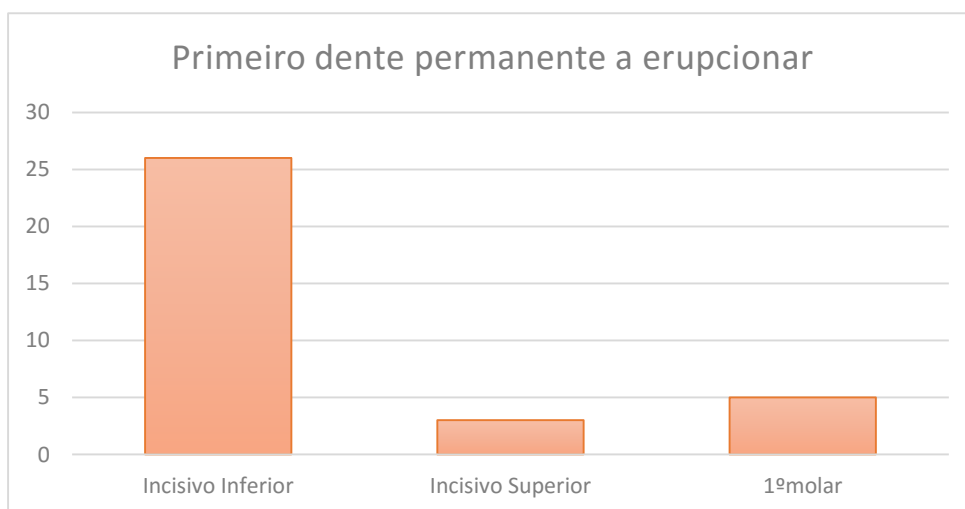


*Gráfico 15-Idade de erupção do 1º dente decíduo.*

Em relação ao primeiro dente permanente a erupcionar, 76,5% dos médicos de MGF (26) respondeu que se trata do incisivo inferior, 14,7% (5) que se trata do 1º molar e 8,8% (3) que se trata de um incisivo superior. (Tabela 15, Figura 16)

*Tabela 15- Primeiro dente permanente a erupcionar.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
INCISIVO INFERIOR	<b>26</b>	<b>76,5</b>
INCISIVO SUPERIOR	<b>3</b>	<b>8,8</b>
1º MOLAR	<b>5</b>	<b>14,7</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>



*Gráfico 16-Primeiro dente permanente a erupcionar.*

#### 4.2.1. Saúde oral infantil

Relativamente às restantes questões relacionadas com a saúde oral infantil, conclui-se que em relação à afirmação “Pastas dentífricas não podem ser usadas por crianças com menos de 3 anos de idade”, 88,2% dos médicos de Medicina Geral e Familiar de Viseu (30) responderam corretamente (Falso). (Tabela 16)

*Tabela 16- Frequência de respostas à afirmação 17.3.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	4	11,8
FALSO	30	88,2
TOTAL	34	100

À afirmação “Os microrganismos que causam a cárie dentária normalmente transmitem-se de mãe para filho”, 29,4% dos médicos de MGF (10) responderam corretamente e 70,6% (24) erraram. (Tabela 17)

*Tabela 17- Frequência de respostas à afirmação 17.4.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	10	29,4
FALSO	24	70,6
TOTAL	34	100

Tal como se pode constatar na Tabela 18, 76,5% dos médicos de Medicina Geral e Familiar responderam corretamente, quando questionados sobre a veracidade de “A limpeza e escovagem dentária devem iniciar-se a partir dos 2-3 anos de idade”.

*Tabela 18- Frequência de respostas à afirmação 17.5.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>8</b>	<b>23,5</b>
FALSO	<b>26</b>	<b>76,5</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Acerca da afirmação “O hábito de sucção de chupeta é um fator de risco para malformações dento-alveolares em crianças com menos de 4 anos de idade”, a totalidade dos médicos de MGF – 100% (34), responderam afirmativamente. (Tabela 19).

*Tabela 19- Frequência de respostas à afirmação 17.6.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>34</b>	<b>100</b>
FALSO	<b>0</b>	<b>0</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Conforme verificado na Tabela abaixo indicada (Tabela 20), 23 (67,6%) dos médicos de MGF responderam ser falsa a afirmação “Verniz de flúor aplicado em crianças com menos de 5 anos de idade pode causar fluorose e envenenamento”, respondendo corretamente, enquanto, 32,4% erraram.

*Tabela 20-Frequência de respostas à afirmação 17.7.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>11</b>	<b>32,4</b>
FALSO	<b>23</b>	<b>67,6</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Dos resultados apurados através da Tabela 21, verificou-se que 94,1% (32) dos médicos de MGF de Viseu, responderam corretamente e 5,9% (2) erraram, sobre a afirmação “Selantes são eficientes na prevenção de cáries de fossas e fissuras”.

*Tabela 21-Frequência de respostas à afirmação 17.9.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>32</b>	<b>94,1</b>
FALSO	<b>2</b>	<b>5,9</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Relativamente à afirmação “O facto de existir placa bacteriana nas superfícies dentárias é o principal indicador de existência de cárie dentária no futuro”, 76,5% (26) dos médicos de Medicina Geral e Familiar acertaram e 23,5% (8) erraram. (Tabela 22)

*Tabela 22-Frequência de respostas à afirmação 17.10.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>26</b>	<b>76,5</b>
FALSO	<b>8</b>	<b>23,5</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

No que refere à expressão “O leite materno é menos cariogénico que o leite não materno”, 85,3% (29) dos indivíduos responderam corretamente e 14,7% (5) erraram. (Tabela 23)

*Tabela 23-Frequência de respostas à afirmação 17.11.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>29</b>	<b>85,3</b>
FALSO	<b>5</b>	<b>14,7</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Quando deparados com a afirmação “A respiração bucal é um fator de risco para malformações alveolares dentárias”, 44,1% dos indivíduos (15) responderam corretamente e 55,9% (19) erraram. (Tabela 24)

*Tabela 24-Frequência de respostas à afirmação 17.12.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>15</b>	<b>44,1</b>
FALSO	<b>19</b>	<b>55,9</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>



Gráfico 17-Respostas às questões relacionadas com a saúde oral infantil.

### 4.3. Conhecimentos médicos em relação à saúde oral em geral

O grupo de questões relacionadas com o conhecimento da saúde oral em geral incluem 9 questões.

À afirmação “O uso de uma pasta dentífrica é mais importante que a técnica de escovagem para prevenção de cárie”, 91,2% (31) dos médicos de Medicina Geral e Familiar responderam corretamente e apenas 8,8% erraram. (Tabela 25)

*Tabela 25-Frequência de respostas à afirmação 17.13.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>3</b>	<b>8,8</b>
FALSO	<b>31</b>	<b>91,2</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

À expressão “O consumo de xilitol através de pastilhas ou snacks reduz o nível bacteriano causador de cárie”, 55,9% dos indivíduos (19) erraram e 44,1% (15) acertaram. (Tabela 26)

*Tabela 26-Frequência de respostas à afirmação 17.14.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>15</b>	<b>44,1</b>
FALSO	<b>19</b>	<b>55,9</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Sobre o facto de “Enxaguar a cavidade oral com uma grande quantidade de água após escovagem com uma pasta dentífrica fluoretada, é eficaz na prevenção de cárie”, a maioria dos médicos de MGF, 55,9% (19) não acertaram, sendo que responderam corretamente 44,1% (15) dos indivíduos. (Tabela 27)

*Tabela 27-Frequência de respostas à afirmação 17.15.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>19</b>	<b>55,9</b>
FALSO	<b>15</b>	<b>44,1</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

À afirmação “Os principais sinais de cáries constituem o aparecimento de manchas brancas ou linhas nas superfícies dentárias”, 44,1% (15) responderam corretamente e 55,9% (19) erraram. (Tabela 28)

*Tabela 28-Frequência de respostas à afirmação 17.16.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>15</b>	<b>44,1</b>
FALSO	<b>19</b>	<b>55,9</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

73,5% (25) dos indivíduos acertaram e 26,5% (9) erraram quando se referiu que “O ácido produzido pela bactéria cariogénica é neutralizado pela saliva no espaço de 5 minutos” (Tabela 29).

*Tabela 29-Frequência de respostas à afirmação 17.17.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>9</b>	<b>26,5</b>
FALSO	<b>25</b>	<b>73,5</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Já sobre a expressão “O melhor momento para efetuar procedimentos dentários urgentes numa paciente grávida é no 2º trimestre da gravidez”, 41,2% (14) dos indivíduos responderam corretamente e 58,8% (20) erraram. (Tabela 30)

*Tabela 30- Frequência de respostas à afirmação 17.18.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>14</b>	<b>41,2</b>
FALSO	<b>20</b>	<b>58,8</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

À afirmação “A principal causa de doenças periodontais é a placa bacteriana”, 82,3% dos indivíduos (28) responderam corretamente e 17,7% (6) erraram. (Tabela 31)

*Tabela 31-Frequência de respostas à afirmação 17.19.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>28</b>	<b>82,3</b>
FALSO	<b>6</b>	<b>17,7</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

“A frequência de consumo de açúcar possui um papel maior na produção de cárie do que a totalidade do açúcar consumido”, foi respondida corretamente por 79,4% dos indivíduos (27) e de forma errada por 20,6% (7). (Tabela 32)

*Tabela 32-Frequência de respostas à afirmação 17.20.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>27</b>	<b>79,4</b>
FALSO	<b>7</b>	<b>20,6</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

A última questão deste grupo era acerca da razão pela qual é adicionado flúor nas pastas dentífricas, em que 79,4% dos indivíduos responderam corretamente e 20,6% erraram. (Tabela 33)

Tabela 33-Frequência de respostas à afirmação 17.21.

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
PREVENÇÃO DE CÁRIE	27	79,4
BRANQUEMANETO DENTARIO	3	8,8
REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA	4	11,8
REMOÇÃO DE CÁLCULOS DENTARIOS	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

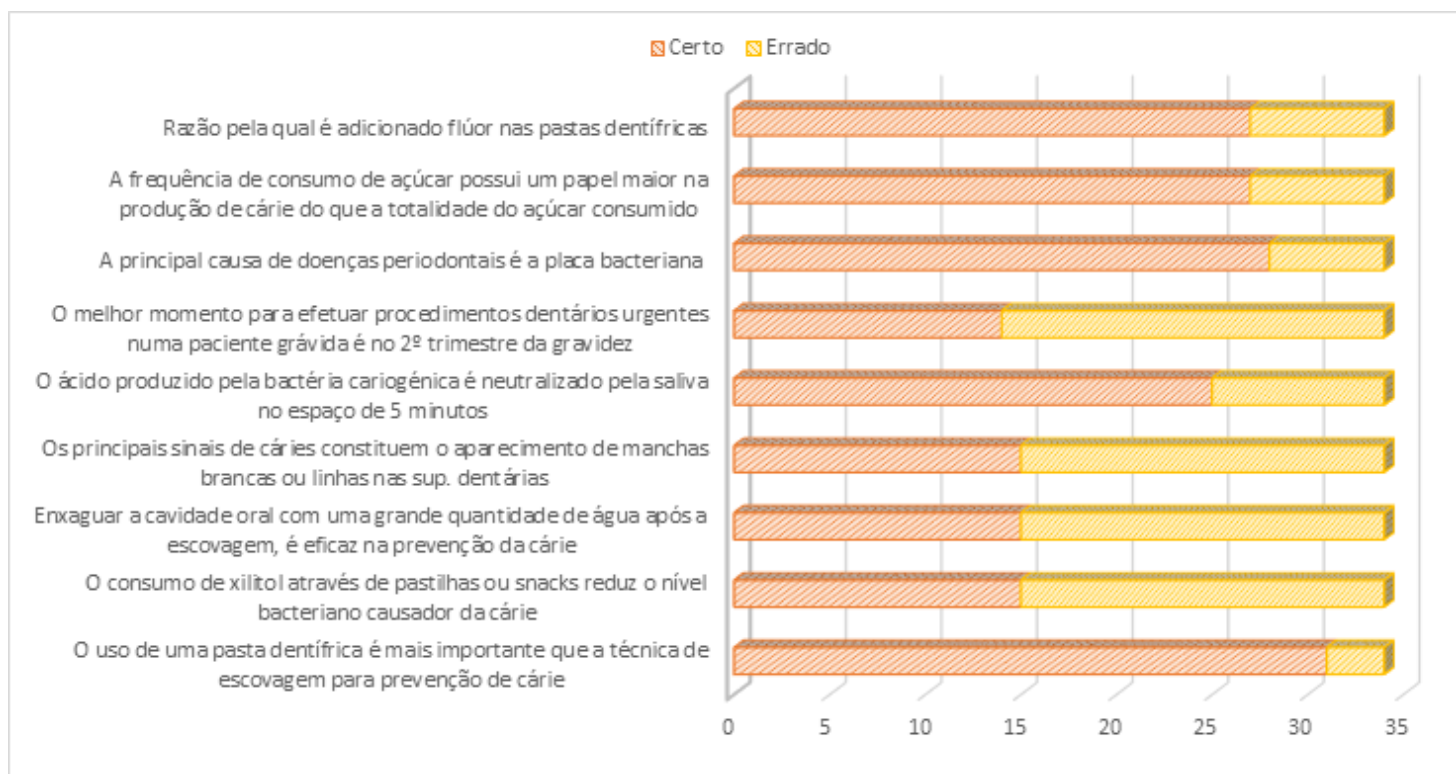


Gráfico 18-Respostas às questões relacionadas com a saúde oral em geral.

#### 4.4. Conhecimentos médicos que relacionam a saúde oral com questões médicas

À afirmação “Anti-hipertensivos aumentam o risco de cárie dentária”, 17,7% (6) dos médicos de Medicina Geral e Familiar responderam corretamente e apenas 82,3% erraram. (Tabela 34)

*Tabela 34-Frequência de respostas à afirmação 17.22.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>6</b>	<b>17,7</b>
FALSO	<b>28</b>	<b>82,3</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Acerca da expressão “Analgésicos aumentam o risco de cárie dentária”, 29,4% dos indivíduos (10) acertaram e 70,6% (24) erraram. (Tabela 35)

*Tabela 35-Frequência de respostas à afirmação 17.23.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>10</b>	<b>29,4</b>
FALSO	<b>24</b>	<b>70,6</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Tal como se pode verificar através da Tabela abaixo mencionada, 70,6% (24) profissionais acertaram, à questão “Relaxantes musculares aumentam o risco de cárie dentária”, enquanto 29,4% (10) dos indivíduos responderam de forma errada.

*Tabela 36-Frequência de respostas à afirmação 17.24.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>10</b>	<b>29,4</b>
FALSO	<b>24</b>	<b>70,6</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

À afirmação “Antibióticos aumentam o risco de cárie dentária”, 23,5% dos médicos de MGF de Viseu, responderam corretamente e 76,5% (26) erraram. (Tabela 37)

*Tabela 37-Frequência de respostas à afirmação 17.25.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>26</b>	<b>76,5</b>
FALSO	<b>8</b>	<b>23,5</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Sobre se os “Antidepressivos aumentam o risco de cárie dentária”, 26,5% (9) dos indivíduos acertaram e 73,5% (25) erraram. (Tabela 38)

*Tabela 38-Frequência de respostas à afirmação 17.26.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>9</b>	<b>26,5</b>
FALSO	<b>25</b>	<b>73,5</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

26,5% (9) dos indivíduos responderam corretamente à questão “Hipnóticos aumentam o risco de cárie dentária”, enquanto 73,5% (25) dos profissionais erraram. (Tabela 39)

*Tabela 39-Frequência de respostas à afirmação 17.27.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>9</b>	<b>26,5</b>
FALSO	<b>25</b>	<b>73,5</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

À afirmação “Doenças periodontais nas mães levam ao nascimento de bebês com baixo peso”, 44,1% dos indivíduos (15) responderam corretamente e 55,9% (19) erraram. (Tabela 40)

*Tabela 40-Frequência de respostas à afirmação 17.28.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>15</b>	<b>44,1</b>
FALSO	<b>19</b>	<b>55,9</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Sobre se “Doenças periodontais podem causar problemas no controle da diabetes”, 85,3% dos indivíduos (29) responderam corretamente e 14,7% (5) erraram. (Tabela 41)

*Tabela 41-Frequência de respostas à afirmação 17.29.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>29</b>	<b>85,3</b>
FALSO	<b>5</b>	<b>14,7</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

À afirmação “Radioterapia aumenta o risco de cárie dentária”, 79,4% (27) dos indivíduos responderam corretamente e 20,6% (7) erraram. (Tabela 42)

*Tabela 42-Frequência de respostas à afirmação 17.30.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>27</b>	<b>79,4</b>
FALSO	<b>7</b>	<b>20,6</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

88,2% dos indivíduos (30) responderam corretamente à expressão “Quimioterapia aumenta o risco de cárie dentária”, enquanto 11,8% (4) erraram. (Tabela 43)

*Tabela 43-Frequência de respostas à afirmação 17.31.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>30</b>	<b>88,2</b>
FALSO	<b>4</b>	<b>11,8</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

À afirmação “Doenças periodontais podem provocar doenças cardiovasculares”, 91,2% dos médicos de Medicina Geral e Familiar responderam corretamente e 8,8% (3) erraram. (Tabela 44)

*Tabela 44-Frequência de respostas à afirmação 17.32.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>31</b>	<b>91,2</b>
FALSO	<b>3</b>	<b>8,8</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

Por último, acerca da questão “Lesões que permanecem mais de duas semanas na cavidade oral necessitam de biópsia”, 64,7% (22) dos indivíduos acertaram e 35,3% (12) erraram. (Tabela 45)

*Tabela 45-Frequência de respostas à afirmação 17.33.*

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
VERDADEIRO	<b>22</b>	<b>64,7</b>
FALSO	<b>12</b>	<b>35,3</b>
TOTAL	<b>34</b>	<b>100</b>

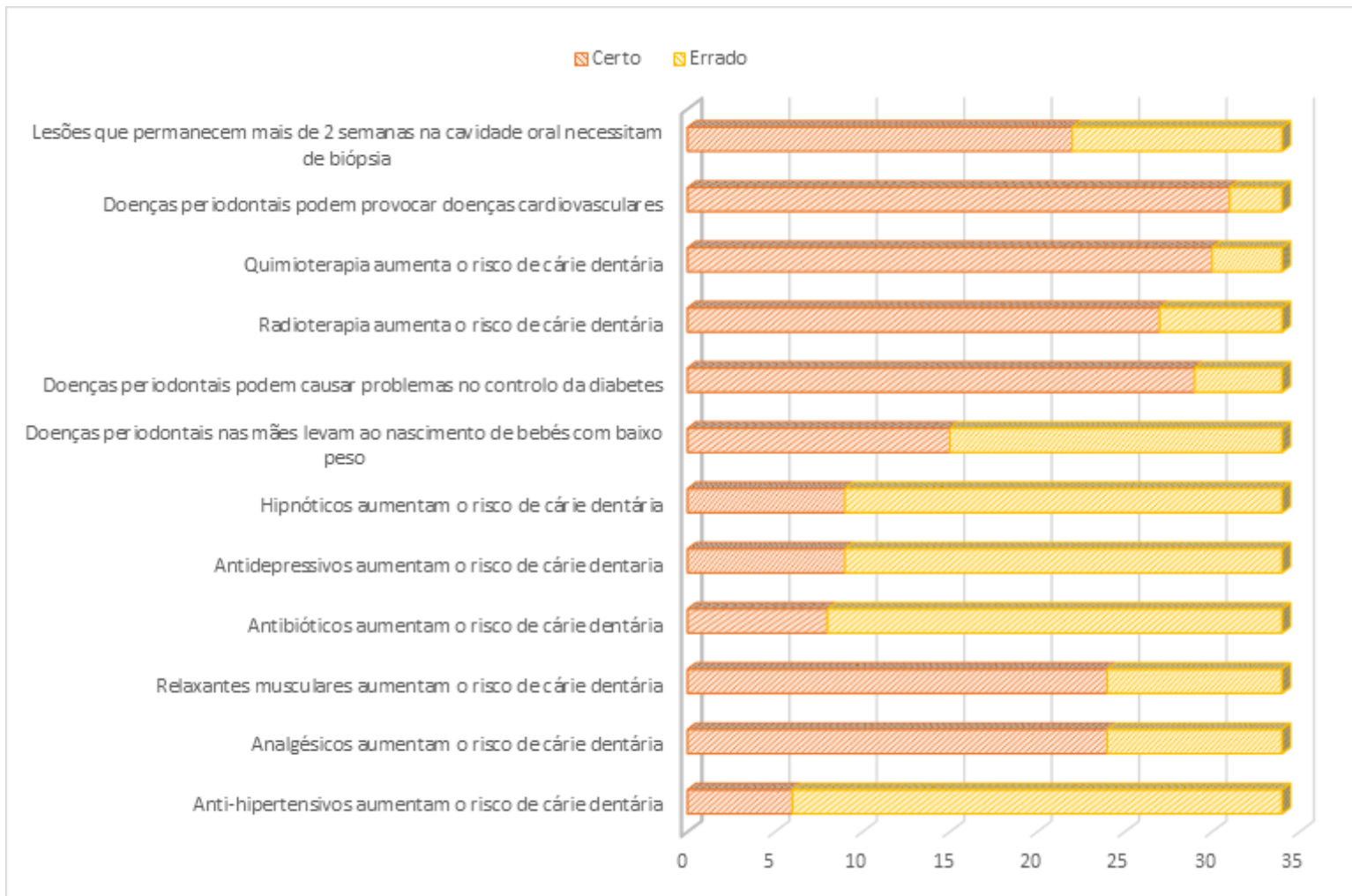


Gráfico 19-Respostas às questões que relacionam a saúde oral com questões médicas.

#### 4.5. Comparação de respostas certas nas diferentes faixas etárias

Relativamente ao grupo de questões relacionadas com o conhecimento médico em relação à saúde oral pediátrica, verifica-se que, em geral, não existe grande discrepância entre faixas etárias, apenas na questão “A limpeza e a escovagem dentária devem iniciar-se a partir dos 2-3 anos de idade” (questão 17.5), em que 100% (13) dos indivíduos, com idades compreendidas entre os 30-50 anos, responderam corretamente e apenas 62% (13) dos indivíduos do grupo 50-60+ responderam corretamente. (Figura 20)

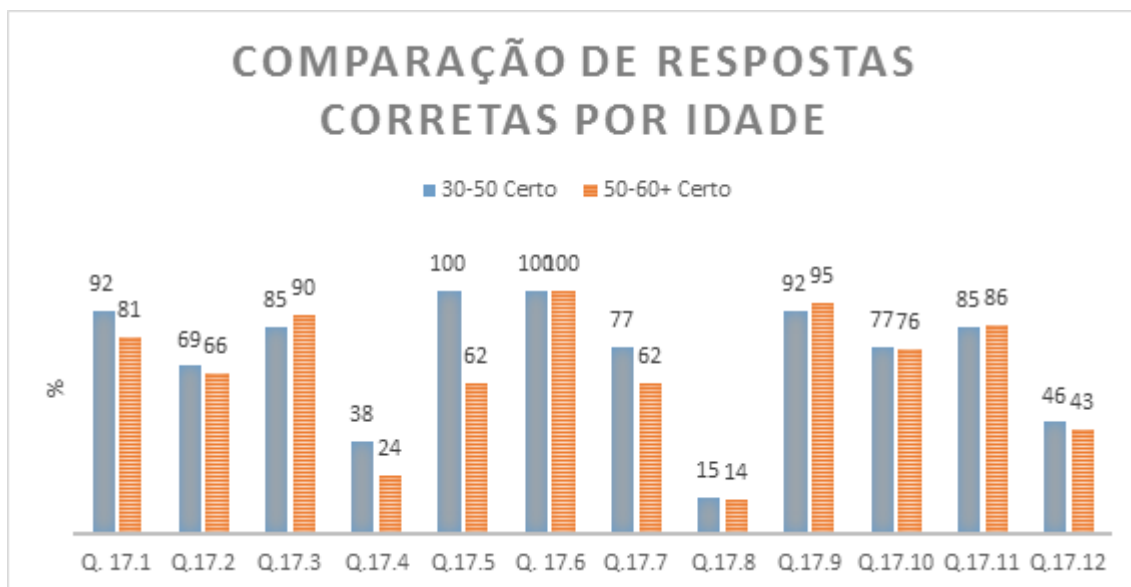


Gráfico 20-Percentagem de respostas corretas ao grupo 3 nas diferentes faixas etárias.

Em relação às questões acerca do conhecimento da saúde oral, em geral, verifica-se, mais uma vez, que a faixa etária dos 30-50 anos responde corretamente a mais questões que os indivíduos de 50-60+ anos. Neste grupo de 9 questões, os indivíduos 50-60+ apenas se destacam em 3 questões, no entanto, não se constata diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ). (Figura 21)

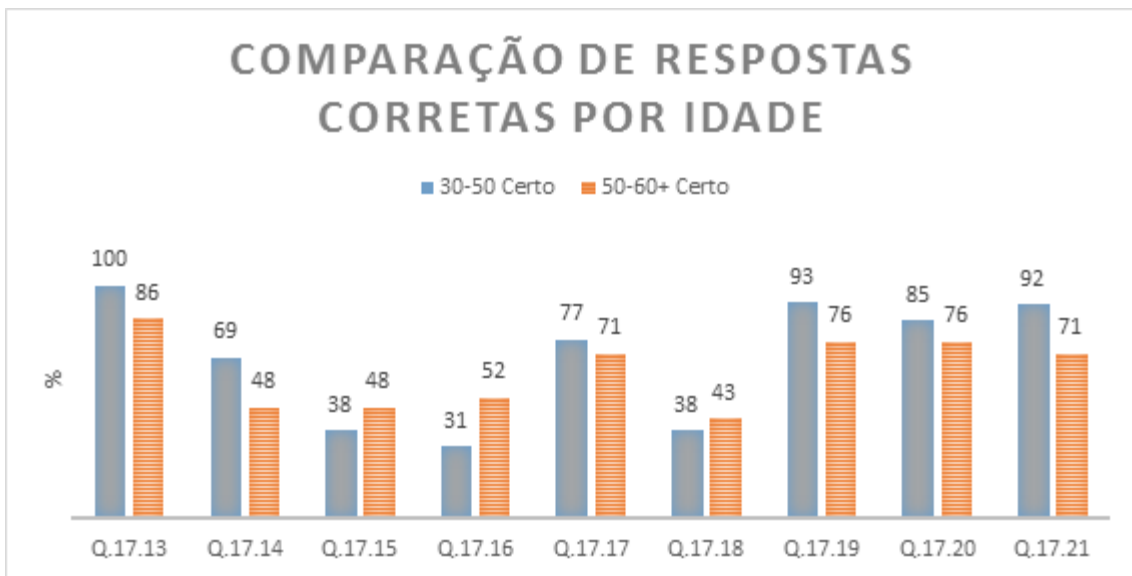


Gráfico 21-Percentagem de respostas corretas ao grupo 4 nas diferentes faixas etárias.

Por último, em relação aos conhecimentos que relacionam saúde oral com questões médicas, verifica-se a mesma situação. Em 12 questões, a faixa etária dos 30 aos 50 anos destacou-se em 10, sendo que a questão que demonstra maior discrepância (29%) é a seguinte “Doenças periodontais nas mães levam ao nascimento de bebés com baixo peso” (questão 17.28).

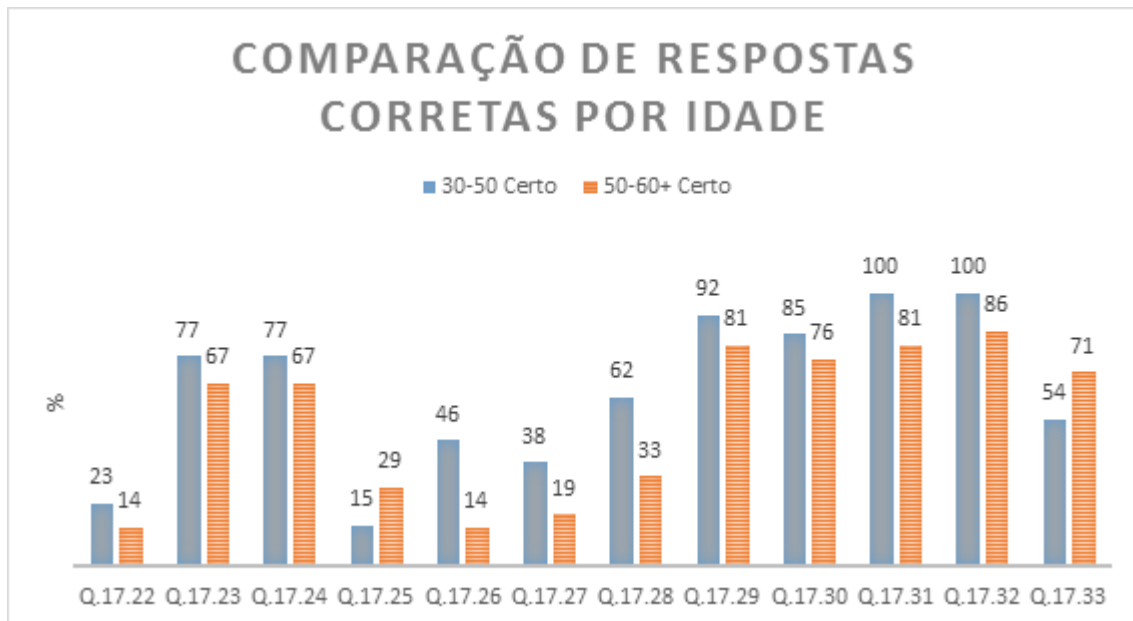


Gráfico 22-Percentagem de respostas corretas ao grupo 5 nas diferentes faixas etárias.

#### 4.6. Formação sobre saúde oral

A última questão do questionário aborda o interesse do médico de medicina geral e familiar a frequentar uma hora de formação sobre saúde oral e o impacto da saúde oral na saúde genérica do utente. Nesta questão 82,3% (28) demonstraram interesse e apenas 17,7% (6) não estão dispostos a qualquer formação. (Tabela 46, Figura 23)

Tabela 46-Interesse em frequentar formação sobre saúde oral.

	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
SIM	28	82,3
NÃO	6	17,7
TOTAL	34	100

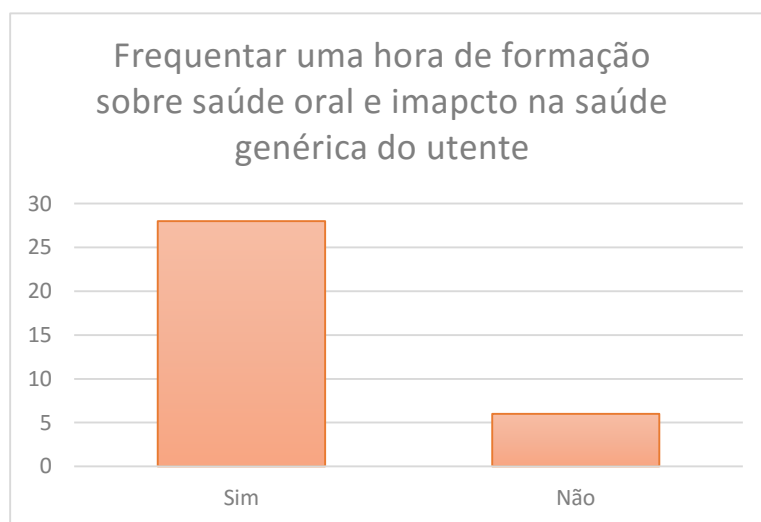


Gráfico 23-Interesse em frequentar formação sobre saúde oral.

**DISCUSSÃO**

---



## 5. Discussão

Após a apresentação e análise dos dados recolhidos, procede-se à discussão dos mesmos. A principal limitação deste estudo-piloto relacionou-se com a reduzida dimensão da amostra de médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar. Desta forma os resultados obtidos devem ser interpretados como valores de referência, ao comparar variáveis com outros estudos, dado que se podem verificar diferenças relacionadas com o grupo populacional, tamanho da amostra e metodologia utilizada.

Relativamente às diferentes respostas mediante as idades, conclui-se que a preocupação com a saúde oral tem vindo a crescer exponencialmente e os jovens médicos recebem uma formação mais abrangente. Existem cada vez mais estudos que relacionam a saúde oral com patologias sistémicas <sup>(86)</sup> e é crucial que o profissional de saúde ligado à medicina geral e familiar esteja atento à saúde do paciente e que reconheça o fisiológico do anómalo.

Neste estudo verificou-se que metade dos médicos de Medicina Geral e Familiar (50%), realiza uma observação intra-oral aos seus utentes “às vezes”, ou seja, não se trata de um ritual muito frequente.

Contrariamente, no estudo de *Prakash et al.* <sup>(83)</sup>, que aborda o conhecimento de cárie precoce na infância entre pediatras e médicos de família, 87% dos pediatras e 69,3% dos médicos de família, examinam a cavidade oral. No estudo de *Di Giuseppe et al.* <sup>(84)</sup>, 94,8% dos pediatras admitem que é da sua responsabilidade a prevenção de patologias orais e 96,6% afirmam que uma observação intra-oral seria importante. No estudo de *Dela Cruz et al.* <sup>(85)</sup>, 98,9% dos participantes (médicos de família e pediatras), frequentemente examinam a cavidade oral das crianças de forma a verificar se existem sinais de cárie dentária.

É importante realçar que os médicos de Medicina Geral e Familiar consultam um grande número de utentes por dia, o que resulta em consultas com pouco tempo de duração, sendo impossível efetuar uma análise detalhada de todo o corpo e por vezes de todos os problemas de saúde que o utente pode

apresentar. Um estudo realizado em cinco extensões do Centro de Saúde de Odivelas demonstra que o tempo médio de consulta é de 14,4 minutos. <sup>(87)</sup>

Perante os dados obtidos, verifica-se que a maioria dos médicos de Medicina Geral e Familiar acreditam que reconhecem sinais e sintomas na cavidade oral relacionados com as patologias orais mais comuns, como é o caso da cárie dentária e doença periodontal. Num estudo efetuado em médicos assistentes e médicos de enfermaria em que os próprios analisaram o seu conhecimento, constatou-se a mesma situação. Mais de metade sentem-se competentes em diferenciar entre estruturas anormais e normais da cavidade oral e também em reconhecer sintomas e manifestações das doenças orais mais comuns. <sup>(88)</sup>

Continuando a análise das respostas, é evidente que a maioria dos participantes conhece os fatores de risco associados a estas patologias dado que reconhecem que a frequência de consumo de açúcar é um evidente fator de risco na produção da cárie dentária, que a placa bacteriana é um dos principais fatores de risco associados às doenças periodontais, que a técnica de escovagem é mais importante que o uso de uma pasta dentífrica e também que o ácido produzido pelas bactérias cariogénicas não é neutralizado pela saliva no espaço de 5 minutos, no entanto, menos de metade dos médicos reconhece que os principais sinais de cárie dentária constituem o aparecimento de manchas brancas ou linhas nas superfícies dentárias, o que se verificou também no estudo de *Prakash et al.* <sup>(83)</sup>, em que apenas 20.1% dos médicos de família, reconhecem os primeiros sinais de cárie dentária.

Conclui-se então que a maioria dos médicos conhece os principais fatores de risco das patologias orais mais comuns, o que está em consonância com um estudo efetuado em 962 membros da Associação Cultural Pediátrica Italiana. <sup>(84)</sup>

Entre 1987 e 2005, em Portugal, os programas de saúde oral preconizavam a toma de fluoretos pelas crianças, sob a forma de gotas orais (dos 6 meses aos 2 anos) e comprimidos (dos 2 anos aos 16 anos), cuja dosagem podia chegar a 1mg/dia, dependendo da idade e do teor desse elemento nas águas de abastecimento público. <sup>(89)</sup> No entanto, dado a desadequação da suplementação de fluoretos, procedeu-se à revisão do Programa e definiu-se que a higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente, utilizando uma pequena

quantidade de dentífrico fluoretado de 1000-1500ppm, sendo que não se recomenda qualquer tipo de suplemento sistémico com fluoretos. Excecionalmente, recomenda-se suplemento sistémico com fluoretos a crianças de alto risco de cárie dentária dos 3 aos 6 anos, ou com mais de 6 anos, 1 (um) comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25mg. <sup>(66)</sup>

Neste estudo, 88% dos participantes, revelam que não prescreveram flúor sistémico durante os últimos 12 meses, o que está em coerência com as normas da Direção Geral de Saúde.

No estudo de *Di Giuseppe et al.* <sup>(84)</sup>, a grande maioria dos pediatras prescrevem suplementos de flúor na dieta e mais de metade têm em conta o nível de flúor na água potável da comunidade.

Seria de importante relevância, a realização de um estudo que permitisse averiguar se os profissionais de saúde dedicados à pediatria se prescrevem ou não suplementos de flúor sistémico.

Em relação à erupção do primeiro dente permanente, neste estudo verifica-se que 85% dos indivíduos tem conhecimento acerca da idade média em que erupciona o primeiro dente permanente bem como o primeiro dente decíduo (68%). Em comparação de resultados com outro estudo, demonstra que os médicos deste estudo possuem um conhecimento maior em relação a estes factos, visto que as respostas corretas não ultrapassam os 30%.<sup>(82)</sup> Por outro lado, apenas 15% dos participantes neste estudo, reconhecem que o primeiro molar se trata do primeiro dente permanente a erupcionar, o que não está em conformidade com o estudo realizado por *Rabiei et al.*<sup>(82)</sup>, dado que aproximadamente 50% respondeu corretamente a este facto.

É necessária especial atenção, uma vez que, os primeiros molares permanentes são os dentes mais afetados por lesões de cárie, possivelmente por erupcionarem aos 6 anos de idade, sendo por vezes confundidos com dentes decíduos e também pela sua morfologia e dificuldade na remoção da placa bacteriana das fossas e fissuras dentárias. <sup>(66, 90)</sup>

Comparando as respostas deste estudo com o estudo de *Rabiei et al.* <sup>(82)</sup>, conclui-se que na maioria das questões, os médicos de Medicina Geral e Familiar de Viseu demonstram mais conhecimento que os médicos de Tehran, no estudo realizado por *Rabiei et al.* <sup>(82)</sup>. No entanto, em ambos os estudos, poucos são os inquiridos que reconhecem que os microrganismos que causam cárie dentária transmitem-se de mãe para filho, o que se consta simultaneamente no estudo de *Prakash et al.* <sup>(83)</sup>, em que apenas 24,9% dos médicos de família estão de acordo com a afirmação. <sup>(82, 83)</sup>

É de salientar que a falta de conhecimento nesta área, leva a atitudes erróneas por parte dos familiares próximos como, a título de exemplo, limpar os resíduos das chupetas colocando-os na cavidade oral ou a verificação da temperatura dos alimentos, colocando em contacto direto os microrganismos presentes na cavidade oral da mãe ou do cuidador com a criança.

Em relação a malformações alveolares dentárias, neste estudo, apenas 44% dos médicos de Medicina Geral e Familiar identificam a respiração bucal como um fator predisponente. Contudo, 100% dos indivíduos reconhecem que o hábito de sucção de chupeta é um fator de risco para malformações dento-alveolares em crianças com menos de 4 anos de idade. Os mesmos resultados não se verificaram no estudo de *Rabiei et al.* <sup>(82)</sup>, uma vez que aproximadamente 90% reconhece o risco de malformações associado à respiração bucal e menos de 40% associa o hábito de sucção a malformações dento-alveolares.

Um dos factos constatados da ação do verniz de flúor é que este permanece aderido à superfície de esmalte por períodos longos de tempo, o que resulta numa libertação mais lenta da substância, reduzindo desta forma o risco de toxicidade <sup>(91)</sup>. Dadas as respostas à questão que aborda a toxicidade do flúor, comprova-se que a característica supra referida é do conhecimento geral dos médicos de MGF, numa percentagem superior ao estudo de *Rabiei et al.* <sup>(82)</sup>, 68% e 40% respetivamente.

Relativamente à questão que aborda o melhor momento para efetuar tratamentos dentários urgentes numa paciente grávida, menos de metade (41%) dos médicos de Medicina Geral e Familiar responderam corretamente, dizendo que se trata do 2º trimestre de gravidez.

Comparativamente ao estudo de *Rabiei et al.* <sup>(82)</sup>, uma percentagem maior dos médicos analisados no seu estudo (70%) responderam assertivamente a esta questão.

Neste estudo, 56% dos médicos concordaram que enxaguar a cavidade oral com uma grande quantidade de água após a escovagem com uma pasta fluoretada, é eficaz na prevenção da cárie dentária. No entanto, esta afirmação é falsa uma vez que o flúor é o elemento responsável pela prevenção da doença, dado isto, a Direção Geral de Saúde <sup>(66)</sup> recomenda que, após a escovagem dos dentes se deve cuspir o excesso de dentífrico, podendo, no entanto, bochechar-se com um pouco de água. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de *Rabiei et al.* <sup>(82)</sup>

É perceptível, através dos resultados obtidos que no grupo de questões que relacionam a medicina dentária com questões médicas, que os médicos de Medicina Geral e Familiar falharam mais, no entanto, os resultados são muito semelhantes aos do estudo de *Rabiei et al.* <sup>(82)</sup>

A maioria dos médicos de Medicina Geral e Familiar associam os antibióticos a um aumento do risco de cárie dentária, contudo, esta afirmação apenas é verdadeira quando se tratam de antibióticos pediátricos, na forma de xarope, em que são adicionados agentes adoçantes de forma a facilitar a toma do mesmo. Estes estão associados a um risco maior de cárie dentária quando não existem hábitos corretos de higiene oral. O mesmo se passa com os analgésicos pediátricos.

Desta forma, torna-se importante que tanto os médicos de Medicina Geral e Familiar como os pediatras instruam os responsáveis das crianças sobre as medidas de higiene oral a efetuar após a ingestão de medicamentos açucarados.

Em relação aos anti-hipertensivos, antidepressivos e hipnóticos, poucos são os médicos que associam estes a um risco aumentado de cárie dentária.

Tendo em conta que a hipertensão e doenças do foro psicológico são bastante frequentes na nossa sociedade, deveria ser de conhecimento geral que um dos efeitos secundários destes fármacos é a xerostomia, o que conduz a um risco aumentado de cárie dentária.

Outro facto importante, é que a maioria dos médicos de Medicina Geral e Familiar não estão de acordo com a afirmação que diz que doenças periodontais nas mães levam ao nascimento de bebés com baixo peso. Se os médicos estivessem alertados para este fator poderiam incentivar as mães a terem especial atenção à saúde oral de forma a não prejudicar o bebé.

### 5.1. Guidelines de saúde oral para os Médicos de Medicina Geral e Familiar

Em relação à saúde oral dos utentes, a atuação do médico de Medicina Geral e Familiar, deve ser orientada para:

- Diagnóstico das patologias orais mais comuns;
- Promoção de saúde oral.

Desta forma, o médico de Medicina Geral e Familiar durante a consulta deve:

- Observar a cavidade oral do utente;
- Identificar os primeiros sinais de cárie dentária ou doença periodontal;
- Informar os pais/ encarregados de educação acerca da erupção do primeiro molar definitivo;
- Incentivar os seus utentes para uma higienização correta da cavidade oral.

**CONCLUSÃO**

---



## 6. Conclusão

Após analisar os resultados obtidos conclui-se que os médicos de Medicina Geral e Familiar:

- Habitualmente, não observam a cavidade oral dos seus utentes.
- Quase sempre dão instruções/ conselhos de saúde oral aos seus utentes.
- Identificam os principais fatores de risco das patologias orais mais comuns.
- Não têm por rotina a identificação dos principais sinais de cárie.
- Desconhecem qual o dente permanente que erupciona em primeiro lugar.
- Reconhecem as vantagens do flúor.
- Não identificam fármacos como fatores de risco para a cárie dentária.
- Médicos mais jovens apresentam maior conhecimento sobre saúde oral.

Os resultados obtidos demonstram que os médicos de Medicina Geral e Familiar de Viseu, apresentam um nível de conhecimento aceitável relativamente à saúde oral dos seus utentes. Contudo, existem lacunas que facilmente serão corrigidas com formações específicas sobre temas relacionados com a saúde oral comunitária de forma a conseguirem definir programas de promoção de saúde oral e prevenção de doenças orais, dado que os médicos de MGF revelam interesse.

Novos estudos epidemiológicos seriam interessantes de forma a caracterizar o conhecimento da saúde oral por parte de médicos pediátricos.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



## 7. Referências Bibliográficas

1. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Revista de saúde pública*. 1997;31(5):538-42.
2. Czeresnia D, Machado C. *Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2009. 176 p.
3. Parker R, Ratzan SC. Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*. 2010.
4. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: new terms. *Health Promotion International*. 2006.
5. Dickson-Swift V, Kenny A, Farmer J. Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. *BMC Oral Health* 2014.
6. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American journal of public health*. 2002;92(8):1278-83.
7. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19(12):1228-39.
8. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3).
9. Rudd RE, Horowitz AM. Health and literacy: supporting the oral health research agenda. *J Public Health Dent*. 2005;65(3).
10. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003;31:3-24.
11. Petersen PE, Jiang H, Peng B, Tai BJ, Bian Z. Oral and general health behaviours among Chinese urban adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36(1):76-84.
12. Ramandeep G, Arshdeep S, Vinod K. Oral health literacy among clients visiting a Rural Dental College in north India-A crosssectional study. *Ethiopian journal of health sciences*. 2014;24(3).
13. The Invisible Barrier: Literacy and Its Relationship with Oral Health. *Journal of Public Health Dentistry*. 2005;65(3):174-82.
14. Sistani M, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Determinants of oral health: does oral health literacy matter? *ISRN dentistry*. 2013;2013:6.
15. Parker EJ, Jamieson LM. Associations between indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. *BMC Oral health*. 2010;10(3).
16. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. *European Academy of Teachers in General Practice/ Family Medicine*. 2005.
17. Kt S, Kmk M, N B, Jimson S, R S. Dental caries vaccine - a possible option? *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2013;7(6):1250-3.
18. Smith DJ, Taubman MA. Experimental immunization of rats with a *Streptococcus mutans* 59-kilodalton glucan-binding protein protects against dental caries. *Infection and immunity*. 1996;64(8):3069-73.

19. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet* (London, England). 2007;369(9555):51-9.
20. Touger-Decker R, van Loveren C. Sugars and dental caries. *The American journal of clinical nutrition*. 2003;78(4):881s-92s.
21. Curzon ME, Preston AJ. Risk groups: nursing bottle caries/caries in the elderly. *Caries research*. 2004;38 Suppl 1:24-33.
22. Grauwe DA, Aps JKM, Martens LC. Early Childhood Caries (ECC): what's in a name? *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2004.
23. Wake M, Hesketh K, Lucas J. Teething and tooth eruption in infants: A cohort study. *Pediatrics*. 2000;106(6):1374-9.
24. Rajić Z, Rajić-Meštrović S, Verzak Ž. Chronology, dynamics and period of permanent tooth eruption in Zagreb children (Part II). *Collegium antropologicum*. 2000;24(2000):137-43.
25. Moss SJ. *Growing Up Cavity Free: A Parent's Guide to Prevention*: Quintessence Publishing Company; 1993.
26. Boj JR, Varios JRB. *Odontopediatria*: Masson; 2004.
27. Lee KS, Kim EK, Kim JW, Choi YH, Mechant AT. The relationship between metabolic conditions and prevalence of periodontal disease in rural Korean elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2014;58(2014):125-9.
28. Seymour GJ, Ford PJ, Cullinan MP, Leishman S, Yamazaki K. Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clinical Microbiology and Infection*. 2007;13(s4):3-10.
29. DeStefano F, Anda RF, Kahn HS, Williamson DF, Russell CM. Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. *BMJ (Clinical research ed)*. 1993;306(6879):688-91.
30. Desvarieux M, Demmer RT, Rundek T, Boden-Albala B. Relationship between periodontal disease, tooth loss, and carotid artery plaque The Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). *Stroke*. 2003;34:2120-5.
31. Nowjack R, Sheiham A. Association of Edentulism and Diet and Nutrition in US Adults. *J Dent Res*. 2003;82:125-9.
32. George F. Causas de morte em Portugal e desafios na prevenção. *Ordem dos Médicos*. 2012;25(2):61-3.
33. Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal Disease and Coronary Heart Disease Incidence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(12):2079-86.
34. Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE, Rifai N. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *New England Journal of Medicine*. 2000;342(12):836-43.
35. Ebersole JL, Machen RL, Steffen MJ, Willmann DE. Systemic acute-phase reactants, C-reactive protein and haptoglobin, in adult periodontitis. *Clinical and experimental immunology*. 1997;107(2):347-52.
36. Wu T, Trevisan M, Genco RJ, Falkner KL, Dorn JP, Sempos CT. Examination of the relation between periodontal health status and cardiovascular risk factors: serum total and high density lipoprotein cholesterol, C-reactive protein, and plasma fibrinogen. *American journal of epidemiology*. 2000;151(3):273-82.
37. Desvarieux M, Demmer RT, Jacobs DR, Jr., Rundek T, Boden-Albala B, Sacco RL, et al. Periodontal bacteria and hypertension: the oral infections and

- vascular disease epidemiology study (INVEST). *Journal of hypertension*. 2010;28(7):1413-21.
38. Ship JA. Diabetes and oral health: an overview. *The Journal of the American Dental Association*. 2003;134.
  39. Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS. The relationship between oral health and diabetes mellitus. *The Journal of the American Dental Association*. 2008;139:19S-24S.
  40. Field EA, Longman LP, Bucknall R, Kaye SB, Higham SM, Edgar WM. The establishment of a xerostomia clinic: a prospective study. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*. 1997;35(2):96-103.
  41. Tilg H, Moschen AR. Inflammatory mechanisms in the regulation of insulin resistance. *Molecular Medicine*. 2008;14(3-4):222-31.
  42. Vernillo AT. Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2003;134 Spec No:24s-33s.
  43. Barak S, Oettinger-Barak O, Oettinger M. Common oral manifestations during pregnancy: a review. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2003;58(9).
  44. Antunes A, Rosete V, Fagulha J. Oral health in pregnancy. *Acta Médica Portuguesa*. 2001;14(4):385-93.
  45. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *AM Fam physician*. 2008;77(8):1139-44.
  46. Gajendra S, Kumar JV. Oral health and pregnancy: a review. *The New York state dental journal*. 2004;70(1):40-4.
  47. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta odontologica Scandinavica*. 2002;60(5):257-64.
  48. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Maternal and child health journal*. 2006;10(5 Suppl):S169-74.
  49. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *Journal of dental research*. 1993;72(1):37-45.
  50. Lalla E, Lamster IB, Hofmann MA, Bucciarelli L, Jerud AP, Tucker S, et al. Oral infection with a periodontal pathogen accelerates early atherosclerosis in apolipoprotein E-null mice. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. 2003;23(8):1405-11.
  51. Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle JR, Machuca C, Bullon P. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *Journal of periodontology*. 1999;70(7):779-85.
  52. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: final data for 2002. *National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*. 2003;52(10):1-113.
  53. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Lawrence HP, et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Annals of periodontology / the American Academy of Periodontology*. 1998;3(1):233-50.
  54. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2007;9(1):21-6.
  55. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2009;75(1):43-8.

56. Gaffield ML, Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *Journal of the American Dental Association* (1939). 2001;132(7):1009-16.
57. Hunter L, Hunter B. *Dental treatment during pregnancy. Oral Healthcare in Pregnancy and Infancy*. London: Macmillan Education UK; 1997. p. 47-53.
58. Lee A, McWilliams M, Janchar T. Care of the pregnant patient in the dental office. *Dental clinics of North America*. 1999;43(3):485-94.
59. Vasconcelos R, Vasconcelos M, Mafra R, Júnior L, Queiroz L, Barboza C. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2012;69(1):120-224.
60. Poletto V, Stona P, Weber J, Fritscher A. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura. *Stomatos*. 2008;14(26):64-75.
61. American-Academy-of-Pediatric-Dentistry. *Guideline on Perinatal Oral Health Care*. 2011. p. 1-6.
62. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health--World Health Assembly 2007. *International dental journal*. 2008;58(3):115-21.
63. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9).
64. Jones S, Burt BA, Petersen PE. The effective use of fluorides in public health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83:670-6.
65. Featherstone JD. The science and practice of caries prevention. *Journal of the American Dental Association* (1939). 2000;131(7):887-99.
66. Direção-Geral-de-Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa nº1/DSE; 2005. p. 1-49.
67. Thomson WM, Spencer AJ, Slade GD, Chalmers JM. Is medication a risk factor for dental caries among older people? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30(3):224-32.
68. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *Journal of the American Dental Association* (1939). 2003;134(1):61-9; quiz 118-9.
69. Scully CBE. Drug effects on salivary glands: dry mouth. *Oral diseases*. 2003;9:165-76.
70. Carlson GW. The salivary glands. Embryology, anatomy, and surgical applications. *The Surgical clinics of North America*. 2000;80(1):261-73, xii.
71. Streckfus CF. Salivary function and hypertension: a review of the literature and a case report. *Journal of the American Dental Association* (1939). 1995;126(7):1012-7.
72. Saeed S, Bshara N, Trak J. Effect of dietary combinations on plaque pH recovery after the intake of pediatric liquid analgesics. *European journal of dentistry*. 2015;9:340-5.
73. Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *The Journal of the American Dental Association*. 2007.
74. Shiboski CH, Hodgson TA, Ship JA, Schiodt M. Management of salivary hypofunction during and after radiotherapy. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2007;103 Suppl:S66.e1-19.
75. Vissink A, Jansma J, Spijkervet FK, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Critical reviews in oral biology and*

medicine : an official publication of the American Association of Oral Biologists. 2003;14(3):199-212.

76. Maciejewski B, Zajusz A, Pilecki B, Swiatnicka J, Skladowski K, Dorr W, et al. Acute mucositis in the stimulated oral mucosa of patients during radiotherapy for head and neck cancer. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*. 1991;22(1):7-11.

77. Scully C, Epstein JB. Oral health care for the cancer patient. *European journal of cancer Part B, Oral oncology*. 1996;32b(5):281-92.

78. Handschel J, Prott F-J, Sunderkötter C, Metze D, Meyer U, Joos U. Irradiation induces increase of adhesion molecules and accumulation of  $\beta$ 2-integrin-expressing cells in humans. *International Journal of Radiation Oncology\*Biology\*Physics*. 1999;45(2):475-81.

79. Kurdoglu B, Cheong N, Guan J, Corn BW, Curran WJ, Jr., Iliakis G. Apoptosis as a predictor of paclitaxel-induced radiosensitization in human tumor cell lines. *Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research*. 1999;5(9):2580-7.

80. Nguyen NP, Sallah S, Karlsson U, Antoine JE. Combined chemotherapy and radiation therapy for head and neck malignancies. *Cancer*. 2002;94:1131-41.

81. Jensen SB, Pedersen AM, Reibel J, Nauntofte B. Xerostomia and hypofunction of the salivary glands in cancer therapy. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2003;11(4):207-25.

82. Rabiei S, Mohebbi SZ, Patja K, Virtanen JI. Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC public health*. 2012;12:855.

83. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, Mclsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatrics & child health*. 2006;11(3):151-7.

84. Di Giuseppe G, Nobile CG, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC public health*. 2006;6:176.

85. Dela Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*. 2004;114(5):e642-52.

86. Veiga N, Domingues A, Douglas F, Rios S, Vaz A, Coelho C, et al. The Influence of Chronic Diseases in the Oral Health of the Elderly. *Journal of Dentistry and Oral Health*. 2016;2(2):1-6.

87. Nogueira JD. Duração da consulta: perspectivas dos médicos e dos pacientes. *Rev Port Clin Geral*. 2002;18(5):303-12.

88. Danielsen R, Dillenberg J, Bay C. Oral Health Competencies for Physician Assistants and Nurse Practitioners. *The Journal of Physician Assistant Education*. 2006;17(4):12-6.

89. Direcção-Geral-de-Saúde. Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais. 2008. p. 1-126.

90. Coser R, Chiavini P, Boeck EM, Vedovello S, Lucato AS. Frequência de cárie e perda dos primeiros molares permanentes. *Rev Gaúcha Odontol*. 2005;53(1):63-6.

91. Direcção-Geral-de-Saúde. Aplicação de verniz de flúor (soluto de 50mg/ml) em saúde comunitária. Orientação n°013/2013; 2013. p. 1-16.



## **APÊNDICES**

---



## 8. Apêndices

### Apêndice A: Consentimento informado



**Universidade Católica Portuguesa**  
**Centro Regional de Viseu**  
**Departamento de Ciências da**  
**Saúde**

#### CONSENTIMENTO INFORMADO

#### PERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL DOS UTENTES PELOS MÉDICOS DE SAÚDE FAMILIAR E GERAL

Eu, Ana Rita Vaz, aluna do 5ºano do Mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu, venho por este meio comunicar que farei um estudo acerca da percepção da saúde oral dos utentes pelos médicos de Medicina Geral e Familiar, com o objetivo de obter dados relevantes ao desenvolvimento de uma dissertação de mestrado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, através da análise estatística dos dados recolhidos. Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e serão exclusivamente utilizados pelos investigadores deste projeto, apenas para fins estatísticos. A participação neste estudo não implicará qualquer encargo e não será efetuado nenhum tratamento. A sua participação é importante e desde já agradecida.

Nome legível da aluna: Ana Rita Ferreira Vaz

Nome legível do orientador: Prof. Doutor Nélio Veiga

Nome legível do co-orientador: Profª Doutora Maria José Correia

Declaração de consentimento informado: \* Declaro que compreendi a explicação sobre a participação na investigação e estudo em que serei incluído/a, sendo a minha participação voluntária. \*

Assinalar em caso afirmativo

Apêndice B: Questionário aplicado aos médicos de medicina geral e familiar do centro de Viseu



**CATOLICA**  
DEPARTAMENTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE  
VISEU

**Universidade Católica Portuguesa**  
**Centro Regional de Viseu**  
**Departamento de Ciências da**  
**Saúde**

## **Percepção da saúde oral dos utentes pelos médicos de Medicina Geral e Familiar**

1. Idade:  30-40 anos  40- 50 anos  50-60 anos  60+

2. Género: Masculino  Feminino

3. Área \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ residência:

4. Unidade \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Saúde:

5. Ano de Licenciatura/Mestrado Integrado: \_\_\_\_\_

6. Com que frequência os seus utentes referem dor na face e/ou cavidade oral?  
Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre   
Sempre

7. Costuma efectuar alguma observação intra-oral aos seus utentes?

Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre  Sempre

Se sim, a que utentes costuma fazer a observação:

---

8. Consegue reconhecer sinais e sintomas das patologias mais comuns da cavidade oral (cárie, doença periodontal, lesões da mucosa oral suspeitas)?

Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre  Sempre

9. Quando referida dor dentária e/ou orofacial, prescreve algum tipo de medicação analgésica?

Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre

Sempre

10. Quando referida dor dentária e/ou orofacial com presença de edema da face e infecção, prescreve algum tipo de medicação antibacteriana?

Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre

Sempre

11. Em caso de diagnosticada patologia orofacial recomenda consulta de Medicina Dentária?

Não  Sim, médico dentista particular  Sim, médico dentista da  
Unidade de Saúde  Sim, higienista oral da Unidade de Saúde

12. Costuma dar conselhos/instruções de cuidados de higiene oral aos seus  
utentes?

Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre  Sempre

13. Incentiva os encarregados de educação dos bebés/crianças/adolescentes a  
terem um cuidado acrescido em relação à saúde oral dos seus educandos?

Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre   
Sempre

14. Tendo em conta que a cárie dentária é uma patologia muito frequente, aborda  
o consumo de açúcares/higiene oral na consultas de vigilância infantil?

Nunca  Raramente  Às vezes  Quase sempre  Sempre

15. Nos últimos 12 meses, receitou flúor sistémico (gotas ou comprimidos de  
fluoreto de sódio a 0,25 mg)?

Sim  Não

16. Que patologias sistémicas podem ser causadas ou agravadas por uma má higiene/ saúde oral?

---

17. Nas questões apresentadas indique o que pensa ser a resposta correta:

17.1- Idade média das crianças quando o primeiro dente permanente erupciona.

4 anos    6 anos    8 anos    10 anos

17.2- Idade média dos bebés quando o primeiro dente decíduo erupciona.

4 meses    6 meses    8 meses    12 meses

17.3- Pastas dentífricas não podem ser usadas por crianças com menos de 3 anos de idade.

Verdadeiro    Falso

17.4- Os microrganismos que causam a cárie dentária normalmente transmitem-se de mãe para filho.

Verdadeiro    Falso

17.5- A limpeza e a escovagem dentária devem iniciar-se a partir dos 2-3 anos de idade.

Verdadeiro    Falso

17.6- O hábito de sucção de chupeta é um fator de risco para malformações dento-alveolares em crianças com menos de 4 anos de idade.

Verdadeiro  Falso

17.7- Verniz de flúor aplicado em crianças com menos de 5 anos de idade pode causar fluorose e envenenamento.

Verdadeiro  Falso

17.8- Qual o dente permanente que normalmente erupciona primeiro?

Incisivo inferior  Incisivo superior  1º molar

17.9- Os selantes são eficientes na prevenção de cáries de fossas e fissuras.

Verdadeiro  Falso

17.10- O facto de existir placa bacteriana nas superfícies dos dentes é o principal indicador de existência de cárie no futuro.

Verdadeiro  Falso

17.11- O leite materno é menos cariogénico que o leite não materno (fórmula).

Verdadeiro  Falso

17.12- A respiração bucal é um fator de risco para malformações alveolares dentárias.

Verdadeiro  Falso

17.13- O uso de uma pasta dentífrica é mais importante que a técnica de escovagem para prevenção de cáries.

Verdadeiro  Falso

17.14- O consumo de xilitol através de pastilhas ou snacks reduz o nível bacteriano causador da cárie.

Verdadeiro  Falso

17.15- Enxaguar a cavidade oral com uma grande quantidade de água após escovagem com pasta dentífrica fluoretada, é eficaz na prevenção da cárie.

Verdadeiro  Falso

17.16- Os primeiros sinais de cáries constituem o aparecimento de manchas brancas ou linhas nas superfícies dentárias.

Verdadeiro  Falso

17.17- O ácido produzido pela bactéria cariogénicas depois do paciente consumir açúcar, é neutralizado pela saliva no espaço de 5 minutos.

Verdadeiro  Falso

17.18- O melhor momento para efetuar procedimentos dentários urgentes numa paciente grávida é no 2º trimestre de gravidez.

Verdadeiro  Falso

17.19- A principal causa de doenças periodontais é a placa bacteriana.

Verdadeiro  Falso

17.20- A frequência do consumo de açúcar possui um papel maior na produção de cáries do que a totalidade do açúcar consumido.

Verdadeiro  Falso

17.21- Por que razão o flúor é adicionado nas pastas dentífricas:

Prevenção de cárie  Branqueamento dentário

Remineralização dentária  Remoção de cálculos dentários.

17.22- Um anti-hipertensivo aumenta o risco de cárie dentária.

Verdadeiro  Falso

17.23- Os analgésicos aumentam o risco de cárie dentária.

Verdadeiro  Falso

17.24- Relaxantes musculares aumentam o risco de cárie dentária.

Verdadeiro  Falso

17.25- Antibióticos aumentam o risco de cárie dentária.

Verdadeiro  Falso

17.26- Antidepressivos aumentam o risco de cárie dentária.

Verdadeiro  Falso

17.27- Hipnóticos aumentam o risco de cárie dentária.

Verdadeiro  Falso

17.28- Doenças periodontais nas mães levam ao nascimento de bebés com baixo peso

Verdadeiro  Falso

17.29- Doenças periodontais podem causar problemas no controlo da diabetes.

Verdadeiro  Falso

17.30- Radioterapia aumenta o risco de cárie dentária.

Verdadeiro  Falso

17.31- Quimioterapia aumenta o risco de cárie dentária.

Verdadeiro  Falso

17.32- Doenças periodontais podem provocar doenças cardiovasculares.

Verdadeiro  Falso

17.33- Lesões que permanecem mais de 2 semanas na cavidade oral, necessitam de biópsia.

Verdadeiro  Falso

18- Estaria disposto a frequentar uma hora de formação sobre saúde oral e impacto na saúde genérica do paciente?

Sim  Não