



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:
Daniela Soraia Ferreira Dias Aires

Viseu, 2016



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Daniela Soraia Ferreira Dias Aires

Orientador: Mestre Filipe Araújo

Coorientador: Mestre Ana Margarida Silva

Viseu, 2016

Agradecimentos

Agradeço ao Mestre Filipe Araújo e à Mestre Ana Margarida Silva pela disponibilidade, orientação e coordenação.

Ao meu pai, José, por me ensinar a lutar por aquilo em que acredito com força e determinação, por me incentivar a dar sempre o melhor de mim, por ser um exemplo a seguir.

À minha mãe, Alice, por todo o apoio, carinho e dedicação incondicionais, sem ela nada disto seria possível.

À minha irmã, Filipa, por ser um exemplo de força e coragem, por ser uma “segunda mãe” e me apoiar em todas as situações.

À minha binomia, Margarida, pelo apoio, pela amizade, pelo espírito de entreatajuda e por todos os momentos.

Agradeço às minhas amigas Filipa, Lili, Mariana e Rita pela amizade, por todo o carinho e apoio, por me levarem a aceitar Viseu como a minha casa e por fazerem parte das melhores recordações dos anos aqui passados.

Agradeço a todos os meus outros amigos pela amizade e pelo apoio.

A todos os outros professores pelos conhecimentos transmitidos.

Resumo

A Medicina Dentária é uma área que deriva da Medicina e é responsável pela prestação de cuidados de saúde ao nível do sistema estomatognático, visando também a reabilitação estética e funcional da cavidade oral. Hoje em dia não interessa apenas o tratamento das patologias instaladas, mas também a sua prevenção, principalmente em idades precoces.

O Relatório de atividade clínica é o relato das competências teóricas e práticas obtidas no decurso do Mestrado Integrado em Medicina Dentária durante o último ano. O seu objetivo é a análise crítica de toda a atividade clínica, realizada pelo binómio 15, tendo particular interesse aquela que foi realizada pelo autor deste documento. Desta forma poderei refletir sobre a minha progressiva formação, desenvolvendo competências teóricas, práticas e comunicativas, tendo em vista a melhor prestação de tratamentos médicos nos futuros pacientes.

O presente relatório engloba a exposição, de forma quantitativa, de toda a prática clínica realizada durante o 5º ano, dividindo os pacientes atendidos de duas maneiras distintas - como operador clínico e como assistente, bem como separando-os por diferentes áreas disciplinares. Durante este trabalho serão apresentados alguns casos clínicos diferenciados de interesse relevante.

A análise e caracterização do trabalho realizado promove o espírito crítico, permitindo uma visão mais ampla relativamente ao diagnóstico diferencial e às possibilidades de plano de tratamento.

A futura prática clínica basear-se-á nas competências obtidas ao longo de todo o curso. É de grande importância a consolidação dos conhecimentos obtidos com a prática clínica integrada, assim como a sua utilização como ponto de partida para a formação contínua do futuro Médico Dentista.

Palavras-chave: Atividade Clínica, Anamnese, Diagnóstico, Plano de Tratamento, Medicina Dentária.

Abstract

Dental Medicine is specific area originated form the Medicine and is responsible for providing health care regarding the stomatognathic system, aiming the aesthetics and functional rehabilitation of the oral cavity. Nowadays, it matters not only the treatment of the located pathologies, but also their prevention, mainly at early ages.

The Clinical Report it is a summary of theoretical concepts and practical skills obtained along the last year of the Master Degree in Dental Medicine. The main objective is to make a critical analysis of all the clinical activity, performed by the binomial 15, take on particular interest al the clinical activities performed by the author of this document. This way I'll be able to think over my constant evolution, developing theoretical, practical and communication skills, to provide the best medical treatments for the future patients.

The present report embraces the exposition, in a quantitative way, of all the clinical practice performed during the 5th year, dividing the patients in two different ways – as clinical operator and as assistant, as well they are distributed in different clinical areas. During this report will be presented some clinical cases of relevant interest.

The analysis and characterization of the accomplished work, promotes the critical spirit, enabling a larger vision according to the differential diagnosis and treatment plan.

The future clinical practice will be based on in the acquired skills. The consolidation of the acquired knowledge is very important in the future clinical practice and is the starting point for the continuous formation of the future Dentist.

Key words: Clinical Activity, Anamnesis, Diagnosis, Treatment Plan, Dental Medicine

Índice Geral

1 - Introdução	3
2 – Objetivos	13
3 - Materiais e Métodos	19
4- Resultados	23
4.1 - Caraterização geral da amostra.....	23
4.2 - Atividades desenvolvidas em cada área disciplinar	30
4.2.1 - Medicina Oral	30
4.2.2 - Cirurgia Oral	32
4.2.3 - Periodontologia	34
4.2.4 - Prostodontia Fixa	36
4.2.5 - Prostodontia Removível	37
4.2.6 - Oclusão	39
4.2.7 - Dentisteria Operatória	40
4.2.8 - Endodontia	41
4.2.9 - Odontopediatria.....	43
4.2.10 - Ortodontia.....	44
5 – Casos Clínicos Diferenciados.....	47
5.1 – Cirurgia periodontal para aprofundamento do vestíbulo com retalho gengival livre	47
5.1.1 – Caso Clínico	47
5.1.2 – Enquadramento teórico	47
5.1.3 – Material.....	50
5.1.4 – Procedimento	51
5.1.5 – Discussão do caso clínico	55
5.2 – Exodontia de canino mandibular retido	55
5.2.1 – Caso Clínico	55
5.2.2 – Enquadramento teórico	56
5.2.3 – Material.....	57
5.2.4 – Procedimento	58
5.2.5 – Discussão do caso clínico	62
5.3 – Falso coto fundido, utilizando técnica de retrofitting, após fratura do remanescente dentário de pilar de ponte.....	63
5.3.1 – Caso Clínico	63
5.3.2 – Enquadramento teórico	64
5.3.3 – Material.....	68
5.3.4 – Procedimento	69
5.3.5 – Discussão do caso clínico	74

6 - Discussão.....	79
7 - Conclusões	89
8 – Anexos	93
9 - Referências Bibliográficas.....	103

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Gráfico representativo dos atos clínicos de todas as áreas disciplinares, como binómio, assistente e como operador	23
Gráfico 2 - Percentagem de pacientes por género.....	24
Gráfico 3 - Distribuição de pacientes por faixa etária	24
Gráfico 4 - Distribuição de pacientes pela classificação ASA.....	24
Gráfico 5 - Distribuição de pacientes por número de patologias	26
Gráfico 6 - Distribuição de pacientes por patologias	26
Gráfico 7 - Percentagem de grupos farmacológicos presentes na amostra (valores aproximados).....	28
Gráfico 8 – Número de escovagens diárias	29
Gráfico 9 - Distribuição de atos por Área Disciplinar	30
Gráfico 10 – Percentagem de atos como operador e como assistente no âmbito da Cirurgia Oral	34
Gráfico 11 - Tipos de atos como operador em Cirurgia Oral.....	34
Gráfico 12 - Distribuição de consultas, de acordo com o diagnóstico, como operador e assistente no âmbito da Periodontologia	35
Gráfico 13 - Distribuição de consultas por atos realizados pelo binómio no âmbito da Prótese Fixa	37
Gráfico 14 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente em Prótese Fixa	37
Gráfico 15 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente em Prótese Removível	39
Gráfico 16 - Distribuição e tipo de atos clínicos como operador e assistente em Oclusão	40
Gráfico 17 - Tratamentos executados como operadora no âmbito da Dentisteria Operatória	41
Gráfico 18- Atos clínicos como operadora em Endodontia	42

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Frequência de pacientes em relação à medicação	27
Tabela 2 - Frequência de pacientes polimedicados	27
Tabela 3 - Utilização de fio dentário	29
Tabela 4 - Hábitos tabágicos na amostra	29
Tabela 5 - Hábitos alcoólicos na amostra	29
Tabela 6 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente no âmbito de Medicina Oral	31
Tabela 7 - Tipos de atos clínicos no âmbito da Medicina Oral, como operadora e como assistente	31
Tabela 8 - Distribuição de atos como operadora em Periodontologia	36
Tabela 9 - Atos clínicos como operador e assistente no âmbito da Prótese Removível	38
Tabela 10 - Distribuição de consultas como operador e assistente em Dentisteria Operatória	41
Tabela 11 - Distribuição dos atos clínicos e das aulas, como operador e assistente em Endodontia	42
Tabela 12- Atos clínicos como operador e assistente em Odontopediatria. Tipo de tarefa desempenhada como operador	43

Índice de Imagens

Imagem 1 – Língua geográfica, língua fissurada fissurada e leucoplasia pilosa.....	32
Imagem 2 – Lipoma.....	32
Imagem 3 - Controlo após 1 semana.....	33
Imagem 4 - Tórus palatino.....	33
Imagem 5 – Fotografia pré-operatória (antes da realização de qualquer procedimento cirúrgico).....	53
Imagem 6 – Fotografia pré-operatória (antes da realização da cirurgia de aprofundamento de vestíbulo.....	53
Imagem 7 – Incisão horizontal.....	53
Imagem 8 – Descolamento do retalho.....	53
Imagem 9 – Dissecção da totalidade do retalho e posicionamento apical.....	53
Imagem 10 – Sutura do novo sulco.....	53
Imagem 11 – Remoção do enxerto do palato.....	54
Imagem 12 – Posicionamento do enxerto no local recetor.....	54
Imagem 13 – Estabilização do enxerto com cola cirúrgica.....	54
Imagem 14 – Controlo (8 dias).....	54
Imagem 15 – Controlo (15 dias).....	54
Imagem 16 – Controlo (30 dias).....	54
Imagem 17 – Ortopantomografia.....	60
Imagem 18 - Raio-x periapical do dente 33.....	60
Imagem 19 – Fotografia pré operatória (vista frontal).....	60
Imagem 20 – Fotografia pré-operatória (vista superior).....	61
Imagem 21 – Realização do retalho.....	61

Imagem 22 – Rebatimento do retalho e exposição da coroa do 33.....	61
Imagem 23 – Luxação da coroa, depois depois de realizada a odontosecção da mesma.....	61
Imagem 24 – Extração da raiz com recurso a uma lima 70H.....	61
Imagem 25 – Loca cirúrgica.....	61
Imagem 26 – Fragmentos dentários extraídos.....	62
Imagem 27 – Sutura.....	62
Imagem 28 – Controlo após 8 dias (com sutura).....	62
Imagem 29 – Controlo após 8 dias (sem sutura).....	62
Imagem 30 – Ortopantomografia.....	72
Imagem 31 – Raio-x periapical da restauração protética.....	72
Imagem 32 – Raio-x periapical nº 2 da restauração protética.....	72
Imagem 33 – Desobturação do canal do dente 45.....	72
Imagem 34 – Raio-x final após re-tratamento endodôntico.....	73
Imagem 35 – Raio-x após cimentação do falso coto.....	73
Imagem 36 – Fotografia intra-oral dos remanescentes dentários após remoção da ponte.....	73
Imagem 37 – Padrão em duralay.....	73
Imagem 38 – Padrão em duralay introduzido na respetiva restauração.....	73
Imagem 39 – Padrão em duralay introduzido na respetiva restauração (2).....	73
Imagem 40 – Controlo 1 semana após cimentação.....	74
Imagem 41 – Controlo 1 semana após cimentação (2).....	74

Lista de Abreviaturas

ASA - American Society of Anesthesiologists

BOP - Bleeding on Probing

DDM – Discrepância dento-maxilar

OMD - Ordem dos Médicos Dentistas

PCA - Periodontite Crónica Avançada

PCL - Periodontite Crónica Leve

PCM – Periodontite Crónica Moderada

PSR - Periodontal Screening and Recording

RAR - Raspagem e Alisamento Radicular

UCP – Universidade Católica Portuguesa

Introdução

1 - Introdução

Saúde é um conceito intrínseco à natureza humana, sendo definida pela Organização Mundial de Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente na ausência de uma doença ou enfermidade”.⁽¹⁾

A cavidade oral não pode ser separada do resto do organismo, uma vez que a saúde oral afeta a saúde geral (e vice-versa), causando dores e sofrimento significativo, alterando também os hábitos alimentares e de fonação e, de um modo geral, alterando a qualidade de vida e o bem-estar. A saúde oral tem também efeitos em outras patologias crônicas.^(2, 3)

Desta forma importa introduzir a definição de Saúde Oral como sendo a ausência de dor crônica facial e na boca, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congênitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e, outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral e a boca.⁽¹⁾

A Medicina Dentária pode ser definida como a área da saúde, ramo da Medicina, que se dedica à avaliação, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças, desordens e/ou condições da cavidade oral, da região maxilofacial e/ou estruturas associadas e adjacentes, assim como o seu impacto no corpo humano. Sendo que o Médico Dentista desempenha a sua profissão de acordo com a sua educação, treino e experiência, e também tendo em conta os princípios éticos da profissão e as leis existentes.⁽⁴⁾

A realização de tratamentos dentários ocorreu desde muito cedo, existindo esculturas dentárias e incrustações de ouro e pedras preciosas em dentes, provenientes de períodos pré-históricos. A intervenção na área da Medicina Dentária tem evoluído significativamente, sendo que se em tempos remotos estava primordialmente relacionada com questões religiosas, hoje em dia tem como objetivo restabelecer a saúde, a função e a estética, assim como a prestação de cuidados de saúde ao nível do sistema estomatognático.⁽⁵⁾

Importa aqui salientar que o impacto das doenças orais, destacando a cárie e a doença periodontal, reduzem a qualidade de vida e a função do indivíduo e das comunidades, causando dor e sofrimento, sendo um problema grave e de

saúde pública, dado serem doenças altamente prevalentes e incidentes em todas as regiões do mundo. Desta forma é importante que os Médicos Dentistas modifiquem a forma de abordagem das doenças orais e que consigam ver mais além das suas consequências, promovendo desta forma a sua prevenção e, conseqüentemente, promovendo a saúde geral e melhorando a qualidade de vida da população.⁽⁶⁻⁸⁾

Grande parte das doenças orais são consideradas cumulativas, tornando-se mais complexas com o passar do tempo, necessitando o mais atempadamente possível de intervenção médico-dentária. A acrescer a estas constatações existe o facto de se saber que estas doenças podem muitas vezes ser alvo de prevenção e, para além deste facto os recursos necessários para a realizar são proporcionalmente muito mais baixos do que aqueles que resultam da necessidade de tratamento.^(6, 9)

A presença de dentes saudáveis na cavidade oral, de modo isolado, não é necessariamente indicador de saúde oral. É necessário existirem práticas de higiene oral corretas, hábitos alimentares saudáveis, encontrar-se livre de dores e doenças crónicas oro-faciais ou neoplasias de cabeça e pescoço, saúde ao nível de todos os tecidos da cavidade oral e, conseqüentemente, existir qualidade de vida.⁽⁶⁻⁸⁾

Quando se fala de prevenção em saúde, o objetivo principal é melhorar a qualidade de vida do paciente motivando-o e educando-o para a criação de hábitos saudáveis, de forma a evitar as doenças e/ou impedir a sua progressão. Quando existem falhas na Medicina Dentária Preventiva ocorre instalação da doença e aumento do número de dentes restaurados e extraídos, assim como indicações cirúrgicas e protéticas.^(6, 10) Das inúmeras missões do Médico Dentista, uma das mais importantes é ajudar os seus pacientes a alcançar e manter o máximo de saúde oral ao longo da vida, desde a educação da futura mãe e os devidos cuidados a ter consigo e com seu filho, até à atenção ao paciente idoso, possuidor ou não e seus dentes naturais.⁽⁶⁾

O aumento da esperança média de vida, a melhoria dos cuidados de saúde, a globalização, as alterações nutricionais e socioeconómicas, têm levado a que, atualmente, nos países desenvolvidos, se verifique uma mudança no padrão de

pacientes que procuram tratamento dentário. Maior longevidade é também sinónimo de exposição mais prolongada do meio oral à ação dos biofilmes bacterianos, aumentando assim a probabilidade de desenvolvimento de patologias dentárias e periodontais. Atualmente é notável, e bem documentada, a relação entre estas patologias orais e determinadas doenças sistémicas (cardiovasculares, respiratórias, reumáticas e metabólicas como é exemplo a Diabetes), sendo que existem também determinadas afeções cujos efeitos são visíveis no equilíbrio da cavidade oral, visíveis sob a forma de xerostomia, alterações ósseas, alterações no processo de cicatrização, predisposição para infeções, transtornos músculo-esqueléticos e alterações no sistema hemoestático. Por outro lado verifica-se também um desenvolvimento da implantologia e da cirurgia oral reconstrutiva, acompanhado pelo aumento do nível de exigência dos pacientes em relação aos cuidados de saúde oral.⁽¹¹⁾

A anamnese revela-se determinante para guiar o exame clínico e, mais tarde o prognóstico e plano de tratamento. O ato médico deve ser um processo lógico e ordenado, iniciando-se nas primeiras informações fornecidas pelo paciente, seguindo-se o exame clínico e eventualmente os exames complementares de diagnóstico.⁽¹¹⁾

O Médico Dentista deve estar apto a realizar um correto diagnóstico e, conseqüentemente um adequado plano de tratamento. O sucesso da intervenção do Médico Dentista advém de uma anamnese completa, conseguida através da comunicação verbal na relação médico-paciente durante a consulta e associada ao preenchimento de questionários médicos normalizados, e da sua evolução até a um correto diagnóstico e adequado plano de tratamento.^(11, 12)

A primeira abordagem ao paciente na Clínica Universitária é baseada no preenchimento da anamnese (anexo 2): em primeiro lugar é registada a queixa principal do paciente (“motivo da consulta”), sendo que esta deve ser registada tendo em conta a descrição do próprio. Em seguida são realizadas as questões necessárias para obter as informações necessárias acerca do estado de saúde geral do paciente. Depois de finalizada a anamnese, deve ser realizado o exame clínico, extra-oral e intra-oral (de acordo com o anexo 2). No exame extra-oral deve ser analisada a região facial, assim como a região cervical. No

exame intra-oral devem ser analisados os tecidos duros e moles presentes na cavidade oral. Em seguida podem ser realizados exames complementares de diagnóstico, dependendo da necessidade e da sua contribuição para um correto diagnóstico e plano de tratamento.

De modo a respeitar os princípios anteriormente descritos, na Clínica Dentária Universitária, o aluno deve preencher a ficha de risco (questionário European Medical Risk Related History - EMRRH) (anexo 1), preencher, e quando necessário atualizar, a anamnese (anexo 2) e fornecer informações sobre o estado atual da dentição, preenchendo e atualizando o odontograma (anexo 3).

O plano de tratamento deverá apresentar as diferentes possibilidades de tratamento, tendo em conta as características e necessidades individuais de cada paciente. Os fatos referidos anteriormente são assegurados pela prática clínica integrada das diferentes áreas da Medicina Dentária (Medicina Oral, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Endodontia, Cirurgia Oral, Odontopediatria, Ortodontia, Oclusão, Prostodontia Fixa e Prostodontia Removível).

A Medicina Oral é a área responsável, principalmente, pelo diagnóstico e abordagem médica dos pacientes com desordens médicas complexas, que envolvem a mucosa oral, as glândulas salivares, as desordens temporomandibulares e a dor orofacial. Pacientes a realizar tratamento para o cancro, diabetes, patologia cardiovascular e doenças infecciosas, condições médicas que afetam o tratamento dentário, devem receber cuidados de saúde oral realizados por um especialista em Medicina Oral. The American Academy of Oral Medicine define Medicina Oral como a especialidade da Medicina Dentária que se dedica à saúde oral dos pacientes medicamente comprometidos, assim como ao diagnóstico e a intervenção não cirúrgica das desordens médicas que afetam a região oral e maxilofacial. A área de Medicina Oral intervém no diagnóstico primário e tratamento das doenças orais que não respondem aos procedimentos cirúrgicos convencionais. De modo a promover uma ótima saúde oral a todos os pacientes, o Médico Dentista deve reconhecer a interação entre saúde oral e saúde sistémica, identificando as possíveis manifestações de patologia sistémica na cavidade oral e vice-versa, fazer um correto levantamento e análise dos sinais e sintomas presentes e que possam

ser indicativos de determinada patologia. Para além disso deve investigar a etiologia e tratamento das patologias orais, através da pesquisa clínica e da ciência básica, deve também prevenir, definir e tratar as patologias das glândulas salivares, patologias da mucosa, dor orofacial, assim como outras desordens neurossensoriais. Os conhecimentos de anatomia e fisiologia são de marcada importância de modo a distinguir o fisiológico do patológico. ⁽¹²⁾

A prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças que afetam o periodonto são a área de atuação da Periodontologia. Em primeiro lugar é realizado o diagnóstico periodontal, com recurso à história médica e médico-dentária, ao exame clínico e ao exame periodontal, e ao exame radiológico. O exame periodontal consiste na avaliação da profundidade das bolsas e pseudobolsas (6 pontos em cada dente), altura da gengiva aderida, quantidade de inserção do ligamento periodontal, altura e extensão das recessões gengivais, presença de hemorragia à sondagem (BOP), índice de placa do paciente e, quando aplicável, os graus de envolvimento de furca e mobilidade dentária. O exame radiográfico é composto por uma ortopantomografia e, quando necessário, por um status radiográfico. A observação do exame radiográfico deve permitir a medição da altura do osso alveolar, a observação do trabeculado ósseo, observar a possível perda óssea na zona da furca, analisar o espaço periodontal, a forma das raízes, observar possíveis lesões periapicais e a relação coroa-raiz.⁽¹³⁾ O tratamento nesta área consiste em 3 fases essenciais: Fase higiénica, fase cirúrgica (para correção das possíveis alterações dos tecidos moles ou duros, provocadas pela doença) e a fase de controlo (prevenção da recidiva da doença através de controlos periódicos). O periograma, que deve ser preenchido e atualizado em cada consulta, é constituído pela profundidade das bolsas, altura das recessões, índice de placa e de sangramento, PSR, grau de envolvimento de furca e mobilidade, esta ferramenta é de marcada importância na determinação da progressão da patologia. Para além dos procedimentos referidos anteriormente, o paciente deve ser educado e motivado para a correta higiene oral, sendo que também deve ser feita a avaliação da sua colaboração.

A Dentisteria Operatória atua na prevenção, diagnóstico e tratamento dos elementos dentários sujeitos a lesões de cáries, fraturas e alterações de cor

e/ou forma, impedindo a progressão da patologia existente, com recurso a métodos conservadores e materiais restauradores diretos. Tem como objetivo não só a prevenção, o controlo da progressão da patologia, a restauração da função, mas também a estética do sorriso. ^(14, 15)

A Endodontia é o ramo da Medicina Dentária que estuda a etiopatologia, diagnóstico, tratamento, profilaxia e prognóstico das alterações patológicas da polpa e região perirradicular. A Endodontia e os procedimentos terapêuticos a ele inerentes necessitam de conhecimentos de embriologia da polpa dentária, que irão permitir a plena compreensão da histofisiologia pulpo-dentária; de um perfeito conhecimento da anatomia interna dos dentes, essencial para o conhecimento da etiopatogenia do grande número de lesões pulpares e perirradiculares, assim como para a correta execução das técnicas terapêuticas endodônticas.⁽¹⁶⁾ O Médico Dentista deve ter pleno conhecimento da complexidade e variação da anatomia canalar, assim como das suas limitações e dos instrumentos que possui ao seu dispor, pois só desta forma se pode garantir um tratamento correto. De realçar que muitos avanços foram introduzidos com o objetivo de otimizar o tratamento endodôntico, no entanto, esses avanços serão inúteis sem a realização de um correto diagnóstico.⁽¹⁷⁾

A Cirurgia Oral é a área da Medicina Dentária que engloba o diagnóstico e tratamento cirúrgico e complementar de patologias, lesões e deficiências, incluindo aspetos relacionadas com a função e estética dos tecidos duros e moles da região maxilar e mandibular. A cirurgia contemporânea é guiada por um conjunto de princípios, sendo a maioria deles aplicada a qualquer parte do organismo. Está relacionadas com atos que visam a extração de elementos dentários, que estando danificados nos seus componentes anatómicos, não são suscetíveis de recuperação mediante terapia conservadora, periodontal, protética ou cirúrgica, ou quando a sua conservação não parece oportuna, após avaliação geral do paciente ou da situação local, sendo indicada a sua exodontia. Existe indicação para extração dos elementos dentários quando: se encontram afetados por lesões de cárie avançada, cujo tratamento endodôntico e/ou restaurador não é viável; existe doença periodontal grave; existe mobilidade acentuada; se encontram envolvidos em traumatismos; raízes ou fragmentos dentários; inclusos ou supranumerários; envolvidos em processos

patológicos como a osteomielite, quistos, tumores ou necrose óssea; podem ser focos de infecção em doentes de risco; envolvidos em campos de radiação terapêutica. O Médico Dentista deve elaborar um correto diagnóstico e plano de tratamento, fazer uma boa seleção do material, ter um campo operatório adequado e, apenas realizar cirurgias para as quais se encontre devidamente habilitado, de modo a evitar (ou a solucionar com mais eficácia) possíveis complicações pré, intra ou pós-operatórias. ⁽¹⁸⁾

A Odontopediatria é a especialidade que se dedica aos cuidados, preventivos e terapêuticos, de crianças até à adolescência, assim como de pacientes com necessidades especiais.^(19, 20) São necessários conhecimentos de psicologia e de controlo de comportamento específicos, de modo a desempenhar da forma mais adequada a atuação nesta área. Visa também a promoção e educação para a saúde oral não apenas dos pacientes, mas também dos pais e/ou responsáveis. ^(21, 22)

A Ortodontia é uma especialidade cuja demarcação está fundamentalmente determinada pela orientação terapêutica, sendo a ciência que estuda e se ocupa o desenvolvimento da oclusão e a sua correção através de aparelhos mecânicos que exercem forças físicas sobre os dentes e o seu meio ambiente.⁽²³⁾ Para além da oclusão, inclui também a forma e desenvolvimento da mandíbula, assim como o controlo e tratamento do crescimento facial. São inerentes a esta ciência os conhecimentos anatómicos, mecânicos e físicos. ^(23, 24) Na Clínica Universitária o seu ensino visa o correto diagnóstico e o estudo (e aplicação) das diferentes formas de tratamento, seja ele, preventivo, corretivo ou intercetivo, utilizando para isso apenas aparelhos removíveis. ⁽²³⁾

A Oclusão dedica-se ao estudo, diagnóstico, prevenção e tratamentos relacionados com más oclusões e disfunções temporomandibulares. O estudo das parafunções assume também bastante importância nesta área. O Médico Dentista deve possuir conhecimentos que lhe permitam avaliar uma grande diversidade de sinais e sintomas, de modo a realizar um correto diagnóstico das disfunções temporomandibulares, percebendo desta forma a sua etiologia, e qual a melhor forma de tratamento e controlo. ⁽²⁵⁾

A Prótese Fixa é a arte e ciência de restaurar dentes danificados ou dentes ausentes com recurso a restaurações indiretas usando para isso os mais variados biomateriais, tais como materiais cerâmicos, metalo-cerâmicos ou materiais provisórios como são as resinas acrílicas ou resinas compostas.⁽²⁶⁾ Parte destas restaurações indiretas são coroas unitárias, pontes parciais fixas, inlays, onlays e facetas, assim como os elementos protéticos realizados sobre implantes dentários. Tem como objetivos principais a restituição e manutenção de funções (tais como mastigatória e fonética), assim como a melhoria das características estéticas.⁽²⁷⁾ O tratamento bem sucedido nesta área requer uma combinação planejada de muitos aspetos: educação do paciente e prevenção de outras patologias orais, diagnóstico seguro, tratamento periodontal, habilidade a nível cirúrgico, conhecimentos sobre oclusão e, por vezes, a capacidade de optar pela colocação de próteses parciais e totais removíveis. É de elevada importância o conhecimento sólido dos princípios biológicos e mecânicos, da ampliação das habilidades cirúrgicas para implementar o plano de tratamento, e o desenvolvimento de “olho clínico” e raciocínio crítico para avaliar pormenores do caso. Apenas seguindo os pressupostos anteriormente descritos se pode proporcionar a melhor terapia ao paciente, caso contrário pode ser aplicada a pior terapia contra eles.⁽²⁶⁾

A Prótese Removível é o ramo da medicina dentária relativo ao diagnóstico, ao plano de tratamento, à reabilitação e manutenção da função oral, conforto, aparência, e saúde do paciente, por meio da restauração de dentes naturais e/ou pela substituição de dentes ausentes e tecidos orais e maxilofaciais contíguos, com aparelhos artificiais.⁽²⁸⁾ Apresenta princípios semelhantes aos descritos anteriormente para a Prótese Fixa, no entanto, visa a substituição dos dentes e estruturas contíguas de pacientes parcial ou totalmente desdentados por aparelhos artificiais que se podem remover da boca.⁽²⁹⁾

O presente Relatório de Atividade Clínica faz uma alusão ao trabalho desenvolvidos nas diferentes áreas disciplinares clínicas do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu. É feita a descrição do primeiro e segundo semestre do 5º ano, realizando uma análise crítica de toda a atividade realizada a nível clínico, tendo como objetivo a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos

adquiridos. Importa também referir que o Mestrado Integrado em Medicina Dentária, tenciona, ao longo dos 5 anos, fornecer as competências necessárias ao Médico Dentista Europeu, das quais: ter uma vasta formação académica em Medicina Dentária e estar apto a trabalhar em todas as áreas clínicas; ter formação em Ciências Biomédicas; estar apto a trabalhar em conjunto com outros profissionais de saúde, geral ou oral, no sistema de saúde; ter boa capacidade de comunicação; estar preparado para realizar o desenvolvimento profissional contínuo, apoiando o conceito de aprendizagem ao longo da vida; estar apto a praticar Medicina Dentária baseada na evidência, baseando-se na abordagem que visa a resolução do problema, através de competências teóricas e práticas. ⁽³⁰⁾

Objetivos

2 – Objetivos

O presente Relatório de Atividade Clínica representa a atividade clínica realizada pelo autor do mesmo, no decorrer do ano letivo 2015/2016. Desta forma, é feita a análise dos dados referentes aos pacientes atendidos nas diferentes áreas disciplinares, assim como a demonstração de alguns casos clínicos, representativos de um contributo para a formação académica continua. Os factos referidos anteriormente representam um conjunto de aptidões adquiridas, que certamente servirão como sustentação do trabalho profissional no futuro, assim como do seu sucesso. Após a conclusão de todas as etapas, é esperada a aquisição das seguintes competências pelo aluno:

- Realização de uma história clínica completa e detalhada;
- Realização de um exame clínico objetivo e preciso, utilizando de forma adequada os meios complementares de diagnóstico;
- Ter capacidade de realizar diagnósticos corretos, assim como saber expô-los e debatê-los e, demonstrando competências na realização de diagnósticos diferenciais;
- Elaborar um plano de tratamento, que conjugue a melhor opção do ponto de vista como Médico Dentistas, com as necessidades e capacidades individuais de cada paciente, assegurando sempre a realização do melhor tratamento para o mesmo;
- Ter noção da necessidade de tratamento multidisciplinar, quando aplicável;
- Saber correlacionar possíveis manifestações orais com doenças sistémicas (e vice-versa), assim como ter plena noção da interferência de determinadas patologias na terapia do paciente, e as soluções possíveis para os diferentes casos;
- Adquirir conhecimentos terapêuticos, acerca de administração, posologia e possíveis interações de medicamentos;
- Apresentar, de forma realista, o prognóstico dos tratamentos;
- Apresentar capacidades comunicativas, psicológicas, de compreensão e espírito crítico;
- Apresentar autonomia no desempenho das funções, respeitando a conduta ética.

Materiais e Métodos

3 - Materiais e Métodos

Em primeiro lugar foi realizada uma pequena revisão bibliográfica acerca da Medicina Dentária, salientando aspetos como a sua história, algumas definições em saúde, a sua relação com a Medicina Geral, o papel do Médico Dentista (nomeadamente no que refere à prevenção e tratamento de patologias orais), assim como um breve enquadramento acerca das diferentes áreas da Medicina Dentária. A pesquisa foi realizada através da base de dados Pubmed e dos motores de busca Google Académico e NLM Gateway, cujas palavras chaves se basearam nos seguintes termos ou conjugação de alguns: History of Dentistry, Health, Oral Health, Dentistry; Primary Prevention, Oral Medicine, Oral Surgery, Operative Dentistry, Endodontics, Occlusion, orthodontics, Pediatric Dentistry, Removable Prosthodontics, Fixed Prosthodontics.

Em seguida este relatório fez uma análise da atividade clínica do binómio 15, desenvolvida na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu. O período temporal em avaliação foi entre os dias 14 de setembro de 2015 e 06 de Maio de 2016.

Os dados apresentados foram recolhidos tendo como fonte o sistema informático da clínica. A ficha individual do paciente, a história clínica, informações presentes no odontograma e periograma, histórico dos pacientes e ficha de risco ASA, foram obtidos através do programa Newsoft®2.0, sendo que os meios auxiliares de diagnóstico, nomeadamente radiografias, foram obtidas com recurso ao programa Dimaxis®. Depois de realizada a recolha dos dados foi criada uma base de dados no programa Microsoft® Excel, facilitando a organização e consulta dos mesmos.

Os doentes são categorizados tendo em conta o seu género, idade, faixa etária, classificação ASA, patologias sistémicas associadas, medicação, hábitos de higiene oral, hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos.

Todos os atos clínicos são ainda caracterizados por área disciplinar. Para cada área foi realizada a quantificação dos atos realizados pelo binómio, havendo distinção entre as funções de operador e assistente, e relatando o tratamento que foi realizado, preferencialmente enquanto assumindo o papel de operadora.

Dos pacientes vistos no ano letivo de 2015/2016, nas diferentes áreas disciplinares, realizou-se uma seleção dos casos mais diferenciados os quais serão apresentados de forma crítica, fotográfica e radiográfica (quando aplicável), objetivando relativamente à escolha do tratamento e ao prognóstico. Desta forma é apresentada uma cirurgia periodontal para aprofundamento do vestíbulo com recurso a retalho gengival livre, de modo a poder ser realizada, com sucesso, prótese total removível superior; a realização de um falso coto fundido, utilizando uma técnica de “impressão” com a própria coroa - (“retrofitting”), após fratura do preparo dentário de um dos pilares de ponte (e consequente desinserção da mesma) e finalmente a exodontia de um canino mandibular retido, localizado por vestibular.

Resultados

4- Resultados

4.1 - Caraterização geral da amostra

Durante o período referido anteriormente, todas as informações referentes aos atos clínicos realizados pelo binómio 15, na Clínica Universitária da UCP, foram recolhidas. Foi contabilizado um total de 52 pacientes. Como operador foram realizados 61 atos clínicos e como assistente 52 atos clínicos, num total de 113 atos clínicos no binómio (Gráfico 1).

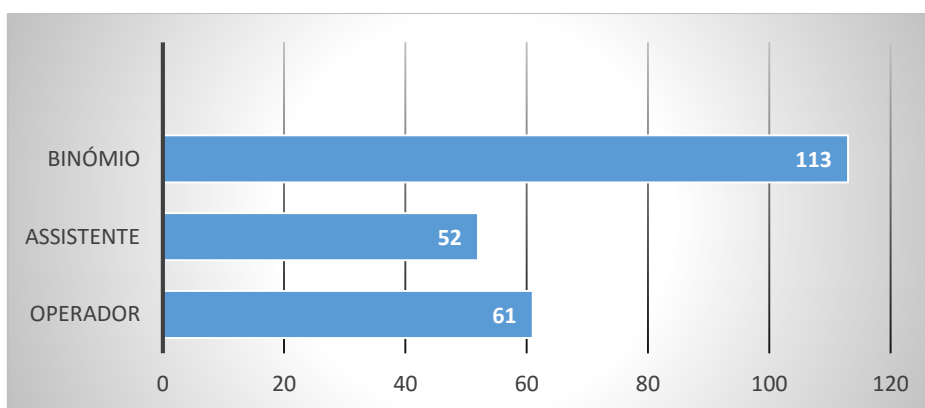


Gráfico 1- Gráfico representativo dos atos clínicos de todas as áreas disciplinares, como binómio, assistente e como operador

As idades dos pacientes encontram-se compreendidas entre os 8 e os 79 anos de idade. Os pacientes do sexo feminino representam cerca de 65% da amostra, enquanto que os pacientes do sexo masculino representam cerca de 35% da amostra (Gráfico 2). Relativamente à idade, verificou-se que a faixa etária que apresenta maior número de pacientes ocorre entre os 50 e os 59 anos, com 12 pacientes, e a faixa etária menos prevalente é a entre os 0 e os 9 anos, com apenas 1 paciente. A faixa etária entre os 40 e os 49 anos apresenta também um número significativo de pacientes, sendo 9 no total (Gráfico 3). A média das idades presentes na amostra é de 47,12 anos.

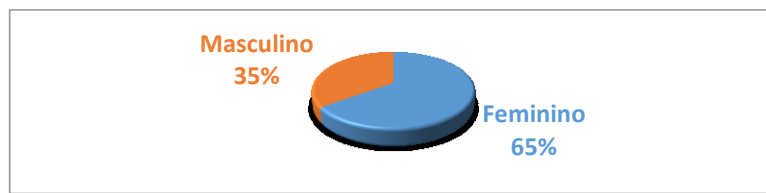


Gráfico 2 - Percentagem de pacientes por género

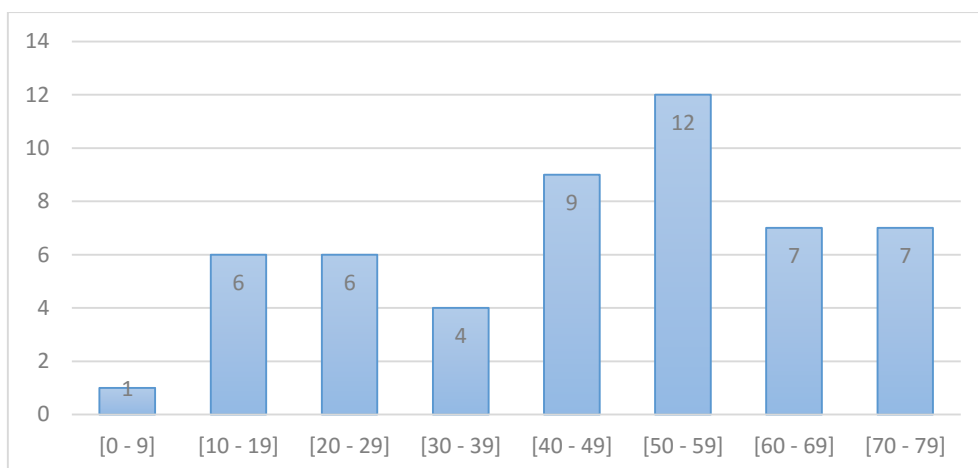


Gráfico 3 - Distribuição de pacientes por faixa etária

De forma a classificar de forma rápida e simples o estado físico dos pacientes, optou-se por utilizar a classificação ASA. Verifica-se que nesta classificação a classificação ASA II é a mais prevalente, com 22 pacientes assim categorizados. Foram contabilizados 20 pacientes ASA I, 9 pacientes ASA III e 1 paciente ASA IV (Gráfico 4).

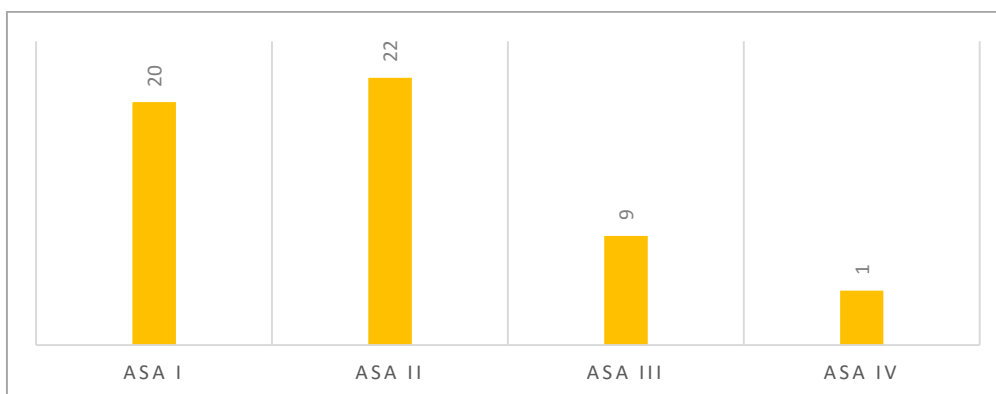


Gráfico 4 - Distribuição de pacientes pela classificação ASA

Na presente amostra foram também contabilizadas as patologias sistêmicas apresentadas pelos pacientes. Importa referir que 20 pacientes não referem qualquer tipo de patologia, 12 pacientes referem a existência de 3 patologias e 8 pacientes referem a presença de 2 patologias. O número máximo de patologias é igual a 6, sendo referido apenas por 2 pacientes (Gráfico 5). As patologias mais prevalentes são a hipertensão arterial, referida por 15 pacientes. São referidos 9 casos de distúrbios psiquiátricos (depressão, crises de ansiedade, perturbações do sono), são também referidos 9 casos de patologias respiratórias (sinusite, asma, bronquite, apneia do sono). São referidos 7 casos de hipercolesterémia, 7 casos de patologia cardíaca (insuficiência cardíaca, sopro cardíaco, arritmia, pericardite) e 7 casos de alergias (medicamentos, pólen, compósito). As doenças reumáticas (patologia óssea não especificada, artrite reumatoide, osteoporose, artrose, hérnia) são representadas por 5 casos. Com 4 casos referidos encontra-se as patologias gastrointestinais (Doença de Crohn, pirose, gastrite) e as patologias cancerígenas (útero, mama, fígado, intestino). 3 pacientes referem a existência de anemia, que se enquadra nas patologias hematológicas. 2 pacientes referem a existência de arteriosclerose, que se enquadra nas patologias cardiovasculares. Com 2 casos referidos encontram-se as patologias neurovasculares (AVC). Com apenas 1 caso encontra-se a hipotensão arterial, patologia renal (não especificada pelo paciente), patologia oftálmica (não especificada pelo paciente), patologia dermatológica (bactéria de origem desconhecida, que provoca erupções cutâneas alojadas na região da mandíbula, na região occipital e na região do tórax), pré-diabetes, diabetes tipo 2, triglicérideos elevados, e lúpus (patologia autoimune). Importa também referir que 1 paciente refere a existência de hepatite viral aguda, aguardando ainda os resultados das análises para confirmar o tipo da mesma, estando esta patologia enquadrada nas patologias infetocontagiosas (Gráfico 6).

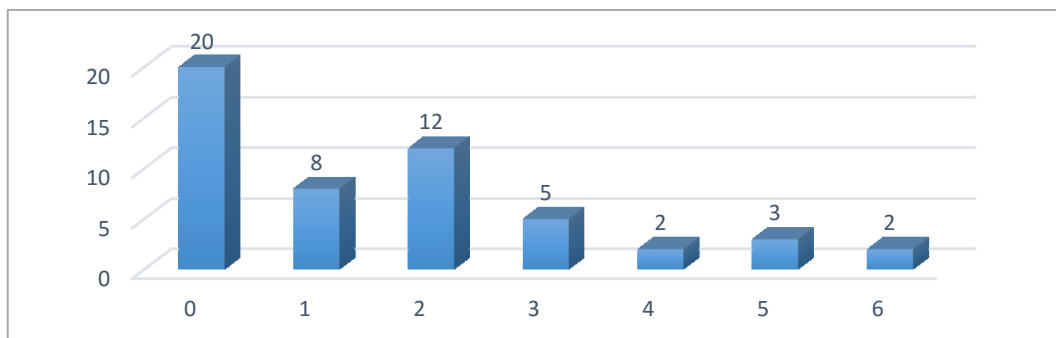


Gráfico 5 - Distribuição de pacientes por número de patologias

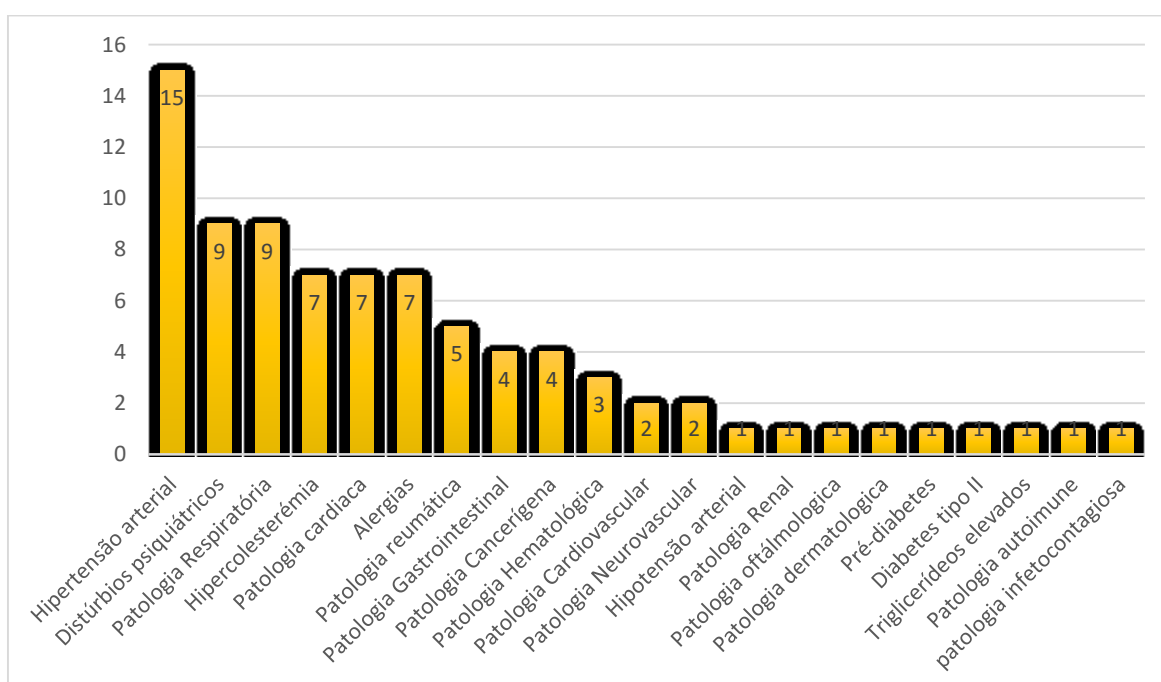


Gráfico 6 - Distribuição de pacientes por patologias

Relativamente à medicação, os pacientes foram classificados relativamente à toma, ou não, regular de medicamentos. Importa referir que 15 pacientes refere não tomar qualquer tipo de medicação, enquanto que 37 pacientes referem encontrarem-se medicados (Tabela 1). Dentro do grupo que refere estar medicado, 23 pacientes são polimedicados, enquanto que 14 referem a toma exclusiva de um só medicamento (Tabela 2). Os anti-hipertensores são o grupo de medicamentos mais prevalente da amostra, o que coincide com o facto de a hipertensão arterial ser a patologia mais prevalente na mesma, tal como

descrito anteriormente. Seguem-se os antidepressivos, que representam cerca de 12%, e os antilipídicos que representam 10%, assim como os anticoncepcionais orais. Os medicamentos para terapia de substituição hormonal da tireoide, os opiáceos, os corticosteroides, os compostos de ferro, os anti-parkinsonianos, anti-vertiginosos e antidiabéticos orais são os grupos de medicamentos que apresentam menor ordem (Gráfico 7).

Tabela 1 - Frequência de pacientes em relação à medicação

Toma Regularmente algum medicamento?	Nº de pacientes
Sim	37
Não	15

Tabela 2 - Frequência de pacientes polimedicados

	Nº de pacientes
Polimedicado	23
Toma exclusiva de 1 medicamento	14

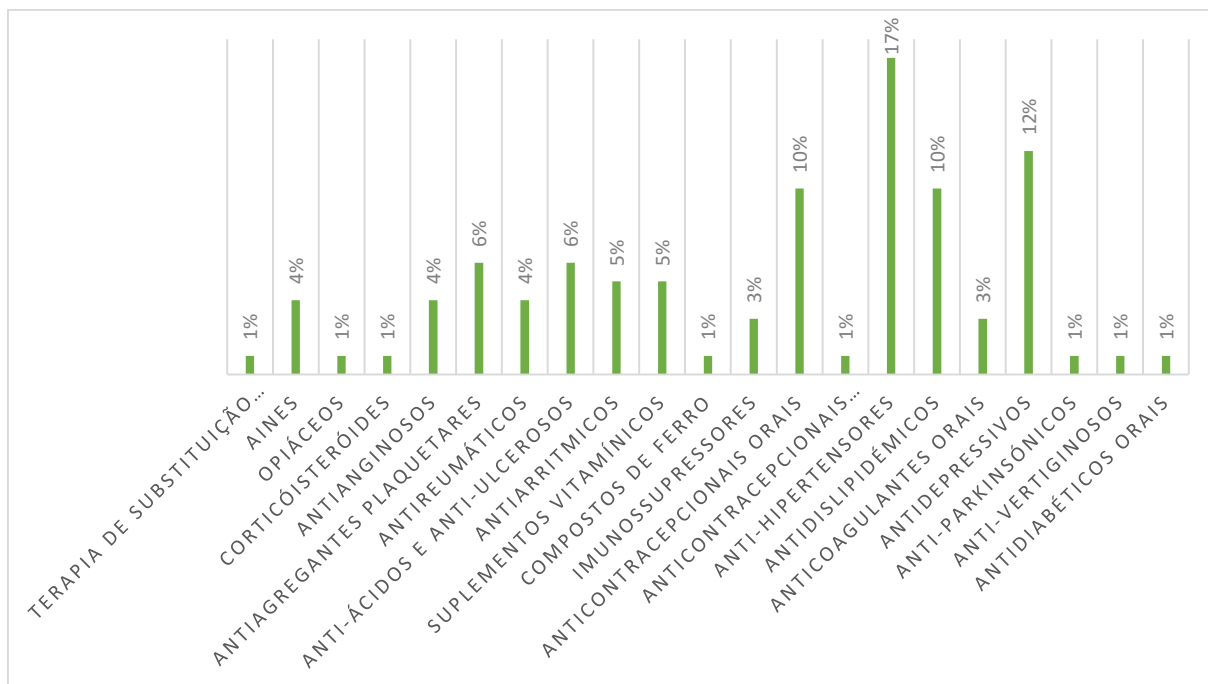


Gráfico 7 - Percentagem de grupos farmacológicos presentes na amostra (valores aproximados)

A presente amostra foi ainda quantificada em relação aos hábitos de higiene oral, aos hábitos tabágicos e aos hábitos alcoólicos. Relativamente aos hábitos de higiene oral foram contabilizadas as escovagens diárias, assim como a utilização ou não de fio dentário. Relativamente à escovagem, 27 pacientes referem escovar os dentes 2x por dia, 20 pacientes referem escovar 1x por dia, 3 pacientes referem 3 escovagens diárias, 1 paciente refere 4 escovagens diárias, existindo ainda 1 paciente que refere não escovar os dentes todos os dias (Gráfico 8). Em relação á utilização de fio dentário, 39 pacientes referem não utilizar, enquanto que 13 pacientes referem a sua utilização. (Tabela 3). Relativamente ao tabagismo, apenas 8 pacientes são fumadores, existindo desta forma 44 não fumadores (Tabela 4). A média de cigarros fumados por dia é de cerca de 17. A análise dos hábitos alcoólicos permite-nos concluir que 3 pacientes reportam a presença deste hábito (Tabela 5).

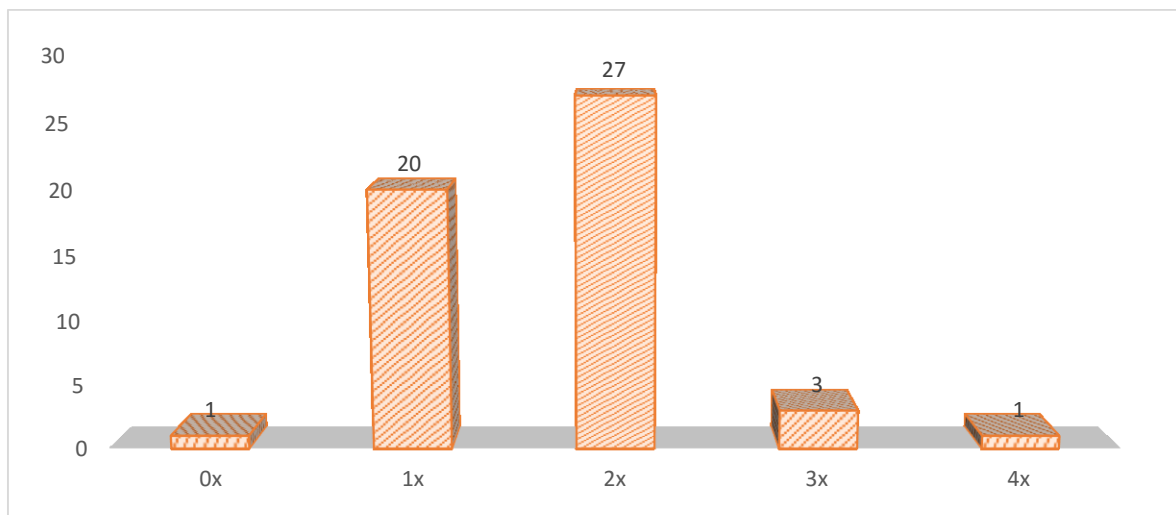


Gráfico 8 – Número de escovagens diárias

Tabela 3 - Utilização de fio dentário

Utiliza fio dentário	Nº de pacientes
Sim	13
Não	39

Tabela 4 - Hábitos tabágicos na amostra

Tabagismo	Nº de pacientes
Sim	8
Não	44

Tabela 5 - Hábitos alcoólicos na amostra

Alcoolismo	Nº de pacientes
Sim	3
Não	49

As faltas dos pacientes às consultas, assim como as consultas desmarcadas, condicionam a prática clínica, sendo que desta forma foram também analisadas

estas questões. Verificaram-se 4 faltas a consultas e apenas 1 consulta desmarcada.

4.2 - Atividades desenvolvidas em cada área disciplinar

A área disciplinar com mais atos clínicos realizados foi a Prótese Removível, com 37 atos, seguindo-se a Dentisteria Operatória, com 22 atos clínicos, e a Periodontologia, com 16 atos clínicos. A Ortodontia, a Oclusão e a Odontopediatria são as áreas disciplinares com menos atos clínicos contabilizados (Gráfico 9).

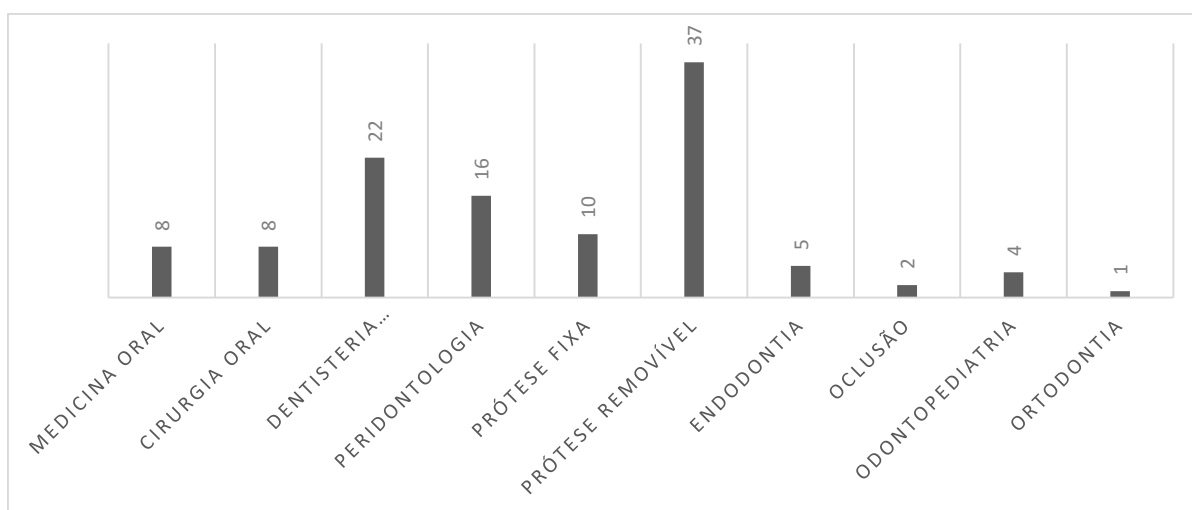


Gráfico 9 - Distribuição de atos por Área Disciplinar

4.2.1 - Medicina Oral

Na área disciplinar de Medicina Oral deve ser realizada uma história clínica detalhada, um completo exame intra-oral e extra-oral, um correto diagnóstico e um adequado plano de tratamento multidisciplinar. Importa referir que para o devido diagnóstico são necessários conhecimentos de anatomia, fisiologia, medicina interna, semiologia, psicologia e comunicação médica. O aluno deve também ter competências de forma a orientar o tratamento de pacientes com patologias sistémicas e medicamento comprometidos, assim como ter capacidades no que concerne ao diagnóstico de patologias da cavidade oral, da região maxilo-facial e da região cervico-facial.

Deste modo, é preenchida a história clínica, onde é descrito o motivo da consulta (queixa principal), feita uma revisão geral dos sistemas e patologias associadas, assim como da medicação e hábitos do paciente (higiene oral, tabágicos e alcoólicos). É feito o exame objetivo intra-oral e extra-oral, o preenchimento do odontograma, e a realização dos exames complementares de diagnóstico necessários. Por fim, é elaborado um plano de tratamento, de forma a encaminhar o paciente para as diferentes áreas disciplinares, tendo em conta as suas necessidades. Por vezes são também realizadas consultas de controlo de patologias ou procedimentos terapêuticos realizados. A consulta tem uma duração máxima de 2 horas. No total foram realizados 8 atos clínicos, sendo que 5 foram realizados como operadora e 3 como assistente (Tabela 6). Foram realizados 2 controlos, sendo um como operadora e outro como assistente, e 6 primeiras consultas, sendo 4 como operadora e 2 como assistente (Tabela 7).

Tabela 6 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente no âmbito de Medicina Oral

Papel	Nº de atos
Operadora	5
Assistente	3

Tabela 7 - Tipos de atos clínicos no âmbito da Medicina Oral, como operadora e como assistente

Papel	Tipo de ato	Nº de atos
Operadora	1ª Consulta	4
Operadora	Controlo	1
Assistente	1ª Consulta	2
Assistente	Controlo	1

Como operadora foram diagnosticadas diversas patologias e alterações anatomofisiológicas, em diferentes pacientes. Tem interesse referir o caso de

intestinos (diagnosticado e removido, sendo que de momento realiza acompanhamento médico regular), medicada com suplementos vitamínicos. No exame objetivo intra-oral verificou-se a existência de três patologias presentes na língua, sendo as mesmas uma possível leucoplasia pilosa (diagnóstico baseado no exame objetivo, não confirmado histologicamente), língua geográfica e língua fissurada, e um lipoma presente no pilar amigdalino esquerdo (Imagens 1 e 2). Como plano de tratamento decidiu-se reencaminhar a paciente para um Médico Otorrinolaringologista, a fim de observar a lesão presente no pilar amigdalino, e aguardar 1 semana com objetivo de realizar o controlo da leucoplasia pilosa. Ao fim de uma semana ocorreu uma regressão quase completa da leucoplasia pilosa (Imagem 3). Outro caso interessante ocorreu num paciente do sexo masculino, com 67 anos, com historial de triglicéridos elevados, medicado com antilipidémico, apresentado torús maxilar bastante evidente (forma oval, bordos irregulares, duro e indolor à palpação, com cerca de 5mm de largura e cerca de 9mm de altura uma paciente do sexo feminino, com 44 anos, com historial de carcinoma nos (Imagem4).O paciente não revela interesse na sua remoção.



Imagem 1 – Língua geográfica, língua fissurada e leucoplasia pilosa



Imagem 2 - Lipoma



Imagem 3 - Controlo
após 1 semana



Imagem 4 - Tórus
palatino

4.2.2 - Cirurgia Oral

Em Cirurgia Oral são realizadas cirurgias dento-alveolares, sendo que aqui se revela de grande importância os conhecimentos sobre anatomia, fisiologia, semiologia e terapêutica, assim como dos princípios básicos de cirurgia. Tendo em conta os conhecimentos referidos anteriormente, associados a uma história clínica detalhada, o aluno deve estar apto a realizar um correto diagnóstico e a delimitar o plano de tratamento mais adequado, tendo conhecimento das possíveis complicações do ato cirúrgico e das medidas que deve aplicar para as solucionar. Foram contabilizados um total de 8 atos nesta área disciplinar, sendo que 4 foram como assistente e 4 como operador (Gráfico 10). Como operadora executei 1 exodontia múltipla, 1 exodontia com odontosecção e 2 exodontias simples (Gráfico 11). Foi planeada uma cirurgia diferenciada para extração do 33 retido, no entanto, a mesma não se encontra no período de recolha de dados.

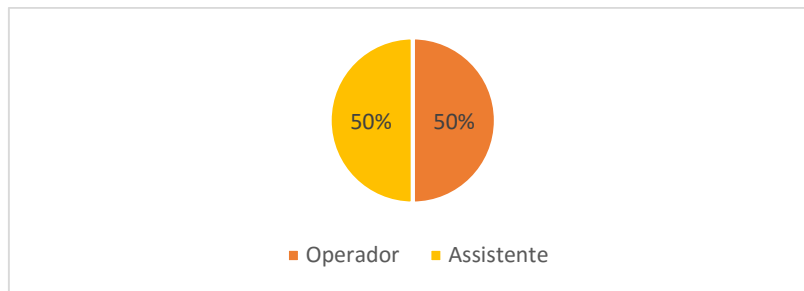


Gráfico 10 – Percentagem de atos como operador e como assistente no âmbito da Cirurgia Oral

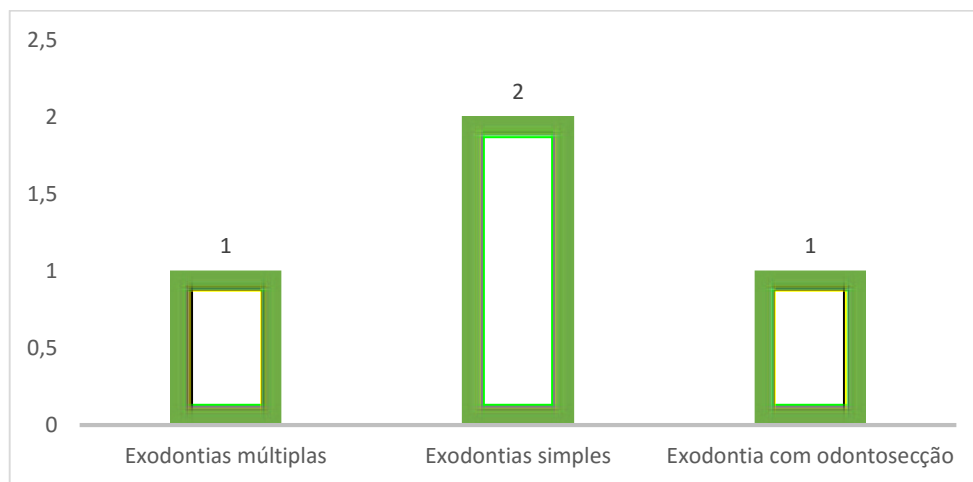


Gráfico 11 - Tipos de atos como operador em Cirurgia Oral

4.2.3 - Periodontologia

Na área disciplinar de Periodontologia o aluno deve começar por realizar uma revisão da história clínica, seguindo-se do preenchimento do periograma: medição da profundidade das bolsas (6 pontos por dente, sendo o valor fisiológico até 3mm), medição da altura das recessões, avaliar o envolvimento de furca e a mobilidade (quando existentes), calcular o índice de sangramento à sondagem (BOP), calcular o índice de placa (o utilizado é o de Sillness & Loe), e também o PSR. Se necessário deve ser realizado status radiográfico. Cumprindo os pressupostos anteriormente referidos o aluno deve delinear um diagnóstico periodontal, assim como um plano de tratamento e de follow-up. Relativamente ao tratamento, os pacientes são submetidos a uma fase

higiênica, que corresponde à destartarização e polimento, sendo que, existindo necessidade é realizada, na mesma consulta ou numa consulta posterior, raspagem e alisamento radicular (RAR). No final de cada consulta existe um reforço no que diz respeito à educação e motivação para a higiene oral.

No total foram realizadas 16 consultas por binómio, sendo que 8 dessas consultas foram realizadas como operador e 8 como assistente. Como operadora tive 3 casos de periodontite crónica moderada (PCM), 2 casos de periodontite crónica avançada (PCA) e 2 casos de periodontite crónica leve localizada (PCL). Foi também realizada uma cirurgia diferenciada para aprofundamento do vestibulo + retalho gengival livre (Descrita mais à frente, nos casos diferenciados). Como assistente verificaram-se 3 casos de PCM, 3 casos de PCA, 1 caso de gengivite moderada, sendo que foi também realizado o controlo da cirurgia diferenciada referida anteriormente (Gráfico 12). Como operadora executei 5 Fases higiénicas, 2 tratamentos combinados de fase higiênica com RAR, e ainda 1 cirurgia periodontal diferenciada (Tabela 8).

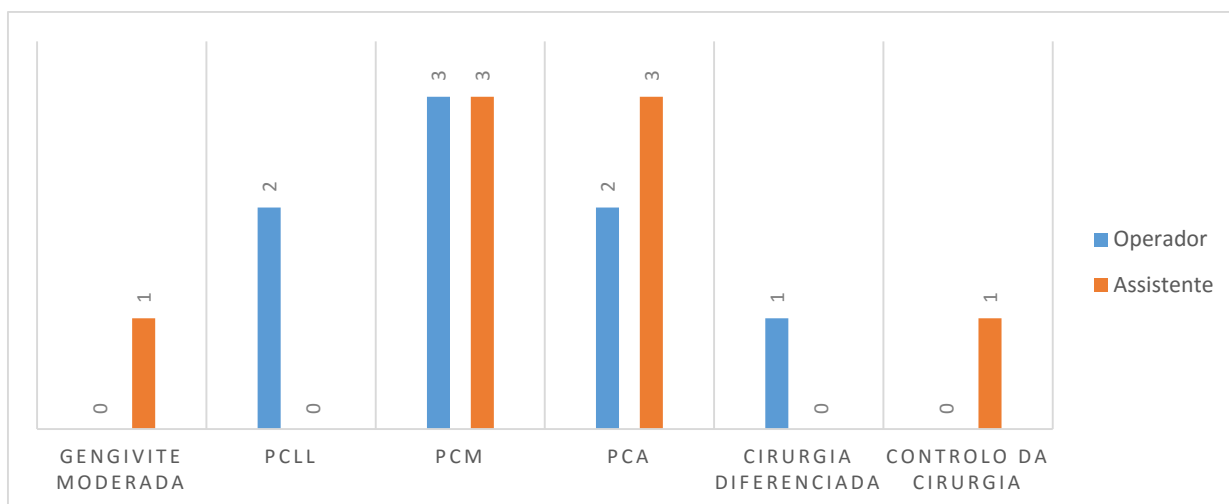


Gráfico 12 - Distribuição de consultas, de acordo com o diagnóstico, como operador e assistente no âmbito da Periodontologia

Tabela 8 - Distribuição de atos como operadora em Periodontologia

Tratamento executado	Nº de consultas
Fase Higiênica	5
Fase higiênica + RAR	2
Cirurgia diferenciada	1

4.2.4 - Prostodontia Fixa

A área disciplinar da Prótese Fixa, na Clínica Universitária, foca o seu interesse na restauração de dentes extensamente destruídos, de modo a aumentar a resistência e a estética dos mesmos. Foca-se igualmente na reabilitação de espaços edêntulos com recurso a próteses parciais fixas (pontes). Desta forma existe preparação dos elementos dentários, de forma a ficarem aptos para acomodar os elementos protéticos. No total foram realizadas 10 consultas por binómio, sendo 2 consultas de avaliação em prótese fixa (1ª consulta), 3 controlos, 2 atos clínicos na qual foram feitas restaurações provisórias, 1 realização de falso coto fundido (padrão em resina do tipo duralay), 1 cimentação do falso coto e 1 consulta para realização de impressões definitivas (Gráfico 13). Como operadora realizei um total de 6 consultas e como assistente um total de 4. Realizei 2 consultas de avaliação em prótese fixa, 1 consulta de controlo, 1 provisório, 1 cimentação do falso coto fundido e 1 consulta de impressões definitivas (Gráfico 14).

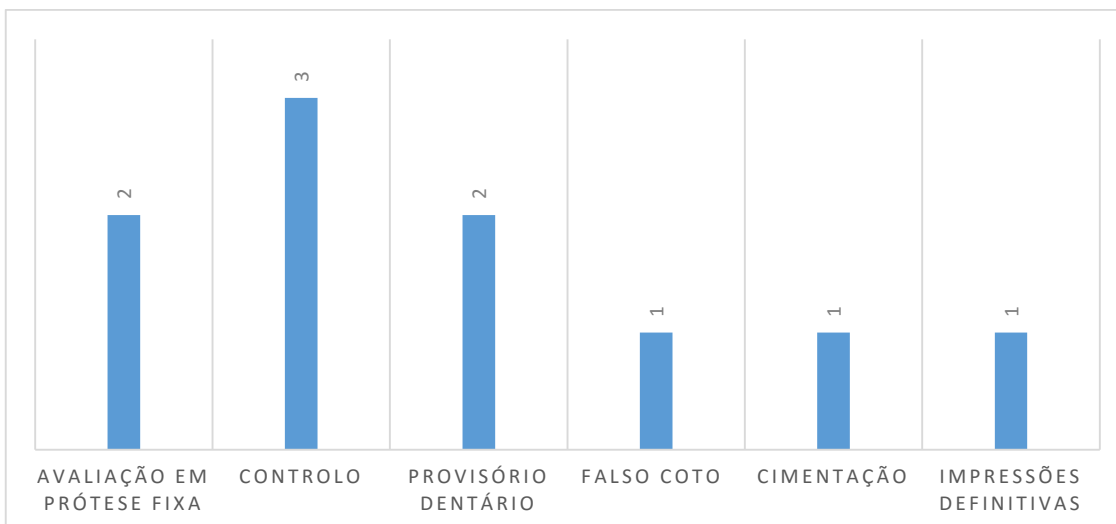


Gráfico 13 - Distribuição de consultas por atos realizados pelo binómio no âmbito da Prótese Fixa

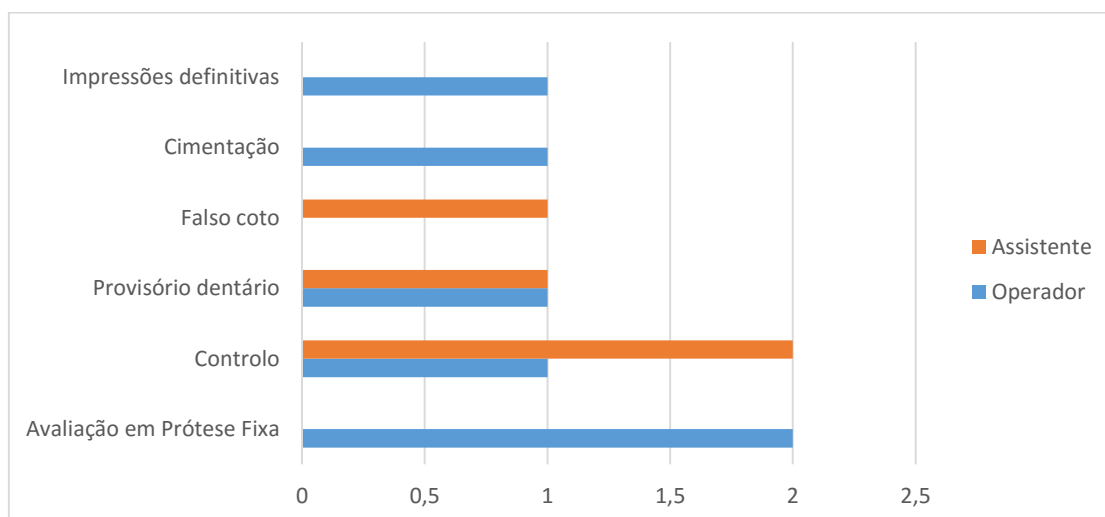


Gráfico 14 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente em Prótese Fixa

4.2.5 - Prostodontia Removível

Em Prótese Removível, o aluno deve possuir capacidades de diagnóstico e de realização de procedimentos clínicos relacionados com a reabilitação de desdentações totais e parciais, permitindo desta forma o desenvolvimento de um plano de tratamento que permita satisfazer as necessidades apresentadas. Importa, nesta área disciplinar, a aplicação de conhecimentos teóricos

previamente adquiridos pelo aluno, e que este consiga conjugar as suas decisões com as necessidades funcionais, estéticas e financeiras apresentadas pelo paciente.

Foram realizadas um total de 37 consultas nesta área disciplinar, sendo que como operadora foram realizadas 20 consultas e como assistente 17 (Tabela 9). Como operadora realizei 2 consultas de avaliação em prótese removível (1ª consulta), 1 consulta para preparação pré-protética, 1 consulta para acrescentar dentes na prótese, 1 consulta para acrescentar uma sela de cromo-cobalto na prótese, 2 consultas para realização de rebasamentos (diretos), 5 consultas de controlo, 2 consultas para inserção de prótese, 2 consultas para realizar impressões para conserto da prótese em laboratório, 1 consulta para impressões de trabalho, 1 consulta para registo maxilo-mandibular, 1 consulta de prova de dentes e 1 consulta de prova de esqueleto. Assisti a 7 consultas de controlo, 1 consulta de preparação pré-protética e impressões definitivas, 2 consultas de avaliação em Prótese Removível, 2 consultas para inserção de prótese, 1 consulta para a realização de rebasamento, 1 consulta para a realização de impressões para o conserto da prótese em laboratório, 1 consulta para impressões de trabalho, 1 consulta para realização do registo maxilo-mandibular e 1 consulta para prova de dentes (Gráfico 15).

Tabela 9 - Atos clínicos como operador e assistente no âmbito da Prótese Removível

Papel	Nº de atos
Operador	20
Assistente	17

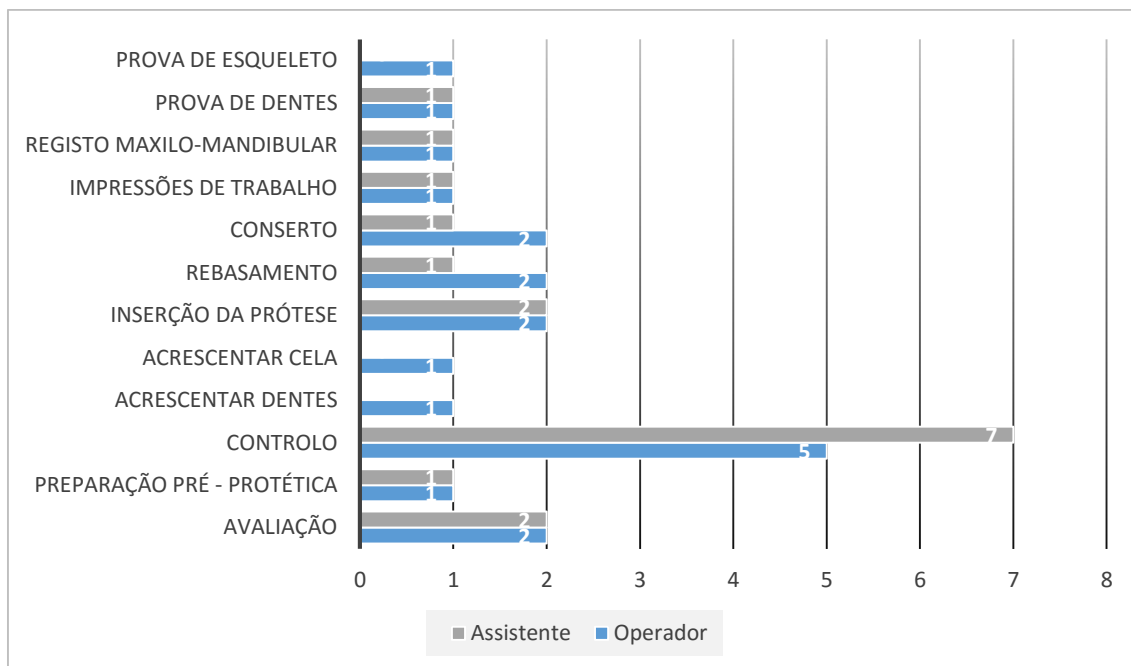


Gráfico 15 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente em Prótese Removível

4.2.6 - Oclusão

Nesta área disciplinar importa avaliar a articulação temporomandibular, os músculos da mastigação e estruturas anatómicas adjacentes, estudando as possíveis patologias que lhes possam estar associadas. Desta forma, importa adquirir aptidões no diagnóstico das desordens temporomandibulares e da dor orofacial, na montagem e programação do articulador semi-ajustável, tendo como objetivo a elaboração do plano de tratamento mais adequado para o paciente. Na totalidade foram realizados 2 atos clínicos, sendo 1 como operador e outro como assistente. Como operadora realizei a montagem do articulador e o delineamento do plano de tratamento, como assistente foi realizado o preenchimento do questionário RDC/TMD (Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporomandibulares)⁽³¹⁾ e a palpação muscular, de modo a elaborar o diagnóstico no âmbito da oclusão (Gráfico 16).

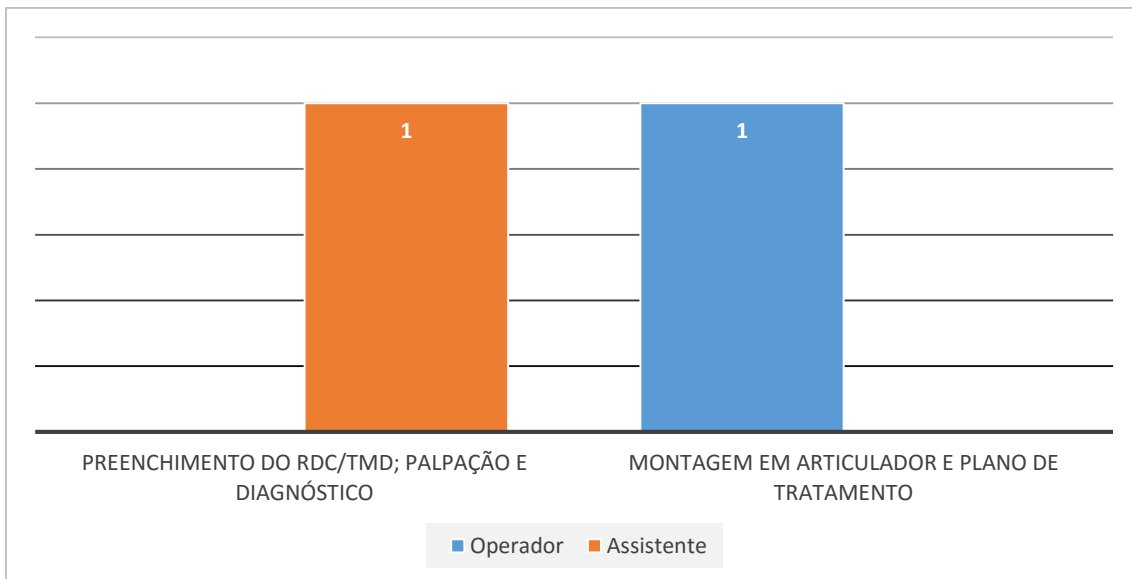


Gráfico 16 - Distribuição e tipo de atos clínicos como operador e assistente em Oclusão

4.2.7 - Dentisteria Operatória

Os conhecimentos básicos, previamente adquiridos em Dentisteria Operatória, devem aqui ser postos em prática e aprofundados. É efetuada a aprendizagem de métodos e técnicas preventivas e restauradoras, de modo a abordar lesões de cárie, lesões traumáticas dentárias e problemas estéticos, da forma mais adequada.

Foram realizadas um total de 22 consultas, sendo que 12 foram como operadora e 10 como assistente (Tabela 10). No âmbito da Dentisteria Operatória, como operadora realizei a restauração definitiva de 2 classes V a compósito, 6 classes II (2 restaurações provisórias a IRM e 4 restaurações definitivas, sendo 2 a amálgama e 2 a compósito), 1 restauração definitiva classe III a compósito, 1 restauração definitiva classe IV a compósito, 2 dentes extensamente destruídos com restauração definitiva a amálgama, sendo um deles com recurso a anel de cobre (Descrito mais à frente, nos casos diferenciados) (Gráfico 17).

Tabela 10 - Distribuição de consultas como operador e assistente em Dentisteria Operatória

Papel	Nº de atos
Operador	12
Assistente	10

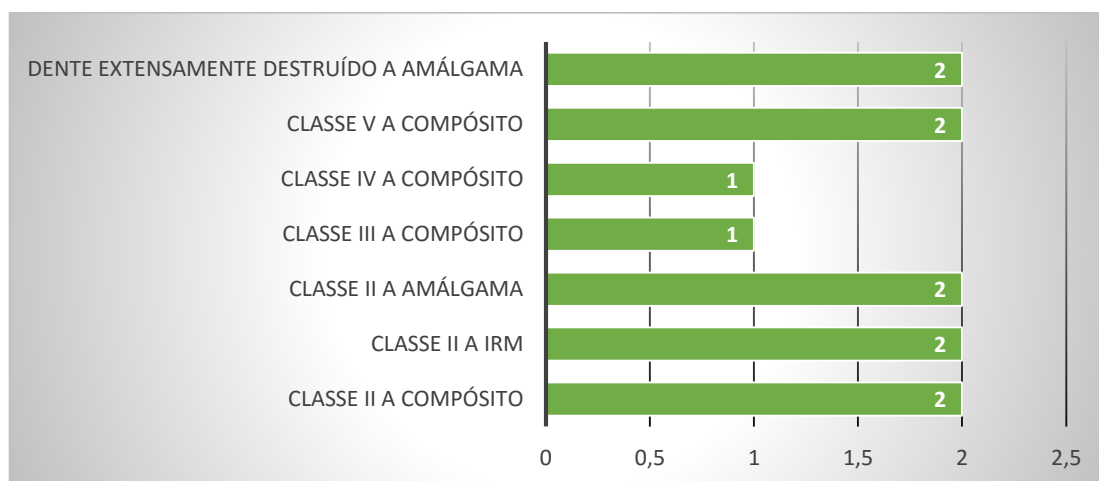


Gráfico 17 - Tratamentos executados como operadora no âmbito da Dentisteria Operatória

4.2.8 - Endodontia

Em Endodontia o aluno deve saber realizar um correto diagnóstico, assim como possuir capacidades para realizar as tarefas necessárias para o tratamento endodôntico, das quais: cavidade de acesso, identificação e cateterismo canal, instrumentação e obturação canal. Deve também desenvolver capacidades que permitam evitar erros, e consequentes complicações no tratamento endodôntico, tendo capacidade de as solucionar caso ocorram. Importa referir que, nesta área disciplinar, são elaborados trabalhos práticos não apenas a nível clínico, mas também a nível pré-clínico. A técnica de instrumentação canal utilizada na clínica recorre a instrumentos manuais, enquanto que, em ambiente pré-clínico, são utilizados instrumentos manuais, mas também mecanizados.

Foram realizadas 5 atos clínicos, nesta área disciplinar, sendo distribuídos por 17 consultas, sendo que 2 dos atos foram realizados como operadora e 3 como assistente. Foram realizadas 9 aulas clínicas como operadora e 8 aulas clínicas como assistente. (Tabela 11). Como operadora, em ambiente clínico, realizei o tratamento endodôntico de um dente extensamente destruído com um total de 3 canais, que se encontravam calcificados, e onde foi necessária a realização de restauração pré-endodôntica utilizando anel de cobre (Descrito mais à frente, nos casos diferenciados), realizei também o tratamento endodôntico de um dente monocanal (dente 35). Em ambiente pré-clínico realizei o tratamento endodôntico de um dente com 3 canais, com recurso a instrumentação mecanizada (em 3 aulas) (Gráfico 18).

Tabela 11 - Distribuição dos atos clínicos e das aulas, como operador e assistente em Endodontia

Papel	Nº de atos	Nº de aulas
Operador	2	9
Assistente	3	8

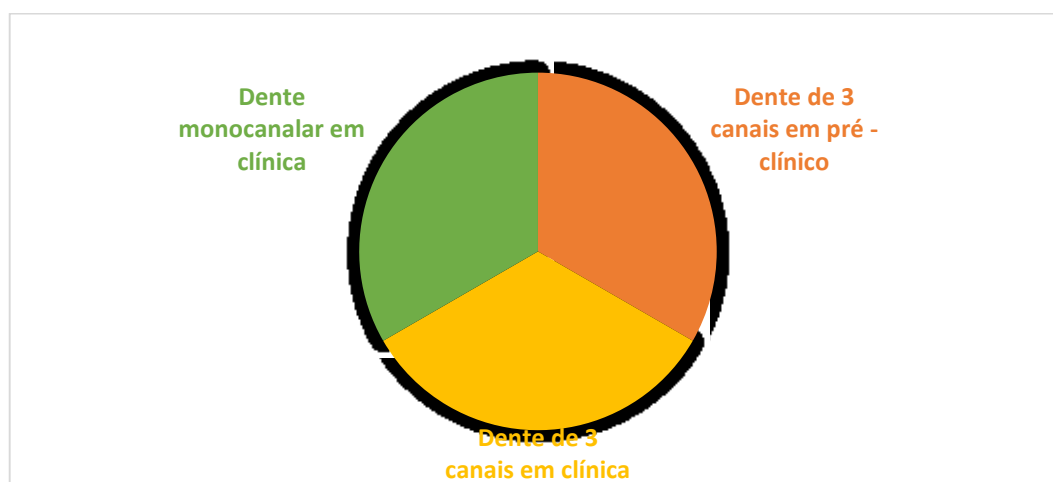


Gráfico 18- Atos clínicos como operadora em Endodontia

4.2.9 - Odontopediatria

A Odontopediatria realiza o tratamento, no âmbito da Medicina Dentária, de crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais. Desta forma existem questões controversas, como por exemplo a partir de que idade se deve realizar Raio-x extra oral, e de controlo de comportamento que devem ser contornadas. Na Clínica Universitária, o raio-x extra oral (ortopantomografia) é realizado a partir dos 6 anos, pois compreende-se que a partir desta idade a criança irá compreender a necessidade do tratamento dentário, assim como a necessidade de se manter calma e passiva durante o mesmo. Relativamente ao controlo do comportamento, importa o aluno desenvolver conhecimentos a nível de psicologia, estando assim apto a utilizar as diferentes técnicas para o moldar (modelação da voz, técnica do “tell-show-do”, técnicas farmacológicas como pré-medicação ou sedação consciente). O objetivo é proporcionar cuidados de saúde oral de alta qualidade, de modo a garantir a saúde dos pacientes mais jovens. Foram realizados 4 atos, nesta área disciplinar, sendo 2 como operador e 2 como assistente. Como operadora realizei gengivectomia e restauração classe II a compósito numa consulta, e extração de um dente decíduo noutra consulta (Tabela 12).

Tabela 12- Atos clínicos como operador e assistente em Odontopediatria. Tipo de tarefa desempenhada como operador

Papel	Nº de atos	Tarefa realizada
Operador	2	Restauração Classe II a compósito; Extração de dente decíduo
Assistente	2	

4.2.10 - Ortodontia

Tal como referido anteriormente, a Ortodontia, no âmbito da Clínica Universitária, tem como objetivo o correto diagnóstico e o tratamento (corretivo, intercetivo ou preventivo), através da utilização de aparelhos removíveis. O binómio realizou uma consulta, no âmbito da Ortodontia, na qual fui operadora. Tratou-se de uma 1ª consulta de uma paciente com 12 anos, que nunca realizou tratamento ortodôntico. Nesta consulta foi preenchida a história clínica detalhada, foi feito o exame objetivo intra e extra –oral, foram tiradas fotografias extra e intra – orais, foram realizadas impressões de ambas as arcadas para posterior realização de modelos e, por fim, foram realizadas ortopantomografia e telerradiografia. Este caso irá, posteriormente, ser estudado, apresentado e discutido com os docentes de ortodontia.

Casos Clínicos Diferenciados

5 – Casos Clínicos Diferenciados

5.1 – Cirurgia periodontal para aprofundamento do vestibulo com retalho gengival livre

5.1.1 – Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, com 70 anos, classificado como ASA II por apresentar patologia sistêmica leve ou moderada (exemplo: hipertensão arterial). Apresenta historial de sinusite. Já tomou medicação para a hiperglicemia, no entanto, atualmente é apenas controlada com recurso a hábitos alimentares saudáveis. Está medicado com um antiarrítmico e um anti hipertensor. Apresenta hábitos alcoólicos. Relativamente à higiene oral realiza escovagem 1x por dia, sem recurso a fio dentário. O paciente revela-se colaborante e motivado. Apresentou-se na clínica universitária para realizar aprofundamento do vestibulo no 1º quadrante, com o objetivo de conseguir melhor adaptação, retenção e estabilidade da prótese total acrílica superior, realizada em julho de 2015. Anteriormente foi realizada frenectomia e cirurgia de aprofundamento do vestibulo no 2º quadrante.

5.1.2 – Enquadramento teórico

Um dos grandes problemas encontrados na reabilitação de desdentados totais é a presença de um rebordo ósseo insuficiente, o que dificulta, ou até mesmo impossibilita a colocação de prótese. ^(32, 33) A reabsorção óssea extensa ocorre devido a diversos fatores, tais como exodontias e alveolotomias inadequadas, condições sistêmicas e inflamatórias, anatomia desfavorável e falta de estimulação ocorrida com a perda do elemento dentário, patologia periodontal severa, sequelas da remoção cirúrgica de quistos e neoplasias, alterações vasculares, carga inadequada de próteses mucosuportadas, e até mesmo próteses que não foram devidamente elaboradas. ⁽³²⁻³⁴⁾

Existem diversas técnicas para amenizar os prejuízos causados pela reabsorção acentuada do rebordo alveolar, uma vez que o sucesso das próteses totais é diretamente proporcional à qualidade dos tecidos adjacentes. ^(32, 35) Perante a situação anteriormente referida, existem duas opções de tratamento: o aumento relativo da altura do rebordo ósseo através

da sulcoplastia, ou o aumento verdadeiro do rebordo ósseo através da utilização de enxertos. ^(32, 36)

As técnicas de vestibuloplastia promovem a divulsão de estruturas anatómicas que possam afetar a adaptação e estabilidade da prótese, reposicionam a mucosa e aumentam a área chapeável, conferindo, desta forma, maior estabilidade à prótese. ^(32, 34, 36) A necessidade de cirurgia e a escolha da técnica a ser utilizada são baseadas na análise clínica e radiográfica. ^(32, 33)

O enxerto gengival livre caracteriza-se por ser um enxerto autógeno de gengiva, completamente removido do seu local de origem com suprimento sanguíneo, contendo tecidos epitelial e conjuntivo. O mesmo é colocado no local recetor, previamente preparado, com periósteo e tecido conjuntivo que reveste o osso alveolar, sendo que este mantém as suas características originais após transplante. ⁽³⁷⁻⁴⁰⁾ O enxerto gengival livre é apresentado como a principal técnica para aumento de tecido queratinizado, eliminação da inserção de freios e aumento da extensão do véstíbulo. ^(39, 41-43)

São recomendados três sítios dadores: palato, tuberosidade maxilar e, embora menos frequente, a crista edêntula. ^(44, 45) Normalmente a área dadora mais apropriada é a porção lateral do palato posterior. O enxerto deve ter uma espessura uniforme, com margens em ângulo reto, sem bisel. ^(37, 46) Devemos ter em conta que a espessura do enxerto é um fator decisivo para o sucesso da cirurgia, uma vez que um enxerto muito fino contém pouca lâmina própria, acarretando maior risco de necrose, enquanto que um enxerto muito espesso vai dificultar a fase de hidratação, uma vez que interfere na difusão de líquidos. Desta forma a espessura ideal do enxerto deve ser entre 1,5-1,7 mm. ^(37, 47)

Este tipo de enxerto apresenta como vantagens o fato de ser considerado um procedimento muito previsível, simples e rápido. ^(39, 48-50) Relativamente às limitações e complicações desta técnica, podemos referir que não é a mais indicada em regiões de envolvimento estético, uma vez que a cor do tecido se pode apresentar aquém do ideal, uma vez que tende a ocorrer um reparo semelhante a uma cicatriz. ^(39, 49, 51) Uma outra desvantagem é a morbidade pós-operatória, uma vez que os pacientes submetidos a esta técnica costumam necessitar de mais medicação pós-operatória e por um período mais

prolongado de tempo, tendo em conta que a área dadora fica desprotegida após a realização da cirurgia. No entanto, não existem informações que comparem de forma quantitativa a dor pós-operatória e a satisfação estética, tratando-se apenas de avaliações subjetivas, sendo que desta forma, estas características, não restringem a indicação do procedimento. ⁽³⁹⁾

Para além da técnica anteriormente referida, pode ser utilizada a técnica de Edlan e Mejchar e a técnica de Kajanjian para realizar aprofundamento do vestíbulo.

Kajanjian (1924) apresentou uma técnica de vestibuloplastia, na qual é realizada uma incisão na mucosa labial, distanciada 1,5 cm da crista alveolar, seguida do levantamento de um retalho mucoso e posterior aprofundamento do sulco, suturando este retalho no perióstio, na região do fundo do novo sulco formado. Nesta técnica a mucosa labial fica exposta, ocorrendo cicatrização por epitelização secundária. ^(34, 52)

Edlan e Mejchar (1963) propuseram uma incisão na mucosa do lábio e outra no perióstio sobre a crista do rebordo, de forma a que estes retalhos sejam reposicionados invertidamente, ou seja, o retalho perióstio é suturado à margem labial e o retalho mucoso suturado ao limite do perióstio descolado. ^(32-34, 53) Esta técnica permite reduzir o índice de recidiva após a cirurgia de aprofundamento do vestíbulo. ⁽³⁴⁾

Na técnica de Edlan and Mejchar é realizada uma incisão na mucosa do lábio e outra no perióstio sobre a crista do rebordo, de forma a que estes retalhos sejam reposicionados invertidamente. ⁽³⁴⁾

Tanto o procedimento de Edlan e Mejchar, como o procedimento de kajanjian são amplamente descritos para cirurgias realizadas na mandíbula, uma vez que são indicados em casos em que não existem bolsas e pouco ou nenhum tecido gengival presente, o que torna qualquer posicionamento apical de tecido gengival impraticável. ^(54, 55) O que vai ao encontro com o fato de o suprimento ósseo ser menor e menos eficaz na mandíbula, sendo que o tipo de osso mandibular (mais denso, densidade D1 e D2) também exerce influência nesta situação. ⁽⁵⁶⁾

Para além da recidiva do sulco, referida anteriormente, podemos referir outras complicações associadas a este tipo de vestibuloplastias, nomeadamente: danos de estruturas nervosas, reabsorção óssea, presença de cicatriz que pode comprometer a retenção da prótese e a sua difícil execução, principalmente, no momento de dissecar o tecido sem provocar dilaceração ou trauma. ^(34, 57)

No caso clínico aqui apresentado foi utilizada cola à base de cianoacrilato, designada de Periacryl, para estabilização do retalho gengival livre. Esta cola cirúrgica tem altas propriedades hemostáticas e adesivas, sendo que quando solidifica produz uma barreira antisséptica, que se revela eficaz contra os agentes infecciosos ou patogénicos que se encontram nas intervenções cirúrgicas. A criação de uma fina película elástica, com elevada resistência à tensão, aquando da sua polimerização quando em contato com tecidos vivos ou ambientes húmidos, cria uma sólida adesão aos tecidos. A película anteriormente descrita adapta-se naturalmente à anatomia dos tecidos, é impermeável e não é danificada pelo sangue ou pelos fluidos orgânicos. ⁽⁵⁸⁾ A cola cirúrgica apresenta como vantagens a facilidade e eficiência do procedimento, minimizando os problemas gerados pelo fio de sutura (elevado tempo operatório, desconforto do paciente e acumulação de placa no local), com mínima toxicidade e baixo custo, relativamente à sutura. ⁽⁵⁹⁻⁶⁴⁾

5.1.3 – Material

- Material de proteção individual (bata, luvas, máscara);
- Compressas;
- Seringa para irrigação com soro fisiológico;
- Soro fisiológico (solução isotónica de 0,9% NaCl);
- Aspirador de saliva e aspirador cirúrgico;
- Kit de observação (espelho e sonda exploratória);
- Cabo de bisturi;
- Lâmina de bisturi nº15 C;
- Carpule;
- Anestubo de articaína 1/100000 e articaína 1/200000;
- Agulha para anestesia infiltrativa;

- Afastador de columbia;
- Fio de sutura 5/0 de nylon, com agulha de corte invertido ½;
- Cola cirúrgica;
- kit de Cirurgia Periodontal (afastador Farabeuf; descolador “Buser”; descolador “Prichard”; pinça de tecidos “Adson”; porta-agulhas “CastroViejo”; tesoura CastroViejo)

5.1.4 – Procedimento

- 1- Análise fotográfica da cavidade oral antes de ter sido realizado qualquer procedimento cirúrgico (Imagem 5);
- 2- Exame intra-oral (Imagem 6) e revisão da história clínica;
- 3- Anestesia por bloqueio do nervo alveolar superior anterior com reforço por vestibular com anestesia infiltrativa, na região abrangida pelo retalho; Anestesia por bloqueio do nervo palatino maior direito;
- 4- Limpeza do local recetor com compressa esterilizada;
- 5- Incisão horizontal, desde a linha média até o mais posterior possível, utilizando lâmina de bisturi nº15 C (Imagem 7);
- 6- Descolamento do retalho com a ajuda de lâmina de bisturi nº15 e descolador de Prichard (Imagem 8);
- 6- Dissecar a totalidade do retalho (até o mais apical possível) e reposicionar no sentido apical, expondo o tecido conjuntivo periostal (Imagem 9);
- 7- Sutura do novo sulco (perióstio é suturado à mucosa labial) com pontos simples (Imagem 10);
- 8- Remoção do enxerto do palato, com o auxílio de lâmina nº15 C de bisturi, tendo em conta a dimensão do leito recetor e a contração pós-operatória previsível do enxerto; necessária também ter em conta a espessura ideal do mesmo (Imagem 11);
- 9- Irrigar com soro fisiológico sempre que necessário;

10- Limpeza da camada adiposa do enxerto, com recurso a lâmina de bisturi nº15 C, e posicionamento do mesmo no local recetor (Imagem 12);

11- Estabilização do enxerto através da colocação de cola cirúrgica (Imagem 13);

12- Irrigar com soro fisiológico para realizar a limpeza do campo operatório e promover a polimerização da cola cirúrgica;

13- Prescrição de analgésico (ibuprofeno nos 3 dias seguintes à cirurgia, 600mg de 12 em 12 horas) e antisséptico (Bochecho diário de clorhexidina 0,12%, durante 8 dias);

14- Indicações pós-operatórias: Cuidados com a alimentação (não ingerir alimentos muito quentes e duros, nem bebidas muito quentes; ingerir alimentos preferencialmente líquidos e frios), não fumar nem ingerir bebidas alcoólicas; dormir com a cabeça um pouco mais elevada, realizar a higienização da área submetida a cirurgia de forma delicada.

15- Informar o paciente para realizar consulta de controlo após 8 dias da realização da cirurgia, com a finalidade de observar o estado de cicatrização e remover os pontos.

Nota: Foram realizados controlos após 8 dias (Imagem 14), 15 dias (Imagem 15) e 30 dias (Imagem 16).



Imagem 5 – Fotografia pré-operatória
(antes da realização de qualquer
procedimento cirúrgico)



Imagem 6 – Fotografia pré-operatória
(antes da realização da cirurgia de
aprofundamento de vestibulo)



Imagem 7 – Incisão horizontal



Imagem 8 – Descolamento do retalho

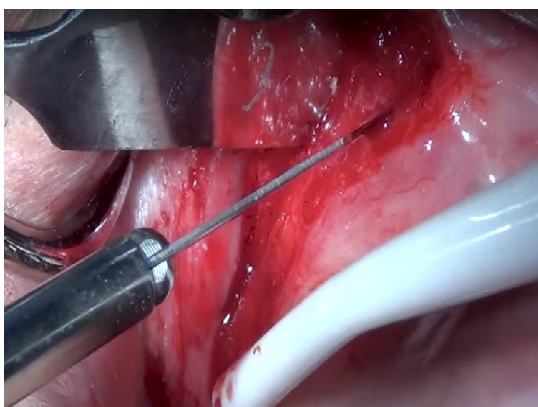


Imagem 9 – Dissecação da totalidade
do retalho e posicionamento apical

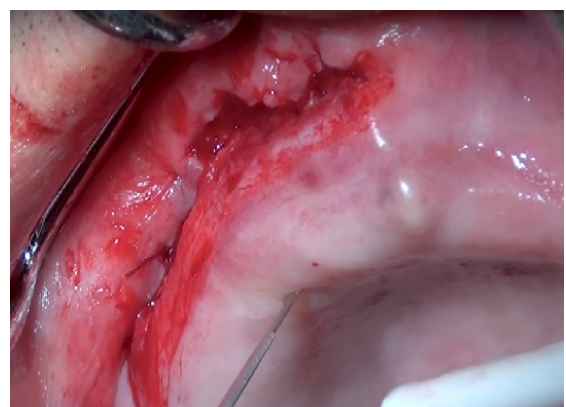


Imagem 10 – Sutura do novo sulco

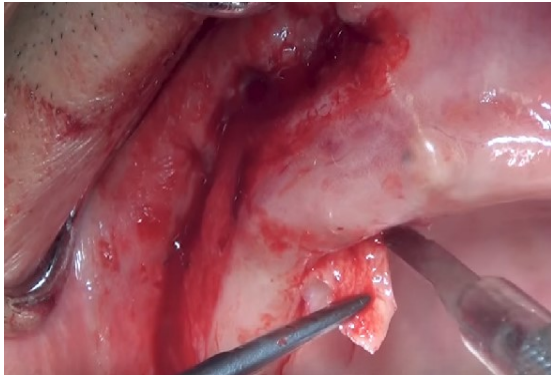


Imagem 11 – Remoção do enxerto do palato

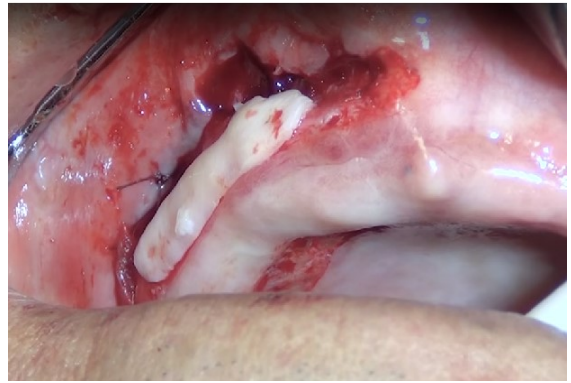


Imagem 12 – Posicionamento do enxerto no local recetor

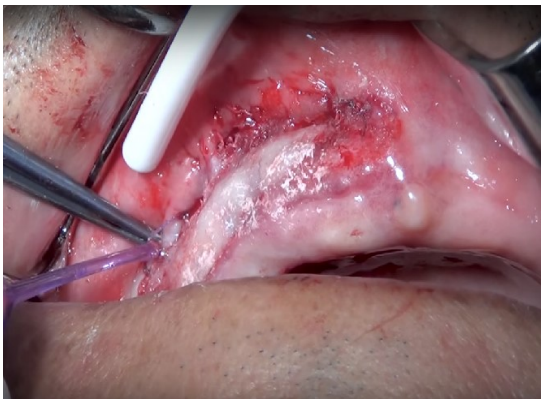


Imagem 13 – Estabilização do enxerto com cola cirúrgica



Imagem 14 – Controlo (8 dias);
Nota: De notar a presença de tecido fibroso, correspondente a tecido de cicatrização



Imagem 15 – Controlo (15 dias)

Nota: De notar uma melhor integração do enxerto no local recetor, comparativamente com a fotografia anterior



Imagem 16 – Controlo (30 dias)

Nota: De notar uma ótima cicatrização dos tecidos, com aspeto esteticamente agradável. Verifica-se o aumento da profundidade do vestibulo, quando comparado com a Imagem 6

5.1.5 – Discussão do caso clínico

A opção terapêutica aqui apresentada melhorou significativamente a queixa do paciente (falta de retenção da prótese removível), por inadequada altura do rebordo alveolar. Assim, este aprofundamento do vestíbulo, considerado aqui uma cirurgia pré-protética, contribuiu para uma melhora da retenção, suporte e estabilidade da prótese removível, uma vez que se aumentou não só a profundidade do vestíbulo mas também o seu volume. De notar que após a cirurgia periodontal, os flancos da prótese foram aumentado (e a prótese rebasada) com um condicionador de tecidos do tipo FITT (Kerr®). Este condicionador de tecidos é um material macio e provisório que permite a recuperação pós cirúrgica da mucosa. Apesar da pouca estética estes materiais permitem absorver os impactos causados pelas forças da mastigação, minimizando assim o trauma sobre os tecidos operados.

Este material deve ser substituído a cada 10 dias, e poderá ser substituído por um material de rebasamento duro convencional assim que a os tecidos moles apresentarem uma boa recuperação – normalmente 6 semanas. O paciente obteve resultados satisfatórios (como se pode observar nas fotografias pós-operatórias, principalmente na Imagem 16).

As principais desvantagens associadas ao enxerto gengival livre são o comprometimento estético e a morbilidade pós-operatória, são insignificantes neste caso, uma vez que não se trata de uma zona estética (irá estar coberta pela prótese), e para além disso não existem informações que comparem de forma quantitativa a dor pós-operatória e a satisfação estética, tratando-se apenas de avaliações subjetivas que não restringem a indicação do procedimento. ⁽³⁹⁾

5.2 – Exodontia de canino mandibular retido

5.2.1 – Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, com 24 anos de idade, ASA I, assintomático, fumador. Relativamente aos hábitos de higiene oral refere escovagem 2x por dia, sem recurso a fio dentário. Durante uma consulta de Periodontologia foi

diagnosticado com retenção do dente 3.3, reencaminhado para Cirurgia Oral e indicada a sua exodontia. Os exames clínicos e os exames auxiliares de diagnóstico revelam uma posição vertical e vestibular do elemento dentário. Importa referir que o paciente recusou realizar tratamento ortodôntico cirúrgico, sendo que a sua extração foi indicada de forma a evitar complicações tardias e procedimentos cirúrgicos mais complexos e traumáticos.

5.2.2 – Enquadramento teórico

Os caninos inclusos são aqueles que não erupcionam, permanecendo no interior dos maxilares para além da cronologia de erupção normal, mesmo tendo a raiz completamente formada. Este termo pode aqui ser utilizado, uma vez que na literatura científica e na prática clínica é feita referência aos “caninos inclusos”, de modo indistinto relativamente aos retidos, impactados ou inclusos. ⁽⁶⁵⁾ Em amostras aleatórias a frequência de caninos inclusos é de 1,5% a 2% na maxila, e de 0,3% na mandíbula. ⁽⁶⁶⁻⁷⁴⁾ No que refere à distribuição por género, ocorrem com uma frequência de 1,5 a 3,5 maior no género feminino, comparativamente ao masculino. ^(65, 74-78) Embora a hereditariedade pareça desempenhar um papel na etiopatogenia dos dentes inclusos, as suas causas ainda não são conhecidas de forma precisa. ^(66, 79, 80)

Entre os fatores mais frequentes podemos referir as discrepâncias entre o tamanho do dente e o comprimento da arcada, a posição anómala do dente ou do gérmen dentário, a perda precoce de dentes decíduos ou a sua retenção, a formação quística ou neoplásica, e a origem iatrogénica. ^(75, 76) Os caninos inclusos, quando não tratados podem estar associados a complicações infecciosas (celulite, abscesso, osteomielite, sinusite, comprometimento periodontal ou pulpar dos dentes adjacentes, infeção focal), quisto folicular, complicações neurológicas, tumores e reabsorção. ⁽⁶⁵⁾

Para a realização de um correto diagnóstico, e conseqüentemente uma adequado plano de tratamento, importa realizar: a classificação anatómica (localização, posição e características anatómicas importantes do dente a extrair); a inspeção detalhada de toda a cavidade oral, assim como das suas arcadas dentárias, uma vez que o achado de dados clínicos (como por exemplo presença do canino decíduo na arcada) pode nos levar à suspeita de

inclusão do canino; a palpação, uma vez que a palpação de uma protuberância por vestibular ou por lingual, de um canino inferior, corresponde de forma definitiva à coroa do dente incluído; Radiologia (ortopantomografia, radiografia oclusal, radiografia periapical, técnica de Clark, radiografia de perfil), dado que por vezes, realizando apenas a exploração clínica, existem incertezas relativamente à localização do canino, o que obriga a uma investigação radiográfica minuciosa; tomografia computadorizada, quando os exames referidos anteriormente se revelam insuficientes na localização e caracterização do elemento dentário. ⁽⁶⁵⁾

Existem várias opções terapêuticas para pacientes afetados por caninos incluídos: ausência de tratamento imediato e acompanhamento a longo prazo, autotransplante, extração e fecho do espaço com tratamento protético ou ortodôntico, exposição cirúrgica dos caninos incluídos e aplicação de forças ortodônticas para tracionar e exodontia. ^(66, 74-78) Nos casos em que não se pode optar pela colocação do canino na arcada dentária mediante tratamento cirúrgico-ortodôntico, é sempre recomendada a sua extração, que apesar de ser um tratamento radical, é bastante provável que venham a surgir complicações tardias quando não realizado no momento conveniente. Neste sentido não só se deve realizar a exodontia, como é aconselhável realiza-la de forma precoce, uma vez que isto irá facilitar a técnica, dado que a raiz ainda não está completamente formada e o ápex ainda não terá curvatura, existirá um espaço pericoronário, entre outros fatores. ⁽⁶⁵⁾ Ao contrário do canino superior, que apresenta um valor estético e funcional, na mandíbula a extração do canino inferior deslocado ou retido é bem indicada, uma vez que o pré-molar inferior pode realizar uma substituição adequada do mesmo, tendo em conta a sua semelhança morfológica. ^(80, 81) Tendo em conta o que foi referido anteriormente, associado à recusa ao tratamento ortodôntico-cirúrgico por parte do paciente, a abordagem cirúrgica convencional para a exodontia de caninos mandibulares retidos permitiu a resolução do caso, preservando os dentes adjacentes, sem complicações associadas.

5.2.3 – Material

- Material de proteção individual (máscara, luvas, bata)
- Copo com Clorohexidina (a 12%);

- Pinça universitária e pinça de adson;
- Aspirador de saliva e cirúrgico;
- Kit de observação (2 espelhos);
- Rim;
- Carpule com aspiração;
- Anestesia local lidocaína 1/800000;
- Agulha infiltrativa ;
- Agulha troncular
- Cabo bisturi;
- Lamina bisturi nº 15 e nº 15c;
- Sindesmotomo;
- Descolador de Woodson/Molt
- Afastador de Minesota, afastador de Farabeuf e afastador de Branemark;
- Peça de mão;
- Turbina;
- Borca troncocónica diamantada para turbina;
- Broca esférica fissurada nº8 para peça de mão;
- Lima 70H
- Alavanca reta e alavanca curva;
- Cureta periapical;
- Cureta cirúrgica;
- Porta-agulhas;
- Fio de sutura 4/0 e 5/0 de nylon, com agulha de corte invertido ½;
- Tesoura;
- Compressas;
- Gel de cloro-hexidina;

5.2.4 – Procedimento

- 1 - Revisão e análise da história clínica;
- 2 - Exame clínico objetivo (Imagem 19 e 20);
- 3 - Exames complementares de diagnóstico (Imagem 17 e 18);

- 4 - Anestesia troncular (nervo alveolar inferior e nervo lingual), anestesia do nevo bucal e reforço por vestibular do 4.2 (infiltrativa);
- 5 - Incisão em envelope intra-sulcular do dente 36 ao 42 com descarga vertical mesial na zona do 4.2 (Imagem 21);
- 6 - Descolamento do retalho (Imagem 22);
- 7 - Osteotomia, até à linha amelocementária (broca esférica fissurada nº8, em peça de mão);
- 9 - Odontosecção da coroa do dente, luxação e extração da mesma (Imagem 23);
- 10 – Odontosecção de fragmentos dentários que impedem a luxação;
- 11 - Luxação do remanescente dentário e posterior extração com recurso a lima 70H (Imagem 24 e 26);
- 12 - Curetagem da loca cirúrgica (Imagem 25);
- 13 - Regularização dos bordos ósseos (com recurso a broca esférica fissurada nº8 de peça de mão);
- 14 - Sutura, em primeiro lugar no vértice da descarga, seguindo-se das papilas e por último na descarga (pontos simples, com fio de sutura 4/0 e 5/0 de nylon) (Imagem 27);
- 15 - Instruções pós operatórias (não comer alimentos muito quentes e duros, optar por alimentos preferencialmente líquidos e frios, dormir com a cabeça um pouco mais elevada na primeira noite a seguir à cirurgia, não bochechar nem cuspir, não fumar nem ingerir bebidas alcoólicas, não realizar exercício físico intenso, cuidados com higiene oral);
- 16 - Prescrição de medicação (antibiótico – amoxicilina 875 mg e ácido clavulânico 125 mg, de 8 em 8 horas; anti-inflamatório – ibuprofeno 600 mg de 12 em 12 horas).
- 17 – Indicações ao paciente para se deslocar à clínica 1 semana após a cirurgia, a fim de retirar os pontos e avaliar o estado de cicatrização (Imagem 28 e 29); e posteriormente 1 mês após a cirurgia, de modo a avaliar o estado de cicatrização e a vitalidade dos dentes adjacentes.

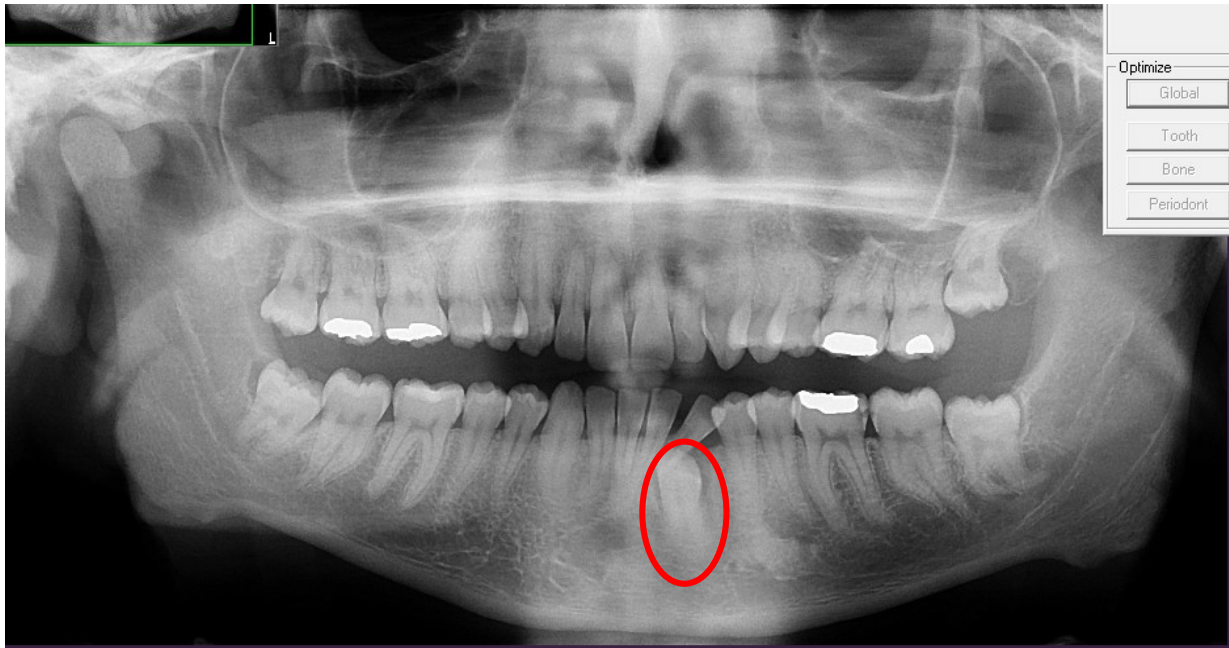


Imagem 17 - Ortopantomografia



Imagem 18 - Raio-x periapical do dente 33



Imagem 19 – Fotografia pré-operatória (vista frontal)



Imagem 20 – Fotografia pré-operatória (vista superior)

Nota: Verifica-se a posição vertical do dente

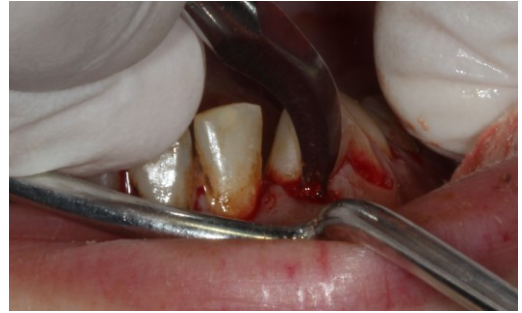


Imagem 21 – Realização do retalho

Nota: A presença de uma protuberância evidente por vestibular indica a localização do dente



Imagem 22 – Rebatimento do retalho e exposição da coroa do 33

Nota: Confirma-se a posição vestibular e vertical do dente



Imagem 23 – Luxação da coroa, depois de realizada a odontosecção da mesma



Imagem 24 – Extração da raiz com recurso a uma lima 70H

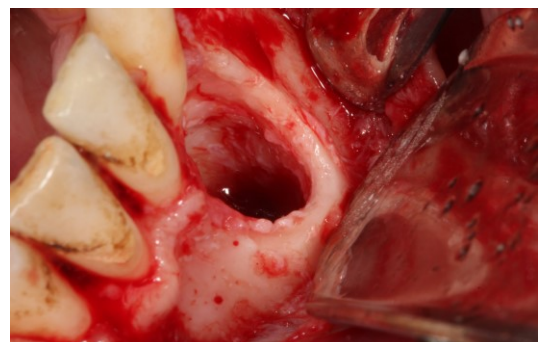


Imagem 25 – Loca cirúrgica



Imagem 26 – Fragmentos dentários extraídos

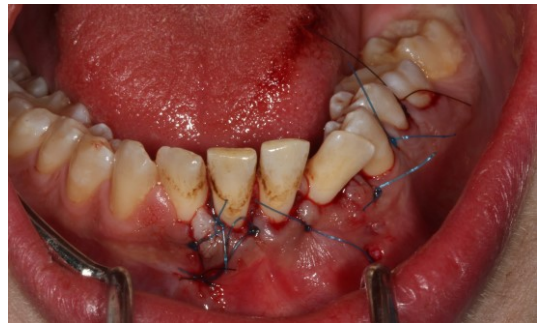


Imagem 27 - Sutura



Imagem 28 – Controlo após 8 dias (com sutura)



Imagem 29 – Controlo após 8 dias (sem sutura)

Nota: Observa-se uma ótima cicatrização dos tecidos, sem presença de sinais de inflamação

5.2.5 – Discussão do caso clínico

As opções terapêuticas para tratamento dos caninos retidos são: ausência de tratamento imediato e acompanhamento a longo prazo, autotransplante, extração e fechamento do espaço com tratamento protético ou ortodôntico, exposição cirúrgica dos caninos inclusos e aplicação de forças ortodônticas para tracioná-los e exodontia. ^(66, 74-78) Tendo em conta que a manutenção de caninos pode estar associado a diversas patologias e o fato de o paciente ter

recusado qualquer tipo de tratamento ortodôntico, a exodontia do dente foi o tratamento mais adequado uma vez que permitiu a resolução do caso, preservando os dentes adjacentes, sem complicações associadas, e prevenindo complicações tardias, como por exemplo as complicações infecciosas e a reabsorção das raízes dos dentes adjacentes, assim como procedimentos cirúrgicos mais complexos.

Neste caso verificamos que o 32 se encontra disto-inclinado, o que pode ter sido resultado da pressão apical exercida pela tentativa de erupção do 33, sendo por isso este facto uma possível complicação causada por um canino retido.

O pós-operatório esperado neste caso clínico encontra-se associado a alguma sintomatologia dolorosa, daí a necessidade de prescrição de analgésico. É de elevada importância a prevenção de complicações infecciosas, havendo por isso necessidade de reforçar medidas de higiene oral, assim como a prescrição de antibiótico e de anti-inflamatório. Se todas as recomendações forem cumpridas, o caso clínico apresenta bom prognóstico, sendo esperada uma boa cicatrização dos tecidos.

Tal como foi referido anteriormente, o paciente deve realizar controlo da cirurgia 1 mês após a mesma, de modo a poder avaliara a vitalidade dos dentes adjacentes, sendo que existe possibilidade de perda da mesma. Caso esta situação ocorra, a opção terapêutica a adotar será o tratamento endodôntico.

5.3 – Falso coto fundido, utilizando técnica de retrofitting, após fratura do remanescente dentário de pilar de ponte.

5.3.1 – Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, com 59 anos de idade, classificada como ASA II por apresentar patologia sistémica leve ou moderada (por exemplo artrite reumatoide) e por já ter desmaiado durante um tratamento médico-dentário. Está medicada com medicamento modificador da evolução da doença reumática. Relativamente à higiene oral, paciente refere escovagem dentária

1x por dia, com recurso a fio dentário. Surgiu na Clínica universitária após a prótese parcial fixa metalo-cerâmica do 43 ao 45 ter descimentado, por fratura do pilar correspondente ao dente 45. Na primeira consulta, durante a realização do exame clínico (análise radiográfica) observou-se a existência de um processo periapical na região apical do dente 45, desta forma foi realizado um provisório para o dente 43 e o dente 45 foi reencaminhado para Endodontia para re-tratamento. Numa segunda consulta, e após re-tratamento endodôntico, foi realizada a preparação canalar do dente, utilizando 1º brocas do tipo Gates para remover a gutta-percha e posteriormente brocas do tipo Peeso para regularização do leito canalar. Foram deixados cerca de 5mm, de forma a garantir o necessário selamento apical; De seguida foi feito o padrão em resina do tipo duralay®. Este padrão em duralay® foi dividido em 2 partes: numa 1ª parte é feita a impressão do canal, e numa 2ª parte é feita a parte coronária do futuro coto. Neste caso, como seria usada a mesma estrutura (ponte) que a paciente já tinha em boca e que descimentou por fatura do preparo, foi usada a superfície interna do retentor do dente 45 (depois de removidos o remanescente dentário e restos de cimento do interior da coroa) de forma a “preparar” um coto (preparo) que se adaptasse a esta superfície interna e assim garantir um assentamento correto da PPF. Feito este procedimento, o padrão em duralay® foi enviado para o laboratório tendo sido pedido um falso coto fundido. Após esta etapa foi elaborado uma restauração provisória. Numa terceira consulta foi realizada cimentação do falso coto fundido e verificação da adaptação da ponte ao preparo do 43 e sobretudo adaptação ao preparo do dente 45 (falso coto fundido, obtido por uma técnica de “retrofitting”). O material de cimentação escolhido foi o cimento de ionómero de vidro convencional. Numa quarta consulta foi realizado um controlo, com verificação de oclusão, espaços interproximais, excessos de cimento bem como potenciais queixas/satisfação da paciente.

5.3.2 – Enquadramento teórico

O remanescente dentário pode fraturar numa coroa ou num pilar de prótese parcial fixa, devido a fatores traumáticos, cárie, doença periodontal (na qual ocorre uma discrepância). Nestas situações pode ser pensada a re-utilização (retrofitting) da coroa/ponte pré-existente.^(82, 83) Esta situação exige uma

avaliação cuidadosa, observando se estrutura do dente continua a ser suficiente, se o remanescente dentário possui margens intatas que se encaixam na restauração existente, caso contrário o dente deve ser preparado novamente, a fim de receber uma nova restauração. Os parâmetros estéticos, a oclusão e os contatos interproximais e axiais, da restauração existente, devem também ser avaliados, a fim de se decidir se são aceitáveis ou corrigíveis, ou se é necessário a realização de uma nova restauração. Por último deve ser avaliada a vitalidade do dente ou se o dente tinha tratamento endodôntico prévio com necessidade de retratamento. O tratamento convencional inclui, pelo menos, reconstrução do coto, repetição do preparo, repetição das restaurações e elaboração de nova restauração. “Retrofitting” e re-cimentação da restauração existente pode-se economizar tempo e dinheiro. (82, 83)

Dentes com tratamento endodôntico, com estrutura coronária remanescente não adequada, necessitam de restaurações que aumentem a resistência e retenção das restaurações definitivas. (84, 85) Quando ocorre a perda de uma grande porção de coroa clínica, na maioria das vezes é necessária a colocação de elementos adicionais de retenção (como são os espigões) de forma a assegurar a retenção da futura restauração e proteção da estrutura dentária remanescente. (84, 86) Por si só, o uso de espigões, não aumenta a resistência do dente á fratura. (84, 85) É fundamental entender os fatores biomecânicos relacionados com a capacidade do espigão suportar uma restauração e proteger a estrutura dentária remanescente, para o sucesso a longo prazo da mesma. (84, 87) A utilização de espigões deve considerar a preservação da máxima estrutura dentária remanescente, sendo que a composição eleita recai sobre materiais que apresentem propriedades físicas e mecânicas semelhantes às do tecido dentário a substituir. (84, 88) Existem duas categorias fundamentais de espigões: personalizados fundidos (falsos cotos fundidos), utilizando o método direto ou o método indireto, e pré-fabricados/imediatos. (84, 89)

Um estudo retrospectivo de 6 anos, realizado por Bergman *et al* (90), demonstra uma taxa de sucesso de 90,6% usando um falso coto fundido, como fundação de uma restauração. (84, 90) As principais indicações para a utilização de falsos cotos fundidos são: perda excessiva de estrutura coronária, limites infra

gingivais, canais radiculares muito elípticos ou expulsivos; necessidade de modificação da inclinação da coroa clínica, bordo incisal fino, retentores com attachments, reabilitação de múltiplos dentes. ^(84, 91)

Os falsos cotos fundidos apresentam algumas desvantagens, das quais: número de sessões clínicas necessárias, custos de laboratório, efeito de cunha, estética desfavorável devido a alterações de cor, possível corrosão, módulo de elasticidade elevado (que pode conduzir a fraturas radiculares). Apesar das desvantagens referidas anteriormente, inúmeros estudos referem elevadas taxas de sucesso, nos casos em que este sistema se encontra bem indicado e bem executado. Desta forma podemos referir como principais vantagens deste sistema: boa adaptação, rigidez, radiopacidade e necessidade de uma película de cimento reduzida. ^(84, 92)

Os espigões personalizados (falso cotos) podem ser feitos usando ligas não nobres (como o cromo-cobalto) ou ligas nobres de ouro-paládio. ^(84, 93)

Tal como referido anteriormente, para além dos espigões personalizados, existem os espigões pré-fabricados de diversos materiais: metálicos, de zircónia, fibra de carbono e fibra de vidro.

Os espigões pré-fabricados metálicos podem ser fabricados em aço inoxidável ou titânio, apresentando diferentes formatos, configurações superficiais e tamanhos. Este tipo de espigões apresenta como vantagens a simplificação e a rapidez dos procedimentos clínicos em dentes posteriores, quando são necessários falsos cotos fundidos bi ou tri partidos, dado que é dispensada a adaptação ao canal e a etapa de laboratório. Contudo, com o surgimento dos espigões de fibra, estes têm caído em desuso. ^(84, 94)

Os espigões pré-fabricados de zircónia não são recomendados do ponto vista clínico, devido a um conjunto de fatores, tais como: propensão a causar fraturas radiculares (comparativamente aos espigões de fibra), devido à sua rigidez e às tensões mais elevadas produzidas na entrada do canal; a sua superfície não permite uma boa adesão a materiais resinosos e apresentam grande dificuldade de remoção em caso de re-tratamento endodôntico. ^(84, 95)

Os espigões pré-fabricados de fibra de carbono apresentam inúmeras desvantagens, das quais: são radiolúcidos, apresentam um módulo de elasticidade duas vezes superior ao da dentina, na presença de água reduzem significativamente a sua rigidez e resistência, a retenção do coto é mais reduzida (comparando com os espigões metálicos) e foram referidas falhas de retenção na interface espigão-cimento. A maioria destes espigões falha não por fratura mas sim por descimentação. De modo a compensar as desvantagens referidas anteriormente foram desenvolvidos espigões mistos, que contêm no seu interior fibras de carbono e no seu exterior fibras de quartzo, melhorando desta forma a estética e a resistência. Atualmente não apresentam vantagens relativamente aos espigões de fibra de vidro. ^(84, 94)

Os espigões pré-fabricados de fibra de vidro são amplamente utilizados em restaurações estéticas. Apresentam inúmeras vantagens, das quais podemos referir: estética, módulo de elasticidade semelhante ao da dentina, ausência de corrosão, possibilidade de cimentação adesiva, o que possibilita distribuição mais uniforme das forças e, desta forma, menor possibilidade de ocorrência de fraturas radiculares. ^(84, 87, 96) As principais desvantagens deste sistema estão relacionadas com a técnica de cimentação mais sensível (aumentando a possibilidade de posterior descimentação), a reduzida resistência mecânica (que pode levar a fraturas), o módulo de elasticidade baixo (apesar de ser estruturalmente vantajoso, proporciona maior possibilidade de deslocamentos) e a ausência de radiopacidade de alguns espigões. ^(84, 97, 98)

Relativamente aos cimentos utilizados para cimentação de espigões, os cimentos de fosfato de zinco, policarboxilato, ionómero de vidro, ionómero de vidro modificado por resina e cimentos de resina, têm sido amplamente analisados, sendo que qualquer um dos cimentos pode ser utilizado com sucesso, desde que utilizado segundo os princípios corretos. ^(84, 99) Neste caso clínico específico foi utilizado o cimento de ionómero de vidro, que apresenta como vantagens a capacidade intrínseca de adesão química aos tecidos dentários, a inibição da cárie dentária devido à libertação de flúor, a simplicidade do procedimento e a reduzida espessura da película. A sua principal desvantagem é ser altamente suscetível à humidade durante o processo de presa. ^(84, 89)

5.3.3 – Material

- Material de proteção individual (máscara, luvas, bata)
- Copo com Clorohexidina (a 12%);
- Aspirador de saliva, aspirador em caracol e cirúrgico;
- Kit de observação;
- Sonda periodontal;
- Espátula de cimentos (2);
- Espátula de ação lateral (2);
- Placa de vidro;
- Godé (2);
- Ultrassons e pontas de ultrassons;
- Turbina e Contra ângulo;
- Broqueiro de Prótese fixa;
- Brocas de Peeso e de Gates;
- Bolas de algodão;
- Rolos de algodão;
- Spray de oclusão para marcação de pontos de contato;
- Papel de articular;
- Acrílico para provisórios dentários;
- Duralay®;
- Cimento de ionómero de vidro (Ketac®);
- Compressas;
- Gel de Clorohexidina;

5.3.4 – Procedimento

○ 1ª Consulta

1 – Revisão da história clínica e inquérito no sentido de entender o que motivou a consulta

2 – Exame objetivo: análise da saúde periodontal e sondagem do local correspondente à ponte, palpação do fundo do vestibulo; medição do remanescente dentário; observação das margens do preparo (Imagem 36);

3 – Observação do elemento protético (contatos axiais, interproximais e oclusão) e remoção do fragmento dentário do seu interior, com recurso a pontas de ultrassom, tendo o cuidado de não danificar o mesmo;

4 - Exames complementares de diagnóstico: Ortopantomografia, Raio-x periapical, testes térmicos (frio e calor), percussão (vertical e horizontal) (Imagens 30, 31 e 32);

5 – Concluiu-se que existia uma lesão periapical na região apical do dente 45, sendo que desta forma o dente tem indicação para re-tratamento endodôntico (Imagem 31); conclui-se também que existia fratura coronal do remanescente dentário do dente 45, cumprindo os requisitos para a colocação de um falso coto fundido e para a utilização da técnica de retrofitting, de modo a aproveitar a ponte existente;

6 – Isolamento relativo (rolos de algodão) e aspiração eficiente;

7 – Desobturação do canal do dente 45, utilizando brocas Peeso e brocas de Gates; tendo o cuidado de preservar pelo menos 5mm apicais. Posteriormente o dente foi reencaminhado para Endodontia, com o objetivo de ser realizado re-tratamento endodôntico (Imagens 33 e 34);

8 – Elaboração do provisório dentário do dente 43; colocação de uma bola de algodão seca no canal do dente 45 a realização de restauração provisória com IRM.

- **2ª Consulta**

1 - Depois de realizado o re-tratamento endodôntico, foram realizadas impressões para posterior envio para laboratório, de modo a realizar falso coto fundido. O método utilizado foi a técnica de retrofitting, utilizando um padrão de duralay®:

- 1.1- Isolamento relativo (rolos de algodão) e aspiração eficiente;
- 1.2- Preparação do duralay® e inserção no canal (com ajuda de espátula de cimentos), na porção coronária do remanescente dentário e no interior da restauração;
- 1.3- Inserção da ponte exercendo pressão, de forma a ficar ajustada na correta posição, pedindo posteriormente ao paciente para trincar com força um rolo de algodão;
- 1.4- Remoção de excessos (com recurso a espátula de cimentos);
- 1.5- Aguardar presa e endurecimento do duralay®;
- 1.6- Retirar a ponte, tendo o cuidado de não a danificar, com a ajuda de espátula de cimentos e sonda periodontal;
- 1.7- Retirar o padrão de duralay® obtido, que permaneceu retido no remanescente dentário do dente 45 (tendo o cuidado de não o danificar) (Imagens 37, 38 e 39);

2 - Colocar uma bola de algodão seca no interior do canal e realizar restauração provisória com IRM;

3 - Envio do padrão em duralay® para laboratório, com indicação que se pede falso coto fundido e a data;

- **3ª Consulta**

1 - Verificar a adaptação do falso coto fundido no canal e na restauração (utilizando spray de oclusão para marcar os contatos mais fortes);
Verificar a adaptação da restauração;

2 - Isolamento relativo (rolos de algodão) e aspiração eficiente;

- 3 - Colocar o falso coto fundido no canal e realizar os ajustes necessários no preparo (neste caso foi necessário corrigir ligeiramente a convergência, e reduzir ligeiramente a altura do falso coto, utilizando broca troncocônica e broca em chama, respetivamente);
- 4- Realizar sulcos no falso coto fundido de forma a criar retenção (com broca de sulcos);
- 5 - Preparação do cimento de ionómero de vidro e colocação no canal, com a ajuda de espátula de ação lateral; colocação do cimento no espigão, colocando no canal e retirando de forma a garantir uma cobertura uniforme de cimento do canal;
- 6 - Cimentação definitiva do falso coto, deixando-o permanecer no canal, e exercendo pressão no mesmo, aguardando presa e endurecimento do cimento;
- 7 - Cimentação da ponte (depois de retirado o provisório do dente 43 com recurso a sonda periodontal, e removidos os restos de cimento): Confirmar a adaptação da mesma; colocar cimento no seu interior e inserção, exercendo pressão; Remover os excessos com a ajuda de espátula de ação lateral;
- 8 - Pedir ao paciente para trincar um rolo de algodão, enquanto se aguarda presa e endurecimento do cimento. Ter em atenção que a manutenção do campo operatório seco é crucial nesta fase, tendo em conta que a polimerização do cimento de ionómero de vidro é facilmente afetada pela humidade;
- 9 – Verificar e ajustar a oclusão;
- 10 – Realizar Raio-x periapical, de forma a confirmar a correta cimentação do falso coto (Imagem 35);

○ **4ª Consulta** (controlo 1 semana após cimentação)

- 1 - Verificar a oclusão e realizar ajustes oclusais necessários;
- 2 - Verificar a existência de possível sintomatologia dolorosa ou outro tipo de queixas referidas pela paciente (Imagem 40 e 41).

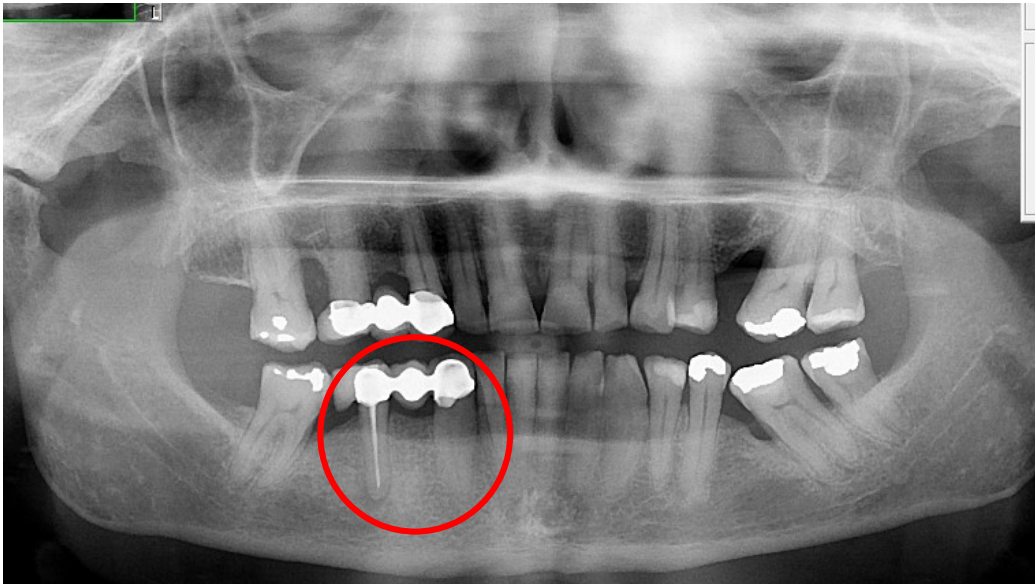


Imagem 30 – Ortopantomografia

Nota: É notório o processo periapical na região apical do dente 45)



Imagem 31 – Raio-x periapical da restauração protética



Imagem 32 – Raio-x periapical nº 2 da restauração protética

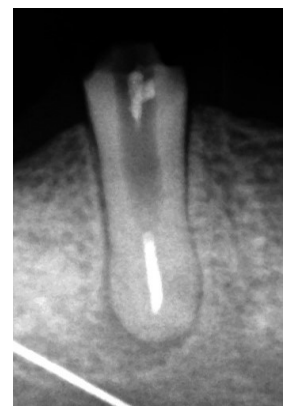


Imagem 33 – Desobturação do canal do dente 45



Imagem 34 – Raio-x final após re-tratamento endodôntico



Imagem 35 – Raio-x após cimentação do falso coto



Imagem 36 – Fotografia intra-oral dos remanescentes dentários após remoção da ponte



Imagem 37 – Padrão em duralay



Imagem 38 – Padrão em duralay introduzido na respectiva restauração



Imagem 39 – Padrão em duralay introduzido na respectiva restauração

(2)



Imagem 40 – Controlo 1 semana após cimentação

Nota: verificou-se ausência de inflamação dos tecidos e contatos oclusais corretos



Imagem 41 – Controlo 1 semana após cimentação (2)

5.3.5 – Discussão do caso clínico

A abordagem aos dentes extensamente destruídos deve basear-se em evidências científicas consistentes, sendo que a identificação e classificação destes dentes ajuda na elaboração do diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico. Podemos referir três critérios para diagnóstico de dentes extensamente destruídos: critério 1 – Anel de reforço; critério 2 – relação coroa-raiz; 3 – condição endodôntica. Tendo em conta os critérios referidos, os dentes são posteriormente classificados em 3 classes, sendo que a classe I apresenta um bom prognóstico, a classe II apresenta um prognóstico moderado e a classe III apresenta um fraco prognóstico. O remanescente dentário apresentado neste caso clínico pode ser inserido na classe I, uma vez que apresenta uma altura \geq a 2mm em 4 pontos (mesial, distal, vestibular e lingual) e uma espessura \geq a 2,2 mm (restauração metalo-cerâmica); o comprimento da raiz é, pelo menos, igual ao comprimento da futura coroa, mais os 5mm de selamento apical; relativamente às condições endodônticas o tratamento pode ser efetuado sem complicações previsíveis. Desta forma podemos referir um bom prognóstico para o caso clínico aqui apresentado.⁽¹⁰⁰⁾

Apesar de existirem vários tipos de espigões a utilização de falso coto fundido pareceu indicada neste caso, tendo em conta que o mesmo se encontra indicado em casos de perda excessiva de estrutura coronária e de existência de limites infra gengivais. A utilização desta técnica permite uma excelente

adaptação do espigão ao canal, e permite a adaptação da estrutura coronária do falso coto à prótese parcial fixa existente, evitando assim a elaboração de uma nova prótese parcial fixa. Como principais desvantagens, podemos referir que evitando no caso de uma impressão errada na superfície interna da coroa, o espigão e falso coto pedido impediria o correto assentamento da prótese parcial fixa. O compromisso estético não está valorizada pois trata-se de uma região não visível durante o sorriso. Uma outra vantagem desta técnica é que o número de consultas é menor do que se todo o procedimento tivesse sido feito para elaboração de uma nova ponte, e não o aproveitamento da existente. Do ponto de vista de custos (não importante do ponto de vista clínico) podemos referir que todo o processo fica menos oneroso, sendo que o paciente passa também menos tempo de cadeira. Para além do referido anteriormente, inúmeros estudos referem elevadas taxas de sucesso, nos casos em que esta técnica é bem executada. (84, 92)

Discussão

6 - Discussão

Foram atendidos 52 pacientes no decorrer do 5º ano, sendo que se verificou a predominância do sexo feminino, com uma diferença percentual significativa (65% de pacientes do sexo feminino, contra 35% de pacientes do sexo masculino). Relativamente à faixa etária pode-se afirmar que a faixa etária com mais pacientes é a compreendida entre os 50 e os 59 anos, no entanto, 26 pacientes apresentam idades compreendidas entre os 50 e os 79 anos, por outro lado a faixa etária menos prevalente é a compreendida entre os 0 e os 9 anos, sendo que dos 0 aos 19 anos de idade apenas foram atendidos 7 pacientes. Desta forma a média de idades presente na amostra foi de 47,12 anos. Pode-se relacionar estes resultados com as áreas que apresentam mais e menos pacientes, sendo que na Prótese Removível, onde se registaram 37 atos, foram atendidos um maior número de pacientes com idade mais avançada. Por outro lado, relativamente à Ortodontia e à Odontopediatria, onde é de esperar uma maior afluência de pacientes jovens, apenas se registaram 5 atos na totalidade.

A análise de risco, dos pacientes atendidos pelo binómio, foi realizada. Verificou-se que muitas vezes a ficha de risco (EMRRH - European Medical Risk Related History) não se encontrava preenchida, sendo que apesar de a história clínica se apresentar preenchida de forma clara e completa, o preenchimento da ficha de risco não deve ser ignorada pelos alunos. A ficha de risco é útil no registo de patologia médicas que podem interferir no tratamento dentário, para indicar o estado físico do paciente, e recomendar medidas que devem ser tomadas pelo médico dentista.⁽¹⁰¹⁻¹⁰³⁾ Neste ponto importa introduzir os parâmetros de classificação ASA: ASA I – Paciente saudável; ASA II – Paciente com doença sistémica leve a moderada que não interfere com a sua vida diária; ASA III – Paciente com doença sistémica que limita a sua atividade, mas não é incapacitante; ASA IV – Paciente com doença sistémica severa que limita a sua atividade, sendo uma ameaça constante à vida; ASA V – Paciente moribundo, não se espera que sobreviva 24 horas, com ou sem cirurgia. ^(101, 102)

Desta forma verificou-se que na amostra, 20 pacientes foram classificados com ASA I, valor este que coincide com o número de pacientes que não

apresenta qualquer tipo de patologia. Comparando estes dados em relação à medicação, verificamos que apenas 15 pacientes não fazem toma regular de qualquer tipo de medicamento, valor este que se apresenta mais baixo em relação ao número de pacientes classificados como ASA I. Estes dados podem ser justificados pelo fato de existirem pacientes saudáveis, mas que fazem toma regular de medicamentos, como por exemplo contraceptivos orais, tendo em conta o número significativo de pacientes do sexo feminino na amostra. Por outro lado, existem pacientes que apesar de possuírem uma doença sistémica, não necessitam de toma de qualquer tipo de medicação, como por exemplo a hipercolesterémia, que pode ser controlada com recurso a hábitos alimentares saudáveis. Importa também referir que as classificações ASA II, ASA III e ASA IV não apresentam uma relação linear com o número de doenças, uma vez que, esta classificação não é efetuada tendo em conta o número de patologias, mas sim a severidade e controlo (por exemplo, um paciente ASA II pode apresentar mais do que uma patologia, enquanto que um paciente ASA IV pode apresentar uma única patologia).

Relativamente à classificação das patologias na amostra, verifica-se elevada prevalência de hipertensão arterial, distúrbios psiquiátricos e doenças respiratórias. Relacionando estes dados com a medicação, verifica-se maior prevalência de anti-hipertensores e antidepressivos, o mesmo não se verifica para a medicação para tratamento das patologias respiratórias, uma vez que se tratam de patologias na sua forma leve e que por esse motivo não necessitam da toma regular de medicação. Comparando os resultados obtidos, acerca das patologias, com estudos feitos em Portugal e na Europa podemos concluir que os mesmos refletem de certa forma a realidade portuguesa e europeia. Em 2008 estima-se que 41,9% dos adultos (com idade superior a 25 anos) tenha hipertensão arterial.⁽¹⁰⁴⁾ Na Europa os problemas de saúde mental representam cerca de 26,6% dos problemas de saúde na sua totalidade. ⁽¹⁰⁵⁾ Portugal tem vindo a confrontar-se, nos últimos anos, com um aumento das doenças respiratórias, devido ao aumento da esperança média de vida e aos efeitos do tabaco a nível respiratório. ⁽¹⁰⁶⁾

A hipercolestéria, as alergias e a patologia cardíaca, apresentam também uma prevalência bastante elevada na amostra. Relativamente à patologia cardíaca,

é por vezes difícil perceber de que tipo de patologia se trata, pois muitas vezes o paciente apenas sabe referir que tem algum problema no coração, mas não sabe qual. Desta forma, muitas vezes a descoberta da patologia específica decorre da análise da medicação que o paciente nos mostra. O mesmo sucede com a patologia reumática e com outro tipo de patologias cardiovasculares.

Relativamente às patologias cardíacas/cardiovasculares verificou-se que os pacientes tomavam anti-anginosos, anti-agregantes plaquetares, antiarrítmicos e anticoagulantes orais. Importa referir que os anti-agregantes plaquetares e os anticoagulantes podem também estar associados aos 2 casos referidos de patologia neurovascular. Verificou-se que os pacientes apresentavam sopro cardíaco, arritmia, insuficiência cardíaca, arteriosclerose. Importa referir que alguns dos dados referidos anteriormente são suposições feitas a partir da medicação apresentada pelo paciente pois, como já foi referido anteriormente, o paciente não sabia especificar a patologia em si.

Relativamente à patologia reumática os pacientes referem a presença de osteoporose (possivelmente devido às vastas campanhas de sensibilização), artrite reumatoide, artrose e hérnia, sendo que existem também patologias ósseas não identificadas porque o paciente apenas refere ter problemas nos ossos. Sendo este grupo de pacientes responsável pela presença, na sua maioria, de AINE's, corticosteroides e antirreumáticos.

Relativamente à patologia cancerígena os pacientes referem apenas o local onde se desenvolveu, tendo dificuldade em referir o tipo de tumor.

Apesar de 3 pacientes referir a presença de anemia, apenas 1 refere tomar medicação para a mesma, sendo que os outros casos, tratando-se de formas leves poderão ser tratados com recurso a hábitos alimentares.

Com apenas 1 caso encontra-se a hipotensão arterial, patologia renal (não especificada pelo paciente), patologia oftálmica (não especificada pelo paciente), patologia dermatológica (bactéria de origem desconhecida, que provoca erupções cutâneas alojadas na região da mandíbula, na região occipital e na região do tórax), pré-diabetes, diabetes tipo 2, triglicéridos elevados, lúpus (patologia autoimune) e a hepatite viral aguda (aguarda resultados das análises para confirmar o tipo). Apesar de menos prevalentes,

estas patologias devem ser analisadas, pois poderão ser sinal da necessidade de cuidados acrescidos para o doente em causa.

A presença da utilização de anti-ácidos e anti-ulcerosos, encontra-se associada a problemas gastrointestinais, como a pirose e a gastrite, mas também ao facto de muitos pacientes necessitarem de realizar prevenção devido ao grande número de fármacos ingeridos.

Medicamentos sem associação com doença estão também presentes na amostra: terapia de substituição hormonal da tiroide (paciente foi submetida a tiroidectomia total, sendo que já não se considera existir patologia), anti-parkinsónicos e anti-vertiginosos (paciente não refere a existência da patologia, a mesma apenas é deduzida pela presença de medicação). A presença de opiáceos ocorre devido a cirurgia causadora de extensa sintomatologia dolorosa.

Relativamente aos hábitos de higiene oral apesar de 27 pacientes referir 2 escovagens diárias, um número muito próximo refere apenas 1 (20 pacientes), sendo que aqui importa incidir na educação e motivação para higiene oral. É também importante que as corretas técnicas de escovagem sejam explicadas, pois não importa apenas o número de escovagens realizadas mas também a sua execução de forma correta, assim como reforçar a importância na utilização de fio dentário, uma vez que apenas 13 pacientes referem a sua utilização.

Relativamente aos hábitos tabágicos verificou-se um reduzido número de fumadores (apenas 8 pacientes), o que pode ser explicado pelo facto de a população ter uma idade mais avançada e ser do sexo feminino e, desta forma, considerar o tabagismo um comportamento socialmente incorreto. Pode este facto ser também resultado das extensas campanhas anti-tabagismo existentes. Verificou-se também que 3 pacientes apresentavam hábitos alcoólicos, sendo este um fator importante na medida em que pode interferir em componentes inerentes à Medicina Dentária (como a cicatrização tecidual e a prescrição medicamentosa).

O binómio 15 registou, ao longo do ano (tendo em conta o período referido nos materiais e métodos), 113 atos clínicos, sendo que o autor deste trabalho foi

operadora em 61 deles. O maior número de atos é, claramente, registado pela área da Prótese Removível. Este facto pode ser justificado pelo grupo etário mais prevalente na amostra (idade mais avançada), pela necessidade de serem realizadas, no mínimo, 6 consultas para colocação de uma nova prótese, assim como também pelo grande número de pacientes que já apresentam próteses removíveis e se apresentam nas consultas para realizar rebasamentos, acrescentar dentes, consertos e consultas de controlo.

Em Medicina Oral, o binómio realizou, nas primeiras consultas, preenchimento da história clínica, exame clínico intra e extra-oral, exames complementares de diagnóstico (radiográficos e outros, como por exemplo testes térmicos, dependendo da necessidade), preenchimento do odontograma, diagnóstico geral da cavidade oral e elaboração de plano de tratamento multidisciplinar, de forma a encaminhar os pacientes para as diferentes áreas, de acordo com a necessidade. Foram também realizadas consultas de controlo, onde se verifica a necessidade, ou não, de alterar a terapêutica das lesões apresentadas pelo paciente, tendo em conta a regressão, ou não, dos sinais e sintomas presentes. Não foram realizadas biópsias uma vez que das lesões passíveis de serem alvo de biópsia, numa verificou-se a regressão dos sinais no decorrer de uma semana (possível leucoplasia pilosa) e na outra ponderou-se ser mais conveniente a sua realização pelo Médico Otorrinolaringologista, devido à sua localização e devido a questões financeiras (lipoma localizado no pilar amigdalino esquerdo).

Na área de Cirurgia Oral realizou-se um total de 4 atos clínicos como operadora, sendo que foram efetuadas extrações múltiplas numa consulta, extração com odontosecção noutra consulta e extrações simples em duas consultas. Como foi referido anteriormente, o binómio (na qual fui operadora) realizou o planeamento e extração de um dente 3.3 retido, no entanto o mesmo não consta do período de recolha de dados, sendo apenas descrito na seção de casos diferenciados. O foco de interesse neste caso encontra-se não só nas técnicas cirúrgicas que lhes são inerentes, mas também pelo facto de os caninos mandibulares retidos serem muito menos frequentes em comparação com maxilares, tal como foi discutido na apresentação do caso clínico.

Na área da Periodontologia verifica-se uma maior prevalência de periodontite, sendo que a forma apresentada em maior número é a generalizada moderada. Apenas foi registado um caso de gengivite na sua forma moderada. Estes factos refletem dados recolhidos sobre epidemiologia das doenças periodontais, nomeadamente que é documentado a presença em maior escala da forma moderada em adultos.⁽¹⁰⁷⁾ Foi ainda realizada uma cirurgia para aprofundamento do vestibulo com retalho gengival livre, que se encontra descrita na seção dos casos diferenciados, de forma a poder ser realizada melhor adaptação, retenção e estabilidade da prótese parcial removível.

Na área de Prótese Fixa foram realizadas consultas de controlo, consultas de avaliação em Prótese Fixa, elaboração de provisórios, consulta para elaboração de falso coto, cimentação de falso coto, impressões definitivas. Importa referir que os pacientes nesta área são escassos, muito provavelmente devido às condições económicas apresentadas, sendo que as reabilitações completas apenas podem ser realizadas por alguns grupos de alunos.

A Oclusão é das áreas com menos pacientes atendidos, este facto pode ser explicado pela falta de compreensão dos pacientes em relação à importância de tratar as disfunções temporomandibulares, isto é, se a disfunção não apresentar sintomatologia dolorosa ou limitação de função, os pacientes consideram não necessário a marcação da consulta, rejeitando a mesma. Mesmo com as explicações exaustivas e a sensibilização para a área, os pacientes continuam a desvalorizar a mesma.

A Dentisteria Operatória representa a segunda área com mais pacientes atendidos. Foram realizadas um total de 22 consultas, sendo que em 12 desempenhei o papel de operadora. Estes dados podem ser explicados pelo facto de que apesar de que, nas últimas décadas, a cárie dentária tenha diminuído de forma significativa, especialmente na população infantil e juvenil portuguesa, a mesma continua a ter uma elevada prevalência, constituindo ainda um problema de saúde pública, com distribuição assimétrica. ⁽¹⁰⁸⁾ Para além da cárie existem também a perda de restaurações prévias e as fraturas dentárias. Importa também referir que o tratamento restaurador no âmbito da Dentisteria Operatória é menos dispendioso, sendo que muitas vezes o

tratamento mais adequado seria aquele realizado no âmbito da prótese Fixa, mas por questões económicas o paciente opta pela Dentisteria Operatória.

Em Endodontia foram realizadas um total de 17 consultas por binómio, sendo que como operadora realizei o tratamento de um molar com 3 canais (descrito na seção de casos diferenciados), 6 sessões, e o tratamento de um pré-molar monocanal, em 3 sessões. Para além da atividade clínica, na Endodontia, existe a prática pré-clínica (quando não há paciente), sendo que esta pretende fazer a simulação do tratamento endodôntico em molares previamente extraídos, incluídos em frasco e montados em fantoma. Para além do referido anteriormente cada binómio realiza a apresentação de um caso clínico. Estas atividades fora da clínica permitem o desenvolvimento e competências técnicas e a consolidação de conhecimentos teóricos.

A Odontopediatria, à semelhança do acontece com a Oclusão e a Ortodontia, é das áreas que possui menor número de atos clínicos. Desta forma foram realizados um total de 4 atos clínicos por binómio, sendo que 2 foram realizados como operadora. Tendo em conta o reduzido número de pacientes, grande parte dos alunos apenas consegue realizar 1 ato clínico por semestre. Na componente prática existe também um parâmetro que avalia o conhecimento teórico, composto por uma frequência (por semestre) baseada em casos clínicos, permitindo desenvolver a capacidade de raciocínio e a consolidação de conceitos teórico-práticos.

No âmbito da Ortodontia o binómio apenas realizou 1 ato clínico, no 2º semestre, sendo este uma 1ª consulta de avaliação a ortodontia. Importa referir que quando existe necessidade de tratamento ortodôntico corretivo, intercetivo ou preventivo, na Clínica Universitária, o mesmo é feito com recurso a aparelhos removíveis. Para além da atividade clínica são elaboradas apresentações que consistem no tratamento de fotografias e medição de parâmetros ortodônticos, análises dos modelos, nomeadamente Moyers/DDM e Bolton, correto traçado cefalométrico e análise de Rickets, análise da disfunção dento-maxilar, delineamento de um correto diagnóstico, assim como objetivos terapêuticos e respetivo tratamento. No final do percurso académico pretende-se que o aluno saiba elaborar um correto diagnóstico, entendendo se existe necessidade ou não de intervenção a nível ortodôntico, sendo importante a

perceção precoce deste facto, uma vez que quando a necessidade é detetada em idades precoces pode ser aproveitado o potencial de crescimento, evitando a cirurgia ortognática tardia.

Conclusões

7 - Conclusões

A elaboração do presente relatório permitiu desenvolver o espírito crítico em relação à atividade clínica realizada ao longo do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. A caracterização e estudo da amostra aqui apresentada permitiu refletir sobre: diagnóstico baseado em critérios clínicos teóricos e medicina baseada na evidência, plano de tratamento e sua justificação e possibilidade de outras alternativas de tratamento determinadas.

Depois de terminada esta etapa o aluno deve ter plena noção que se trata de um profissional de saúde qualificado, agindo de acordo com os conhecimentos teóricos, práticos, legais e éticos que adquiriu durante a sua formação académica. Desta forma deve ter presente que possui responsabilidades profissionais inerentes à profissão que representa e que se devem refletir na prestação de cuidados de saúde de máxima qualidade perante os seus pacientes.

Importa que exista confiança do Médico Dentista em relação às suas capacidades, no entanto, que exista consciência das suas limitações. O bom senso clínico deve estar presente, de modo a que o Médico Dentista possa reconhecer as dificuldades inerentes à falta de experiência profissional, sabendo quando deve reencaminhar o seu paciente, permitindo que ele não seja privado do melhor tratamento possível.

Confio na minha formação académica e nos conhecimentos que me foram transmitidos durante a mesma, espero utilizar os mesmos de forma adequada na minha vida como futura Médica Dentista, enfrentado os obstáculos que se adivinham, sempre com profissionalismo. Não encaro o final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária como o fim da minha formação académica, pois valorizo a formação contínua e o constante desenvolvimento de novas capacidades.

Questionário:

Resposta:

10. Tem outros problemas respiratórios ou tosse persistente?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Tem dificuldade respiratória depois de subir 20 degraus?
- b) Tem dificuldade respiratória ao despir-se?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

11. Já teve alguma reacção alérgica à penicilina, aspirina, látex, material dentário ou outro qualquer?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Isto exigiu tratamento médico ou hospitalar?
- b) Ocorreu durante a visita ao médico dentista?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

12. Sofre de diabetes?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Toma insulina?
- b) A sua diabetes está descontrolada actualmente?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

13. Sofre de doença da tiróide?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) A sua tiróide está hipoactiva?
- b) A sua tiróide está hiperactiva?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

14. Sofre, ou já sofreu de alguma doença hepática?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

5. Sofre de insuficiência cardíaca?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Sente falta de ar em decúbito dorsal (deitado de costas para baixo)?
- b) Precisa de dois ou mais travesseiros nocturnos devido a insuficiência respiratória?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

6. Tem ou já teve hipertensão?

Escreva os valores da última tensão arterial:

Máximo:

Mínimo:

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

7. Tem tendência para a hemorragia?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Já teve alguma hemorragia que durasse mais de uma hora após uma cirurgia ou ferida?
- b) Já lhe apareceu alguma contusão espontânea?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

8. Sofre de epilepsia?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Sente que está a piorar?
- b) Continua a ter ataques apesar da medicação?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

9. Sofre de asma?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Toma medicamentos e/ou usa inaladores?
- b) Apresenta dificuldades respiratórias actualmente?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

19. Está a tomar medicamentos prescritos?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Por alguma razão ou motivo?
 - b) Por queixa cardíaca?
 - c) Anticoagulantes?
 - d) Hipertensão?
 - e) Aspirina?
 - f) Por alergia?
 - g) Por diabetes?
 - h) Prednisona, corticosteroides (sistémico ou tópico)?
 - i) Medicamentos contra a rejeição de implantes?
 - j) Medicamentos contra doenças reumáticas, intestinais e pele?
 - m) Contra cancro ou doença sanguínea?
 - n) Penicilina, antibióticos ou antimicrobianos?
 - o) Para desordens do sono, depressão e ansiedade?
 - p) Outras medicações?
- Indique quais:

- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU

20. Tem que tomar algum antibiótico antes do tratamento dentário?

- SIM NÃO NÃO RESPONDEU

21. Somente mulheres, está grávida?

- SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

15. Sofre de alguma doença renal?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Já fez diálise?
- b) Já fez transplante renal?

- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU

16. Já sofreu de cancro ou leucemia?

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Qual é a sua doença?
- b) Já fez medicação ou transplante de medula óssea para o seu tratamento?
Qual a medicação?
- c) Já fez radioterapia para um tumor ou problema na cabeça ou pescoço?

- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU

17. Sofre de hiperventilação?

- SIM NÃO NÃO RESPONDEU

18. Já desmaiou durante algum tratamento médico ou dentário?

- SIM NÃO NÃO RESPONDEU

8.2 – Anexo 2 - História Clínica

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA

Relatório Médico

1. ANAMNESE (História Clínica)

1.1. Motivo da Consulta

1.2. História da Doença Actual

Data (aproximada) do início dos sintomas:

Localização:

Irradiação:

Duração (min, horas, dias):

Intensidade:

Fraca Moderada Forte Muito Forte

Frequência:

Modo:

Súbito Lento Insidioso Por Surtos

Evolução:

Aguda Crónica Recidivante

Outros Sintomas:

1.3. ANTECEDENTES

1.3.1. PESSOAS GERAIS

Visita regularmente algum médico? Sim Não

Porque razão?

Fez análises pela última vez em que data?

Foram detectados valores anormais?

Não

Sim

Indique quais:

Está a tomar algum medicamento (incluindo anticoncepcionais)?

Não

Sim

Indique quais:

Senhoras, diga se está grávida:

Não

Sim

Quantos meses:

Em:

Tem problemas cardíacos? Sim Não

Quais?

Tem tensão alta? Sim Não

Qual o valor da última vez que mediu?

Min: Máx:

Em:

Sofre de Diabetes? Sim Não

Se Sim, qual o tipo?

Tem doenças de sangue? Sim Não

Anemia

Hemofilia

Outras

Quando sofre um corte, sangra durante muito tempo ou demora a cicatrizar? Não Sim

Faz (pisaduras) hematomas com facilidade? Não Sim

Costuma sangrar pelo nariz, espontaneamente (epistaxis)? Não Sim

Tem alguma doença infecto-contagiosa? Não Sim

Se Sim, qual o tipo?

Hepatite Tipo

Tuberculose

VIH

Sífilis

Outra

Tem doenças de fígado? Sim Não

Quais?

Tem problemas de estômago? Sim Não

1.3.2. PESSOAS DENTÁRIOS

1.3.3. FAMILIARES E DENTÁRIOS

2. EXAME CLÍNICO

2.1. Extra-Oral

Face:	<input type="text"/>	Adenopatias:	<input type="text"/>
Cicatrizes:	<input type="text"/>	Edemas:	<input type="text"/>
Tumefacções:	<input type="text"/>	Assimetrias:	<input type="text"/>
		Outros:	<input type="text"/>

2.2. Intra-Oral

Lábios:	<input type="text"/>	Pavimento de Boca:	<input type="text"/>
Língua:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Direita:	<input type="text"/>
Palato Duro:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Esquerda:	<input type="text"/>
Palato Mole:	<input type="text"/>	Gengivas:	<input type="text"/>
Vestíbulos e Freios:	<input type="text"/>	Prótese:	<input type="text"/>

Higiene Oral:

ATM

Sintomatologia:

Abertura da Boca:

Classe de Angle:

GLÂNDULAS

Parótidas:

Submaxilares:

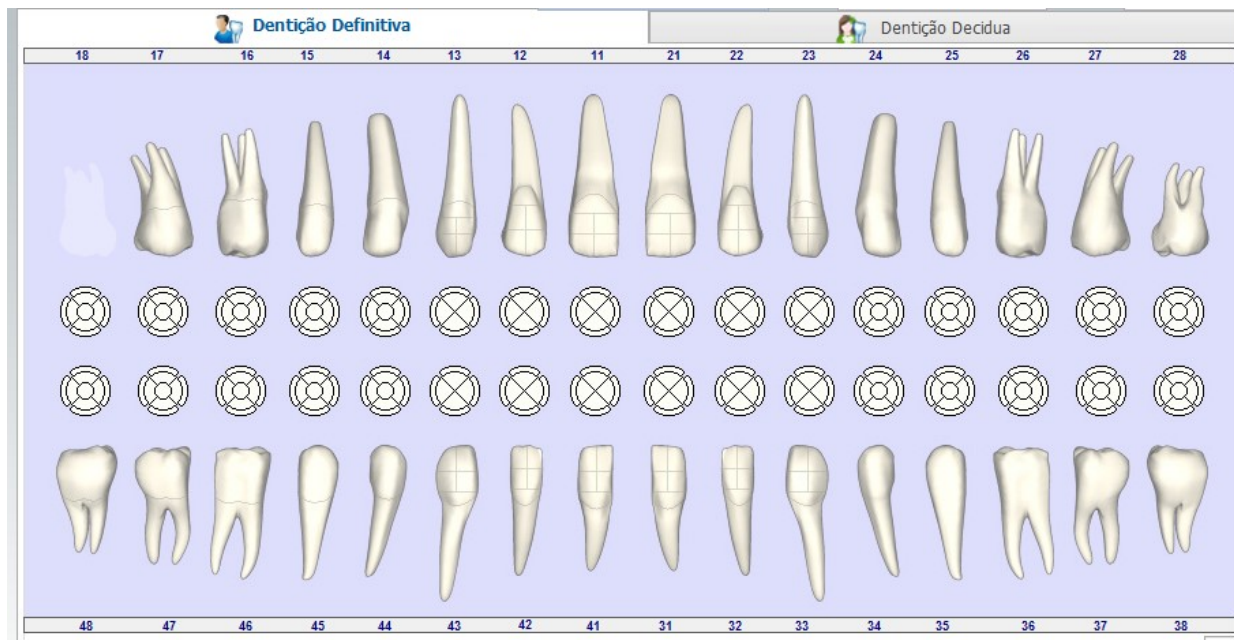
Sublinguais:

Menores:

Ductos Excretorios (Stenon, Warton):

Saliva:

8.3- Anexo 3 – Odontograma



Referências bibliográficas

9 - Referências Bibliográficas

1. Pinto P. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: Um estudo exploratório (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação: Universidade de Lisboa; 2009.
2. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. 2005;83(9):644-.
3. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and oral epidemiology. 2003;31(s1):3-24.
4. American Dental Association. Glossary of Dental Clinical and Administrative Terms [cited 2015, 2 May]. Available from: <http://www.ada.org/en/publications/cdt/glossary-of-dental-clinical-and-administrative-ter>.
5. Ring ME. Dentistry - An Illustrated History, 1st ed; 1992 .
6. Lira J. Lira J. Prevenção primária em Medicina Dentária: A saúde começa pela boca (Monografia).Universidade Fernando Pessoa: Porto; 2012.
7. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health-World Health Assembly 2007. International dental journal. 2008;58(3):115-21.
8. Rodrigues C. Comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças: percepção dos pais/encarregados de educação (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta: Lisboa; 2008. .
9. OMD. Plano Nacional de saúde 2011-2016. Estratégia de Saúde Oral em Portugal—um conceito de transversalidade que urge implantar: Porto; 2010.
10. Harris NO, Garcia-Godoy F. Primary Preventive Dentistry. 8ª : Pearson; 2009.
11. Esteves H, Suárez Quintanilla JM. Optimização da anamnese em Medicina Dentária. Cadernos de Saúde, Vol 4, nº 2, 2011. 2011;4:47-56.
12. Greenberg MS, Glick M. Burket's oral medicine: Diagnosis & Treatment: PMPH-USA; 2003.
13. Carranza FA. Carranza Periodontia Clínica. Tradução de Rodrigo Melo Nascimento et al. 2004;10.

14. Banerjee A, Pickard HM, Watson TF. Pickard's manual of operative dentistry: Oxford university press; 2011.
15. Garg N, Garg A. Textbook of operative dentistry: Boydell & Brewer Ltd; 2010.
16. Moreira B. Endodontia Teórica. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto: Edição da associação de estudantes.
17. Cohen S, Hargreaves KM. Caminhos da polpa. Elsevier: Brasil; 2007.
18. Peterson LJ. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Guanabara: Koogan; 2000.
19. Dentistry AAO P. Definitions and scope of pediatric dentistry 2013. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/Intro1.pdf.
20. McDonald D. 6ª edição. Guanabara: Koogan; 1995.
21. Albuquerque C, Gouvêa C, Moraes R, Barros R, Couto C. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. Arquivos em Odontologia. 2010;46(2):110-5.
22. de Moraes A, Sanchez K, Fátima Possobon R, Júnior Á. Psicologia e odontopediatria: a contribuição da análise funcional do comportamento. Psicologia: Reflexão e crítica. 2004;17(1):75-82.
23. Brusola J. Ortodontia Clínica. Barcelona: Mason; 1992.
24. Proffit W. Ortodontia contemporânea. Brasil: Elsevier; 2011.
25. Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion: Elsevier Health Sciences; 2007.
26. Shillingburg HT, Sather DA, Stonne SE. Fundamentals of fixed prosthodontics: Quintessence pub; 2012.
27. Rosentiel S, Land M, Fujimoto J. Contemporary Fixed Prosthodontics. margin. 2006;2:2.
28. TAO P. The Glossary of Prosthodontic Terms. The Journal of Prosthetic Dentistry. 2005; 94(1): 10-92.
29. Fonseca P, Campos J, Lordelo J, Correia A, Fernandes M. Manual de prótese total. Porto; 2012. 176 p.
30. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist—update 2009. European Journal of Dental Education. 2010;14(4):193-202.

31. Pereira Júnior F, Favilla EE, Dworkin S, Huggins K. Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). Tradução oficial para a língua portuguesa. JBC j bras clin odontol integr. 2004;8(47):384-95.
32. Luciano AA, Salvi C, Júnior EÁG. SULCOPLASTIA DE KAZANJIAN MODIFICADA: RELATO DE CASO. Revista Investigação. 2015;14(1).
33. Sverzut CE, Gabrielli MFR, Gabrielli MAC, Barbeiro RH, Sverzut AT. Cirurgia pré-protética para aumento do sulco mandibular. RGO (Porto Alegre). 2001;49(4):191-4.
34. Barbosa FQ, Rocha FS, Batista JD, Magalhães AEO, Zanetta-Barbosa D, Marquez ÍM. Aprofundamento de Vestíbulo pela Técnica de Kazanjian Modificada: Relato de Caso. Rev Inpeo Inpeo Odontol. 2008;2(2):1-56.
35. Marzola C. Cirurgia pré-protética. Cirurgia pré-protética: Pancast; 2002.
36. Campos A, Gregori C. Cirurgia Buco Dento Alveolar. São Paulo: Sarvier; 2005.
37. Feltrin V. PERIODONTIA ESTÉTICA (Trabalho de conclusão de curso). Centro de Ciências e Saúde: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
38. Goldman H, Cohen D. Periodontia Contemporânea. São Paulo: Santos; 1997.
39. Feitosa D, Santamaria MP, Sallum EA, Junior FHN, Casati MZ, Toledo S. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. RGO. 2008;56(2):1-6.
40. Borguetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal: Artmed; 2002.
41. Sullivan H, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. 3. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. Periodontics. 1968;6(4):152-60.
42. Livingston HL. Total Coverage of Multiple and Adjacent Denuded Root Surfaces with a Free Gingival Autograft: A Case Report. Journal of periodontology. 1975;46(4):209-16.
43. Paolantonio M, Murro Cd, Cattabriga A, Cattabriga M. Subpedicle connective tissue graft versus free gingival graft in the coverage of exposed root surfaces A 5-year clinical study. Journal of clinical periodontology. 1997;24(1):51-6.
44. Edel A. Clinical evaluation of free connective tissue grafts used to increase the width of keratinised gingiva. Journal of clinical periodontology. 1974;1(4):185-96.

45. Holt R. Tratamento dos Defeitos dos Tecidos Moles e Problemas Mucogengival. ROSEMBERG, M. Tratamento Periodontal e Protético para casos avançados.2:113-33.
46. Holbrook T, Ochsenbein C. Complete coverage of the denuded root surface with a one-stage gingival graft. The International journal of periodontics & restorative dentistry. 1983;3(3):8.
47. Lascala NT, Lascala Junior NT, Moussalli NH. Exame clínico das alterações gengivoperiodontais. Compêndio terapêutico periodontal: Artes Médicas; 1995. p. 14-34.
48. Wei P-C, Laurell L, Geivelis M, Lingen MW, Maddalozzo D. Acellular dermal matrix allografts to achieve increased attached gingiva. Part 1. A clinical study. Journal of periodontology. 2000;71(8):1297-305.
49. Filho G, Benatti BB, Bittencourt S, Peruzzo DC, Casati MZ. Frenectomia associada ao enxerto gengival livre. RGO. 2005;53(2).
50. Axinn S, Brasher WJ. Frenectomy plus free graft. The Journal of prosthetic dentistry. 1983;50(1):16-9.
51. Freedman A, Stein M, Schneider D. A modified maxillary labial frenectomy. Quintessence international, dental digest. 1982;13(6):675.
52. Hillerup S. Preprosthetic vestibular sulcus extension by the operation of Edlan and Mejchar: A 2-year follow-up study—I. International journal of oral surgery. 1979;8(5):333-9.
53. Kazanjian V. Surgical operations as related to satisfactory dentures. Dent Cosmos. 1924;66:387.
54. Wade A. Vestibular deepening by the technique of Edlan and Mejchar. Journal of periodontal research. 1968;4(4):300-13.
55. Edlan A. Plastic surgery of the vestibulum in periodontal therapy. Int Dent J. 1963;13:593-6.
56. Misch CE. Bone density: a key determinant for clinical success. Contemporary implant dentistry Chicago: Mosby. 1999:109-18.
57. Hillerup S. Mandibular vestibuloplasty: experimental and clinical studies. DMB Danish medical bulletin. 1991;38(2):97-113.
58. Mueller Storrer CL, Rychuv Santos F, Crivelaro V, Verbicaro T, Zielak JC, Miranda Deliberador T. Uso da cola cianoacrilica para estabilização de enxerto gengival livre. RFO UPF. 2014;19(2).

59. Barbosa FI, Zenóbio EG, Costa FdO, Corrêa DS, Cunha FA. Alterações dimensionais dos enxertos gengivais livres fixados por etil-cianoacrilato. *Periodontia*. 2008;18(1):31-7.
60. Bhaskar SN, Frisch J, Margetis PM, Leonard F. Oral surgery—oral pathology conference No. 18, Walter Reed Army Medical Center: Application of a new chemical adhesive in periodontic and oral surgery. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1966;22(4):526-35.
61. Bhaskar SN, Frisch J, Margetis PM. Tissue response to a dental cement containing butyl cyanoacrylate. *Journal of Dental Research*. 1969;48(1):57-60.
62. Bhaskar SN, Beasley III JD, Cutright DE, Perez B. Free mucosal grafts in miniature swine and man. *Journal of periodontology*. 1971;42(6):322-30.
63. Lacaz Netto R, Macedo NLd. Estudo clínico da reparação do enxerto livre de gengiva fixado por um adesivo à base de cianoacrilato. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1986;40(2):164-70.
64. Santos GMd, Lacaz Netto R, Santos LMD, Okamoto T, Rocha RFd. Uso do Super-Bonder no reparo das feridas cirúrgicas. *RGO (Porto Alegre)*. 1990;38(6):435-9.
65. Escoda CG, Aytés LB. *Tratado de Cirurgia Bucal*. 1ª ed, p. 569-96.
66. Capelozza Filho L, Consolaro A, Cardoso MdA, Siqueira DF. Perfuração do esmalte para o tracionamento de caninos: vantagens, desvantagens, descrição da técnica cirúrgica e biomecânica. *Dental press j orthod(Impr)*. 2011;16(5):172-205.
67. Cardoso M, Silva SL, Consolaro A, Siqueira DF. Tracionamento de canino permanente superior: relato de caso clínico. *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press*. 2011;10(4).
68. Clark CA. A method of ascertaining the relative position of unerupted teeth by means of film radiographs. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1910;3(Odontol Sect):87.
69. Dachi SF, Howell FV. A survey of 3,874 routine full-mouth radiographs: II. A study of impacted teeth. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1961;14(10):1165-9.
70. Ericson S, Kurol J. Radiographic assessment of maxillary canine eruption in children with clinical signs of eruption disturbance. *The European Journal of Orthodontics*. 1986;8(3):133-40.

71. Ericson S, Kurol J. Longitudinal study and analysis of clinical supervision of maxillary canine eruption. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1986;14(3):172-6.
72. Grover PS, Lorton L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1985;59(4):420-5.
73. Lindauer SJ, Rubenstein LK, Hang WM, Andersen WC, Isaacson RJ. Canine impaction identified early with panoramic radiographs. *The Journal of the American Dental Association*. 1992;123(3):91-7.
74. Baumert U. Alignment of impacted maxillary canines: critical analysis of eruption path and treatment time. *Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie*. 2009;70(3):200-12.
75. Bishara SE, Ortho D. Impacted maxillary canines: a review. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1992;101(2):159-71.
76. Bishara SE, Kommer DD, McNeil MH, Montagano LN, Oesterle LJ, Youngquist HW. Management of impacted canines. *American journal of orthodontics*. 1976;69(4):371-87.
77. Martins D, Kawakami R, Henriques J, Janson G. Impacção dentária: condutas clínicas-apresentação de casos clínicos. *Rev Dent Press Ortopon Ortop Facial*. 1998;3(1):12-22.
78. McDonald F, Yap WL. The surgical exposure and application of direct traction of unerupted teeth. *American journal of orthodontics*. 1986;89(4):331-40.
79. Peck S, Peck L, Kataja M. The palatally displaced canine as a dental anomaly of genetic origin. *The Angle orthodontist*. 1994;64(4):250-6.
80. Rebellato J, Schabel B. Treatment of a patient with an impacted transmigrant mandibular canine and a palatally impacted maxillary canine. *The Angle Orthodontist*. 2003;73(3):328-36.
81. Saad Neto M, Carvalho ACPd. Caninos inclusos I: etiologia, incidência e tratamento. *Rev Reg Araçatuba Assoc Paul Cir Dent*. 1983;4(1):19-34.
82. King K, Lackey M. Retrofitting technique for a crown or abutment following coronal fracture. *General dentistry*. 2007;55(1):22.
83. Gardner FM, Robinson FG. Retrofitting a dowel and core to an existing crown. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 1997;77(6):636-7.

84. Oliveira A. Reabilitação de dentes tratados endodônticamente (Monografia para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária). Universidade Fernando Pessoa; 2012.
85. Christensen GJ. Posts: necessary or unnecessary? The Journal of the American Dental Association. 1996;127(10):1522-6.
86. Heydecke G, Peters MC. The restoration of endodontically treated, single-rooted teeth with cast or direct posts and cores: a systematic review. The Journal of prosthetic dentistry. 2002;87(4):380-6.
87. Schwartz RS, Robbins JW. Post placement and restoration of endodontically treated teeth: a literature review. Journal of endodontics. 2004;30(5):289-301.
88. Hunter A, Feiglin B, Williams J. Effects of post placement on endodontically treated teeth. The Journal of prosthetic dentistry. 1989;62(2):166-72.
89. Cheung W. A review of the management of endodontically treated teeth: post, core and the final restoration. The Journal of the American Dental Association. 2005;136(5):611-9.
90. Bergman B, Lundquist P, Sjo U. Restorative and endodontic results after treatment with cast posts and cores. The Journal of prosthetic dentistry. 1989;61(1):10-5.
91. De Backer H, Van Maele G, Decock V, Van Den Berghe L. Long-term survival of complete crowns, fixed dental prostheses, and cantilever fixed dental prostheses with posts and cores on root canal-treated teeth. International Journal of Prosthodontics. 2007;20(3):229-34.
92. Gonzaga CC, Campos EAd, Baratto-Filho F. Restoration of endodontically treated teeth. RSBO (Online). 2011;8(3):33-46.
93. Ko C-C, Chu C-S, Chung K-H, Lee M-C. Effects of posts on dentin stress distribution in pulpless teeth. The Journal of prosthetic dentistry. 1992;68(3):421-7.
94. Muniz L, *et al.* Reabilitação estética em dentes tratados endodônticamente: Santos; 2011.
95. Qualtrough A, Mannocci F. Tooth-colored post systems: a review. Operative Dentistry. 2003;28(1):86-91.

96. Bateman G, Ricketts D, Saunders W. Fibre-based post systems: a review. *British Dental Journal*. 2003;195(1):43-8.
97. Dietschi D, Duc O, Krejci I, Sadan A. Biomechanical considerations for the restoration of endodontically treated teeth: A systematic review of the literature, Part II (Evaluation of fatigue behavior, interfaces, and in vivo studies). *Quintessence International*. 2008;39(2).
98. Naumann M, Preuss A, Frankenberger R. Reinforcement effect of adhesively luted fiber reinforced composite versus titanium posts. *Dental Materials*. 2007;23(2):138-44.
99. Mezzomo E, Massa F, Dalla Libera S. Fracture resistance of teeth restored with two different post-and-core designs cemented with two different cements: an in vitro study. Part I. *Quintessence international*. 2003;34(4).
100. Esteves H, Correia A, Araújo F. Classification of extensively damaged teeth to evaluate prognosis. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2011;77(5):305.
101. Abraham-Inpijn L, Russell G, Abraham DA, Bäckman N, Baum E, Bullón-Fernández P, et al. A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial). *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2008;105(5):597-605.
102. de Jong K. The medical history in dentistry (thesis). University of Amsterdam: Amsterdam; 1992.
103. Abraham-Inpijn L, Smeets E, Russell J, Abraham E. Introductory notes regarding a European Medical Risk Related History questionnaire (EMMRH) designed for use in dental practice. *British dental journal*. 1998;185(9):445-8.
104. Uva MS, Victorino P, Roquette R, Machado A, Dias CM. Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa—uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2014;33(7):451-63.
105. Carvalho ÁAd, Nogueira PJ, Silva AJ, Rosa MV, Alves MI, Afonso D, et al. Portugal - Saúde mental em números - 2013. Portugal Direcção-Geral da Saúde Direcção de Serviços de Informação e Análise. 2013.

106. Bárbara C, Gomes EM, Nogueira PJ, Farinha CS, Alves MI, Soares AP, et al. Portugal - Doenças respiratórias em números - 2014. Portugal Direção-Geral da Saúde Direção de Serviços de Informação e Análise. 2014.
107. Smith ML, Mott A, Marques C, Maor Y, de Andrade M, Rodrigues V, et al. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. *Journal of periodontology*. 2005;76(8):1406-19.
108. Amann GPv, Cádima CF. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Portugal, Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde 2008:126.