



CATOLICA
— **FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA**
UISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA EM CIÊNCIAS CONSERVADORAS E MEDICINA DENTÁRIA PREVENTIVA

Relatório de Atividade Clínica apresentado à
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:
Mélanie Moniz Moreira

Viseu, 2026



CATOLICA
— **FACULDADE DE**
MEDICINA DENTÁRIA
UISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA EM CIÊNCIAS CONSERVADORAS E MEDICINA DENTÁRIA PREVENTIVA

Relatório de Atividade Clínica apresentado à
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:
Mélanie Moniz Moreira

Orientador:
Prof. Doutor Hélder Costa

Viseu, 2026

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Doutor Miguel Agostinho Beco Pinto Cardoso, Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa.

Arguente: Doutora Rita Brandão de Pinho Noites, Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa.

Orientador: Doutor Helder António Ferreira Pereira Costa, Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa.

Data das provas públicas: 16 /07/26

Classificação: 16 valores

AGRADECIMENTOS

Antes de mais, quero agradecer profundamente aos meus pais, Avelina e Quintino, pelo apoio constante ao longo de todo este percurso. Agradeço igualmente ao meu irmão Raphaël e à minha irmã Sarah, que estiveram sempre presentes, tanto nos momentos mais difíceis como nos mais felizes. O apoio emocional, moral e financeiro que me deram permitiu-me continuar a perseguir o meu sonho de me tornar médica dentista sem nunca perder a confiança em mim mesma. Sem eles, este percurso não teria sido o mesmo.

Quero também expressar a minha gratidão ao Amar e ao Yoan, bem como aos restantes membros da minha família, pela presença, pelos incentivos e pelo apoio diário. Cada um, à sua maneira, contribuiu para me ajudar a seguir em frente e a ultrapassar as diferentes dificuldades encontradas ao longo destes anos de estudos.

Um agradecimento muito especial à minha binómia Léa, com quem partilhei estes cinco anos de formação. Juntas atravessámos períodos de stress, novas aprendizagens, sucessos e também momentos mais difíceis. Sempre nos apoiámos mutuamente e, para além de uma binómia clínica, encontrei nela uma verdadeira amiga para a vida.

Gostaria igualmente de agradecer ao meu professor orientador, Professor Doutor Hélder Costa, pela sua disponibilidade, paciência e acompanhamento ao longo deste trabalho. Obrigada por ter sempre encontrado tempo para responder às minhas dúvidas e orientar-me, mesmo quando os meus envios e correções aconteciam mais tarde do que o previsto.

Quero ainda deixar um agradecimento especial à Universidade Católica de Brasília (UCB), no Brasil, que marcou profundamente o meu percurso durante o período de Erasmus. Essa experiência permitiu-me ganhar ainda mais confiança em mim mesma, tanto a nível pessoal como académico. Agradeço aos professores incríveis que tive a oportunidade de conhecer, pela forma acolhedora como me receberam e por todos os conhecimentos que partilharam comigo. Levo igualmente comigo amizades muito especiais, nomeadamente a Agata e a Bruna, que se tornaram verdadeiras amigas de coração e que contribuíram para tornar esta experiência ainda mais inesquecível.

Ao longo destes anos, tive também a sorte de conhecer pessoas incríveis nesta cidade, que acabaram por se tornar uma verdadeira segunda família. A sua presença, amizade e apoio ajudaram-me a ultrapassar muitas dificuldades do dia a dia, mantendo-me motivada e determinada a continuar este percurso académico com rigor e perseverança.

Sinto igualmente uma enorme gratidão por esta experiência de estudar no estrangeiro, que me fez crescer profundamente enquanto pessoa. Este percurso permitiu-me tornar-me mais madura e aprender muito sobre mim mesma, sobre as minhas capacidades e sobre a forma como enfrento os desafios. Toda esta experiência permanecerá para mim inesquecível, pois permitiu-me evoluir a nível académico, linguístico, profissional, intelectual e humano. Hoje, sinto que me ajudou a tornar-me na pessoa de quem me orgulho.

Por fim, deixo também um sincero agradecimento a todas as pessoas que contribuem diariamente para o bom funcionamento da clínica universitária. Às equipas de esterilização, aos profissionais responsáveis pelas radiografias, às equipas de limpeza e a todos aqueles que trabalham muitas vezes de forma discreta, mas essencial, para permitir que os estudantes possam evoluir nas melhores condições possíveis. O seu trabalho teve um papel muito importante ao longo da nossa formação clínica e merece toda a minha gratidão.

"Que jamais me falte a coragem para recomeçar, a confiança para continuar e a gratidão por aqueles que nunca me deixaram desistir."

RESUMO

Este Relatório de Atividade Clínica (RAC) marca o final do meu percurso no Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (Viseu). Mais do que uma exigência académica, este documento reflete o trabalho realizado e a evolução clínica alcançada ao longo do 5.º ano no âmbito do Binómio 224. Ao longo destas páginas, pretendo apresentar não apenas os atos clínicos efetuados, mas também a forma como o meu raciocínio clínico se foi desenvolvendo e a relevância da componente humana na relação com os pacientes.

O relatório encontra-se organizado em duas partes principais. Numa primeira fase, dedicada ao Portfólio Digital, apresento a minha casuística clínica através da análise de dados estatísticos. Esta informação permite evidenciar a diversidade de tratamentos realizados nas diferentes áreas da Medicina Dentária, com destaque para a dentisteria operatória, endodontia, periodontologia e Medicina Dentária preventiva.

A segunda parte centra-se na descrição detalhada de dois casos clínicos que exigiram um planeamento cuidadoso e a integração de evidência científica recente. O primeiro caso aborda o tratamento endodôntico do dente 15, diagnosticado com pulpite irreversível, sendo os principais desafios o isolamento adequado, a necessidade de reconstrução pré-endodôntica e a execução rigorosa dos procedimentos biomecânicos para preservar o dente natural. O segundo caso descreve a reabilitação estética e funcional do setor anterior (dentes 11 e 21) num paciente de 13 anos com antecedentes de trauma e oclusão topo a topo. A abordagem adotada foi minimamente invasiva, recorrendo à utilização de resina composta direta estratificada, com auxílio de uma chave palatina e de um protocolo adesivo de dois passos, de forma a assegurar retenção e resistência adequadas perante a sobrecarga mecânica existente.

Em suma, este relatório reflete a passagem gradual do conhecimento teórico para a prática clínica, mantendo sempre uma abordagem ética, conservadora e suportada pela evidência científica mais atual.

Palavras-chave: Medicina Dentária Conservadora; Endodontia; Traumatismo Dentário; Resinas Compostas; Prática Baseada na Evidência.

ABSTRACT

This Clinical Activity Report (RAC) marks the end of my journey in the Integrated Master's program in Dental Medicine at the Universidade Católica Portuguesa (Viseu). More than an academic requirement, this document reflects the work performed and the clinical evolution achieved during the 5th year within the scope of Binomial 224. Throughout these pages, I intend to present not only the clinical procedures performed, but also how my clinical reasoning developed and the relevance of the human component in the relationship with patients.

The report is organized into two main parts. In the first phase, dedicated to the Digital Portfolio, I present my clinical caseload through the analysis of statistical data. This information highlights the diversity of treatments performed across different areas of Dental Medicine, with an emphasis on operative dentistry, endodontics, periodontology, and preventive dentistry.

The second part focuses on the detailed description of two clinical cases that required careful planning and the integration of recent scientific evidence. The first case addresses the endodontic treatment of tooth 15, diagnosed with irreversible pulpitis, the main challenges being proper isolation, the need for a pre-endodontic build-up, and the rigorous execution of biomechanical procedures to preserve the natural tooth. The second case describes the aesthetic and functional rehabilitation of the anterior sector (teeth 11 and 21) in a 13-year-old patient with a history of trauma and an edge-to-edge occlusion. The approach adopted was minimally invasive, using stratified direct composite resin with the aid of a palatal silicone index and a two-step adhesive protocol, in order to ensure adequate retention and resistance against the existing mechanical overload.

In summary, this report reflects the gradual transition from theoretical knowledge to clinical practice, always maintaining an ethical and conservative approach supported by the most current scientific evidence.

Keywords: Conservative Dentistry; Endodontics; Dental Trauma; Composite Resins; Evidence-Based Practice.

ÍNDICE

RESUMO	X
ABSTRACT	XI
ABREVIATURAS	XV
INTRODUÇÃO	1
MATERIAIS E MÉTODOS	4
1. PORTFÓLIO DIGITAL	6
1.1 Apresentação Pessoal e Reflexão Inicial	6
1.2 Atividades Clínicas Detalhadas	6
1.2.1 Clínica Generalista	7
1.2.2 Clínica Conservadora	10
1.2.3 Clínica de Reabilitação Oral	13
1.2.4 Clínica de Odontopediatria e Ortodontia	15
1.2.5 Clínica de Cirurgia e Periodontologia	19
1.3 Reflexão Final	22
1.3.1 Principais Aprendizagens	22
1.3.2 Evolução Pessoal e Profissional	22
1.3.3 Perspetiva Futura	23
2. CASOS CLÍNICOS	24
2.1 Caso Clínico I: Tratamento Endodôntico e Reabilitação Coronária do Dente 15 Associado a Pulpite Irreversível	24
2.1.1 Resumo	24
2.1.2 Background	24
2.1.3 Diagnóstico Diferencial	24
2.1.4 Tratamento	28
2.1.5 Resultado e Acompanhamento	32
2.1.6 Discussão	33
2.1.7 Conclusões	33
2.1.8 Perspetiva do Doente	33
2.2 Caso Clínico II: Tratamento Restaurador Estético Direto de Dentes Anteriores Após Traumatismo Dentário em Paciente com Relação Oclusal Topo a Topo	34
2.2.1 Resumo	34
2.2.2 Background	34
2.2.3 Diagnóstico Diferencial	34
2.2.4 Tratamento	37
2.2.5 Resultado e Acompanhamento	42
2.2.6 Discussão	43
2.2.7 Conclusão	43
2.2.8 Perspetiva do Doente	43
CONCLUSÃO GERAL	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Caracterização por sexo da amostra de pacientes únicos acompanhada pelo Binómio 224 na Clínica Generalista da UCP	07
Figura 2 - Distribuição das faixas etárias dos pacientes atendidos pelo Binómio 224 na Clínica Generalista da UCP	07
Figura 3 - Prevalência de hábitos tabágicos registada nos pacientes do binómio 224 da Clínica Generalista da UCP	08
Figura 4 - Diagnóstico do estado periodontal dos pacientes atendidos pelo binómio 224 na Clínica Generalista da UCP	08
Figura 5 - Representação do estado de assiduidade das consultas geridas pelo Binómio 224 na Clínica Generalista	09
Figura 6 - Registo do papel clínico assumido na Clínica Generalista da UCP	09
Figura 7 - Distribuição dos procedimentos clínicos e atos médicos realizados pelo Binómio 224 na Clínica Generalista da UCP	09
Figura 8 - Caracterização por sexo dos pacientes atendidos pelo Binómio 224 na Clínica Conservadora da UCP	10
Figura 9 - Distribuição das faixas etárias dos pacientes atendidos pelo Binómio 224 na Clínica Conservadora da UCP	10
Figura 10 - Prevalência de hábitos tabágicos na Clínica Conservadora da UCP	11
Figura 11 - Diagnóstico do estado periodontal na Clínica Conservadora da UCP	11
Figura 12 - Estado de assiduidade das consultas na Clínica Conservadora da UCP	12
Figura 13 - Papel clínico assumido na Clínica Conservadora da UCP	12
Figura 14 - Distribuição dos procedimentos clínicos na Clínica Conservadora da UCP	12
Figura 15 - Caracterização por sexo na Clínica de Reabilitação Oral da UCP	13
Figura 16 - Distribuição das faixas etárias na Clínica de Reabilitação Oral da UCP	13
Figura 17 - Prevalência de hábitos tabágicos na Clínica de Reabilitação Oral da UCP	14
Figura 18 - Diagnóstico do estado periodontal na Clínica de Reabilitação Oral da UCP	14
Figura 19 - Estado de assiduidade na Clínica de Reabilitação Oral da UCP	15
Figura 20 - Papel clínico assumido na Clínica de Reabilitação Oral da UCP	15
Figura 21 - Caracterização por sexo na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP	16
Figura 22 - Distribuição das faixas etárias na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP	16
Figura 23 - Diagnóstico do estado periodontal na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP	17
Figura 24 - Estado de assiduidade na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP	17
Figura 25 - Papel clínico assumido na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP	18
Figura 26 - Distribuição dos procedimentos clínicos na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP .	18
Figura 27 - Caracterização por sexo na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP	19
Figura 28 - Distribuição das faixas etárias na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP	19
Figura 29 - Prevalência de hábitos tabágicos na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP	20
Figura 30 - Diagnóstico do estado periodontal na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP	20
Figura 31 - Estado de assiduidade na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP	21
Figura 32 - Papel clínico assumido na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP	21
Figura 33 - Distribuição dos procedimentos clínicos e cirúrgicos na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP	22
Figura 34 - Ortopantomografia inicial da paciente A	25
Figura 35 - Radiografia periapical inicial do dente 15 da paciente A	

.....	25
Figura 36 - Odontograma inicial da paciente A	26
Figura 37 - Cavidade dentária inicial do dente 15	27
Figura 38 - Reconstrução pré-endodôntica do dente 15	27
Figura 39 - Cavidade de acesso endodôntico do dente 15	27
Figura 40 - Radiografia periapical de confirmação do comprimento de trabalho do dente 15	28
Figura 41 - Obturação provisória do dente 15 .	28
Figura 42 - Radiografia periapical de conometria do dente 15	29
Figura 43 - Obturação com cones de Guta-percha antes do corte do dente 15	29
Figura 44 - Radiografia periapical com cones de obturação posicionados no dente 15	30
Figura 45 - Avaliação inicial da fase restauradora do dente 15	30
Figura 46 - Reconstrução da parede palatina do dente 15	30
Figura 47 - Restauração definitiva do dente 15 antes do ajuste oclusal	31
Figura 48 - Restauração definitiva final após acabamento e polimento	31
Figura 49 - Radiografia periapical final do dente 15 após restauração definitiva	32
Figura 50 - Fotografia intraoral inicial em oclusão frontal evidenciando a relação topo a topo	35
Figura 51 - Fotografias intraorais oclusais maxilar e mandibular	35
Figura 52 - Odontograma inicial registrando as restaurações deficientes do paciente B	35
Figura 53 - Radiografia ortopantomografia inicial do paciente	36
Figura 54 - Radiografia periapical inicial dos dentes 11 e 21, confirmando ausência de patologia periapical	36
Figura 55 - Realização do teste de sensibilidade pulpar	37
Figura 56 - Modelos de estudo maxilar e mandibular	37
Figura 57 - Modelos em oclusão para planeamento do espaço restaurador	38
Figura 58 - Confeção da muralha palatina em silicone a partir do modelo maxilar	38
Figura 59 - Seleção de cor prévia ao isolamento absoluto	39
Figura 60 - Arcada sob isolamento absoluto	39
Figura 61 - Aplicação de ácido fosfórico a 37%	40
Figura 62 - Sistema adesivo OptiBond™ (2 passos) e a sua aplicação nas cavidades preparadas	40
Figura 63 - Adaptação da guia palatina e reconstrução da parede palatina do dente 21	40
Figura 64 - Aplicação de fita de teflon no dente 21	41
Figura 65 - Aspeto imediato após a remoção do isolamento absoluto	41
Figura 66 - Procedimentos de acabamento com discos abrasivos e polimento	41
Figura 67 - Fotografia clínica final em oclusão, evidenciando o restabelecimento da estética e função	42
Figura 68 - Radiografia periapical pós-operatória evidenciando a correta adaptação dos materiais	42

ABREVIATURAS

CBCT – Cone Beam Computed Tomography (Tomografia Computorizada de Feixe Cónico)

CBCTPAI – Cone Beam Computed Tomography Periapical Index

FMD – Faculdade de Medicina Dentária

LSO – Literacia em Saúde Oral

MI – Máxima Intercuspidação

MID – Minimally Invasive Dentistry

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

PTFE – Politetrafluoretileno (Teflon)

RAC – Relatório de Atividade Clínica

SDF – Silver Diamine Fluoride (Diamino-fluoreto de prata)

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

CT – Comprimento de trabalho

LAM – Lima Apical Mestre

% – Percentagem

INTRODUÇÃO

O Relatório de Atividade Clínica (RAC) corresponde à etapa final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária (FMD) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no campus de Viseu¹. Mais do que um simples registo de atos clínicos, este relatório assume-se como um trabalho de síntese refletiva, destinado a demonstrar a aquisição progressiva de competências essenciais, nomeadamente no domínio do profissionalismo, da prática clínica eficaz e do cuidado centrado no paciente. No contexto da Turma B do 5.º ano, o presente documento descreve a atividade clínica desenvolvida na Clínica Universitária de Medicina Dentária, focando-se no percurso do Binómio 224 ao longo do ano letivo de 2025/2026. Ao longo deste processo, procura-se evidenciar a capacidade de integrar o diagnóstico, o planeamento e a execução de tratamentos restauradores, endodônticos e periodontais, respeitando princípios de segurança, ética e rigor clínico¹.

A importância da clínica conservadora e preventiva na área da saúde pública portuguesa encontra-se bem documentada pelos dados do Barómetro da Saúde Oral 2025 da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD)². Segundo este relatório, 64,6% da população portuguesa não apresenta dentição completa, sendo que 26,9% já perdeu seis ou mais dentes naturais. Apesar de se verificar uma melhoria no acesso aos cuidados, com 68,1% da população a ter recorrido ao médico dentista no último ano, subsistem obstáculos relevantes, como a perceção de ausência de necessidade de tratamento (53,8%) e as limitações económicas (22,2%). Adicionalmente, a falta de conhecimento relativamente à oferta pública é significativa, uma vez que 70,3% dos portugueses desconhecem a existência de cuidados de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes dados, cruzados com os hábitos auto-reportados de higiene oral da população³, reforçam o papel do médico dentista como agente fundamental na promoção da Literacia em Saúde Oral (LSO)^{4,5}, sendo identificado por 42,2% os utentes como a principal fonte de informação nesta área².

A cárie dentária continua a representar um dos principais desafios de saúde pública a nível mundial, sendo considerada a doença não transmissível mais prevalente^{6,7}. Estima-se que cerca de 2,37 mil milhões de pessoas apresentem cáries nos dentes permanentes, perfazendo um impacto epidemiológico massivo a nível global^{6,7}. Neste contexto, o flúor mantém-se como um elemento central na prevenção e conservação da estrutura dentária, ao atuar simultaneamente na inibição da desmineralização e na promoção da remineralização do esmalte, através da formação de fluorapatite⁸. Para além do seu efeito químico, o flúor exerce também uma ação antibacteriana, interferindo com o metabolismo de microrganismos cariogénicos, como o *Streptococcus mutans*⁸. A introdução de estratégias clínicas não invasivas constitui um avanço relevante na abordagem de mínima intervenção, embora a eficácia global destas terapêuticas preventivas dependa fortemente do nível de literacia em saúde do paciente e da sua estrita adesão ao autocuidado diário⁵.

A dentisteria restauradora e estética contemporânea tem evoluído de forma significativa, assistindo-se à transição progressiva de materiais essencialmente inertes para materiais restauradores bioativos^{9,10}. Materiais inovadores apresentam a capacidade de interagir dinamicamente com os tecidos dentários através da libertação controlada de iões, promovendo a remineralização e a proteção da interface dente-restauração⁹. Esta abordagem insere-se nos princípios da Minimally Invasive Dentistry (MID), que privilegia a preservação máxima da estrutura dentária sã, recorrendo a técnicas conservadoras e favorecendo a reparação ou acondicionamento em detrimento da substituição total das restaurações¹⁰.

Contudo, quando o desafio clínico envolve a perda estrutural extensa no setor anterior, frequentemente decorrente de episódios de traumatismo dentário, o planeamento exige uma abordagem tridimensional previsível. A literatura contemporânea valida que a utilização de uma muralha palatina em silicone (putty index), confeccionada a partir de um enceramento de diagnóstico, constitui uma estratégia biomecanicamente fiável para restabelecer a anatomia, guiar a estratificação natural e garantir a simetria inter-incisal^{11,12}. Adicionalmente, a longevidade destas reconstruções sob estresse mecânico e forças de cisalhamento axial depende criticamente da estabilidade do selamento. Estudos comparativos sugerem que a seleção de sistemas adesivos de dois passos oferece forças de adesão dentinária significativamente superiores e mais estáveis a longo prazo quando comparados com os sistemas universais de passo único¹³. O objetivo final passa por mimetizar a função e a estética naturais, assegurando um selamento coronário hermético que previna a microinfiltração marginal.

Quando a integridade pulpar se encontra severamente comprometida por lesões profundas ou trauma, a endodontia assume um papel determinante na preservação do dente natural^{14,15}. O diagnóstico endodôntico constitui uma etapa fundamental e baseia-se na articulação de três pilares essenciais: a semiogénese, a semiotécnica e a propedêutica¹⁴. O processo clínico inicia-se com uma anamnese detalhada, seguida de um exame clínico criterioso, que inclui avaliação extraoral e intraoral, inspeção, testes térmicos, palpação e percussão, sendo esta última particularmente útil no diagnóstico diferencial entre patologias endodônticas, periodontais ou situações de trauma oclusal¹⁴. Os testes de sensibilidade pulpar, sobretudo os testes térmicos ao frio, continuam a ser considerados os mais fiáveis na avaliação clínica da vitalidade pulpar¹⁵. O desenvolvimento de investigações e tecnologias emergentes tem expandido a compreensão tridimensional e molecular do microbioma e da resposta imune periapical¹⁴. A imagiologia complementar, em particular a tomografia computadorizada de feixe cónico (CBCT), veio ampliar estas capacidades diagnósticas, possibilitando uma visualização tridimensional detalhada das estruturas dentárias e a monitorização rigorosa da cicatrização óssea¹⁴.

A articulação entre a dentisteria restauradora e a endodontia traduz-se num verdadeiro *continuum* terapêutico. Uma restauração conservadora adequada constitui um fator determinante na prevenção de complicações endodônticas, enquanto o sucesso a longo prazo do dente tratado endodonticamente depende, em grande medida, da qualidade da restauração definitiva, responsável por proteger o dente fragilizado contra fraturas e microinfiltrações coronais¹⁵. Ambas as áreas convergem no objetivo comum de preservar o dente natural, enquadrando-se num modelo de cuidado centrado no paciente. Neste contexto, o uso sistemático do isolamento absoluto com dique de borracha mantém-se como um padrão de qualidade clínico imprescindível,

garantindo a assepsia do campo, a segurança do operador e a proteção dos tecidos moles do paciente¹⁵.

Com o intuito de ilustrar a aplicação prática destes princípios, o presente relatório baseia-se na análise de dois casos clínicos acompanhados no âmbito do Binómio 224, realizados na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa. Estes casos permitem demonstrar a capacidade de estabelecer diagnósticos diferenciais rigorosos, planejar tratamentos sustentados na evidência científica integrando desde protocolos de prevenção e adesão avançada até técnicas de estratificação guiada e executar com precisão os atos clínicos. Assim, este RAC reflete o percurso formativo desenvolvido na FMD da UCP, conciliando a precisão técnica da endodontia contemporânea com os princípios conservadores e biomiméticos que orientam a prática clínica atual.

MATERIAIS E MÉTODOS

A elaboração deste Relatório de Atividade Clínica baseou-se na compilação e análise de toda a prática desenvolvida pelo binómio 224 na Clínica Universitária da FMD-UCP ao longo do 5.º ano do Mestrado Integrado.

Para a construção da primeira parte do relatório o portfólio clínico e a respetiva análise estatística, a recolha de dados foi efetuada através da consulta dos registos diários inseridos no software informático de gestão de pacientes da clínica da faculdade, o New Soft 17. Foram extraídas as informações referentes a todos os pacientes atendidos e tratamentos realizados pelo Binómio 224, abrangendo estritamente o período letivo de setembro de 2025 a junho de 2026 (correspondente ao 9.º e 10.º semestres). Estes dados quantitativos foram depois organizados e tratados informaticamente para gerar os gráficos que ilustram a amostra analisada com recurso ao software New soft 17.

Relativamente à segunda secção do documento, a seleção dos dois casos clínicos foi feita a partir do universo de pacientes que acompanhei ao longo de todo este ano letivo. Não foi uma escolha aleatória; optei por focar-me em casos que representassem verdadeiros desafios do ponto de vista clínico e que ilustrassem de forma clara a minha evolução prática e autonomia nas áreas da endodontia e da dentisteria conservadora e estética.

Toda a documentação que suporta a apresentação destes casos foi recolhida em tempo real durante as consultas. A obtenção e análise dos exames radiográficos foram realizadas com recurso aos softwares específicos disponibilizados pela faculdade: o sistema Romexis® para as radiografias panorâmicas e o software Sidexis® para as radiografias periapicais. O registo clínico foi ainda complementado com fotografias intraorais e modelos de estudo. É importante evidenciar que todos os procedimentos respeitaram rigorosamente as normas éticas e deontológicas em vigor. Antes de qualquer intervenção, foi explicado o plano de tratamento e obtida a assinatura do Consentimento Informado, Esclarecido e Livre (incluindo o consentimento específico dos tutores legais no caso do paciente pediátrico). A identidade dos pacientes foi totalmente preservada, tendo sido omitido qualquer dado que permitisse a sua identificação nas fotografias, exames radiográficos ou no texto.

Por fim, para fundamentar as minhas decisões terapêuticas e construir a discussão dos casos, recorri à pesquisa de evidência científica recente. A revisão da literatura foi realizada maioritariamente através do motor de busca PubMed e noutras bases de dados científicas fidedignas. Privilegiei artigos e revisões publicados nos últimos anos, utilizando palavras-chave diretamente relacionadas com os temas clínicos abordados, de forma a garantir que a minha prática estivesse alinhada com as recomendações mais atuais da Medicina Dentária.

1. PORTFÓLIO DIGITAL

1.1 APRESENTAÇÃO PESSOAL E REFLEXÃO INICIAL

O início da prática clínica representa um dos momentos mais marcantes da formação em Medicina Dentária. É nesta fase que o conhecimento adquirido ao longo dos anos de ensino pré-clínico começa a ser aplicado em contexto real, junto de pacientes. Para além do desenvolvimento das competências técnicas, este contacto direto com os pacientes permite adquirir capacidades de comunicação, relacionamento interpessoal e responsabilidade profissional que são fundamentais para o exercício da profissão.

Os meus primeiros dias na clínica foram vividos com entusiasmo, mas também com alguma insegurança. A responsabilidade associada ao tratamento de pacientes reais, a gestão do tempo clínico e a necessidade de conciliar diferentes tarefas durante a consulta constituíram desafios constantes. Inicialmente, aspetos como a organização do espaço de trabalho ou a gestão das expectativas e da ansiedade dos pacientes exigiam um esforço considerável. Com o passar do tempo, estas dificuldades foram sendo ultrapassadas e transformaram-se em importantes oportunidades de aprendizagem. Neste processo, a parceria estabelecida no Binómio 224 com a minha colega Léa teve um papel muito importante. A entreaajuda, a troca de experiências e o apoio mútuo ao longo do ano contribuíram para criar um ambiente de confiança que facilitou a nossa evolução clínica e pessoal.

Ao longo deste percurso, a experiência de mobilidade Erasmus na Universidade Católica de Brasília (UCB), no Brasil, teve igualmente um impacto significativo. O contacto com uma realidade diferente da que conhecia, tanto do ponto de vista académico como clínico, permitiu-me desenvolver uma maior capacidade de adaptação e ganhar confiança nas minhas competências. Esta experiência contribuiu para ampliar a minha perspetiva sobre a prática da Medicina Dentária e influenciou positivamente a forma como passei a encarar o diagnóstico, o planeamento dos tratamentos e a relação com os pacientes.

Mais do que apresentar números ou procedimentos realizados, este portfólio pretende refletir o percurso desenvolvido ao longo deste último ano clínico. Através da análise das atividades realizadas e dos casos clínicos selecionados, procuro demonstrar a evolução das minhas competências, da minha autonomia clínica e da minha capacidade de tomada de decisão, sempre com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade, assentes no rigor científico, na ética profissional e no respeito pelo paciente.

1.2 ATIVIDADES CLÍNICAS DETALHADES

A presente secção expõe de forma detalhada e quantitativa as atividades desenvolvidas nas diferentes áreas clínicas da Faculdade de Medicina Dentária da UCP durante os semestres 9 e 10 (setembro de 2025 a junho de 2026). Os dados foram extraídos e tratados a partir dos registos diários, evidenciando a evolução clínica e a diversidade da casuística do Binómio 224.

1.2.1 CLÍNICA GENERALISTA

A atividade na Clínica Generalista caracterizou-se pelo acompanhamento de uma população predominantemente mais velha, com cerca de 80% dos pacientes a apresentarem idades iguais ou superiores a 56 anos. A distribuição demográfica revelou-se globalmente equilibrada, registando-se um ligeiro predomínio do sexo masculino (aproximadamente 53%).

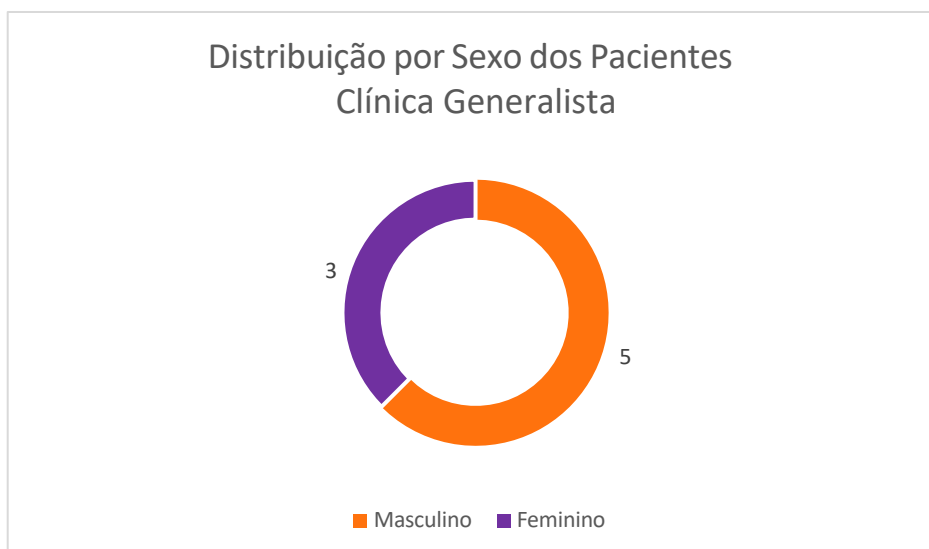


Figura 1 - Caracterização por sexo da amostra de pacientes únicos acompanhada pelo Binómio 224 na Clínica Generalista da UCP.

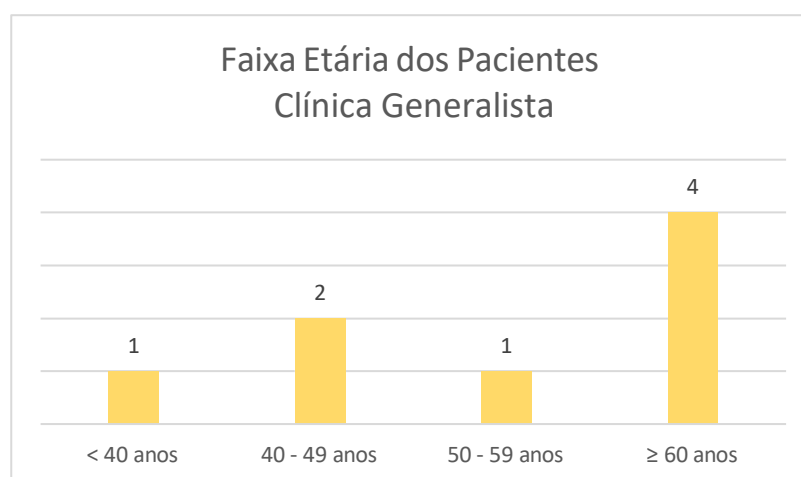


Figura 2 - Distribuição das faixas etárias dos pacientes atendidos pelo Binómio 224 na Clínica Generalista da UCP.

Na avaliação do risco sistémico e oral, procedeu-se ao registo minucioso dos hábitos tabágicos e do estado de saúde periodontal da população assistida. Observou-se uma correlação direta entre os pacientes fumadores e a presença de patologia periodontal instalada, o que influenciou de forma decisiva a elaboração do plano de tratamento e a fase higiénica preliminar.

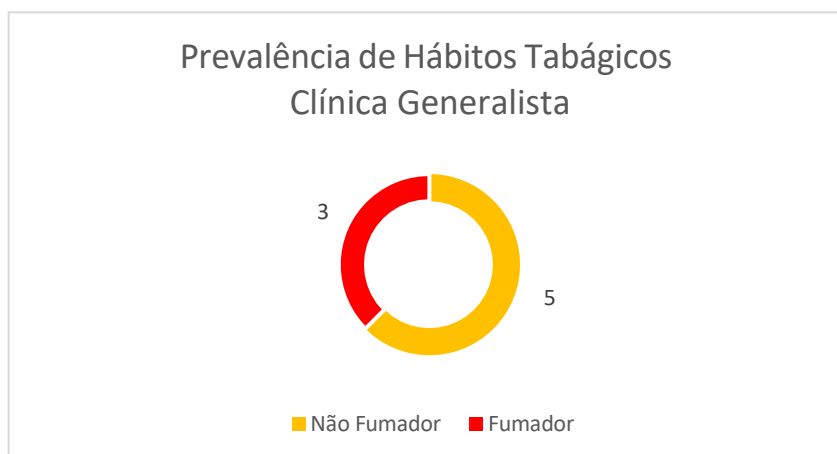


Figura 3 - Prevalência de hábitos tabágicos registada nos pacientes do binómio 224 da Clínica Generalista da UCP

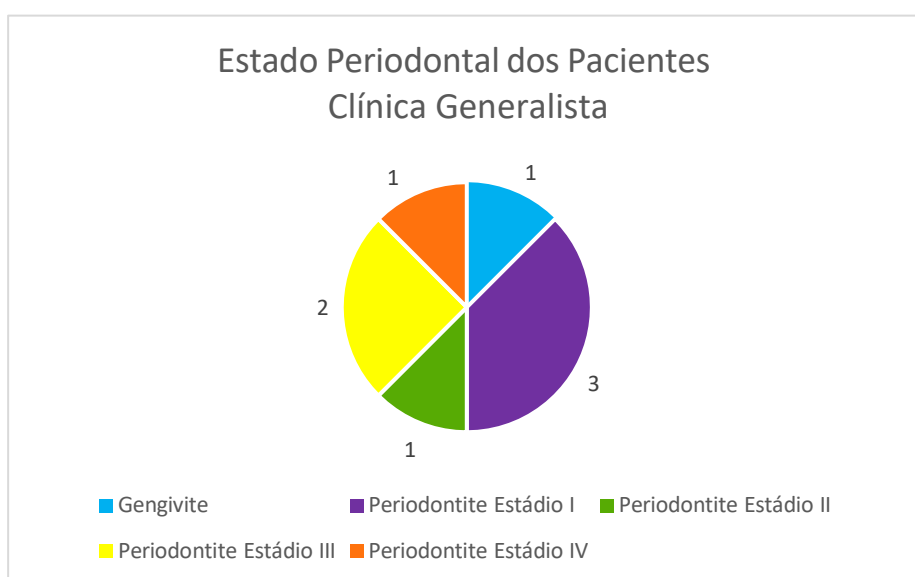


Figura 4 - Diagnóstico do estado periodontal dos pacientes atendidos pelo binómio 224 na Clínica Generalista da UCP

No que diz respeito à assiduidade, a taxa de consultas efetivamente realizadas situou-se na ordem dos 53%. A dinâmica de trabalho no binómio foi extremamente positiva, com a atuação enquanto operadora em 53% dos casos e como assistente nos restantes 47%. A natureza dos tratamentos executados ilustra uma abordagem clínica integral, destacando-se procedimentos de dentisteria conservadora (33%), atos estéticos como branqueamento (26%), e fases higiénicas com sondagens periodontais.

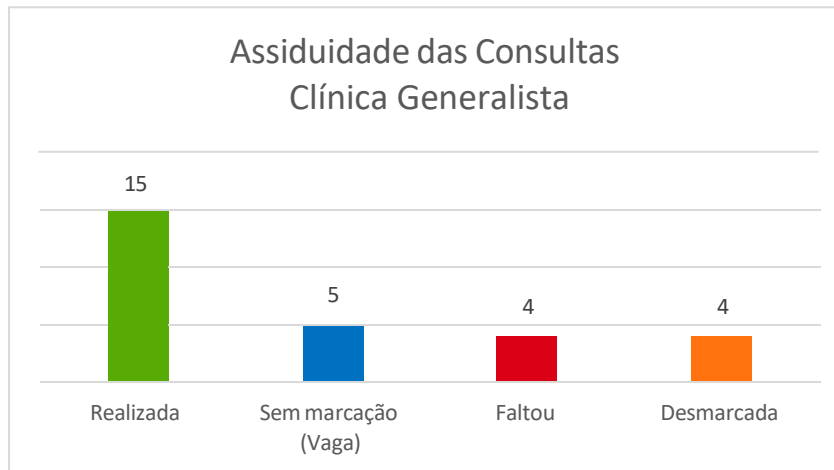


Figura 5 - Representação do estado de assiduidade das consultas geridas pelo Binómio 224 na Clínica Generalista da Clínica Universitária da UCP.

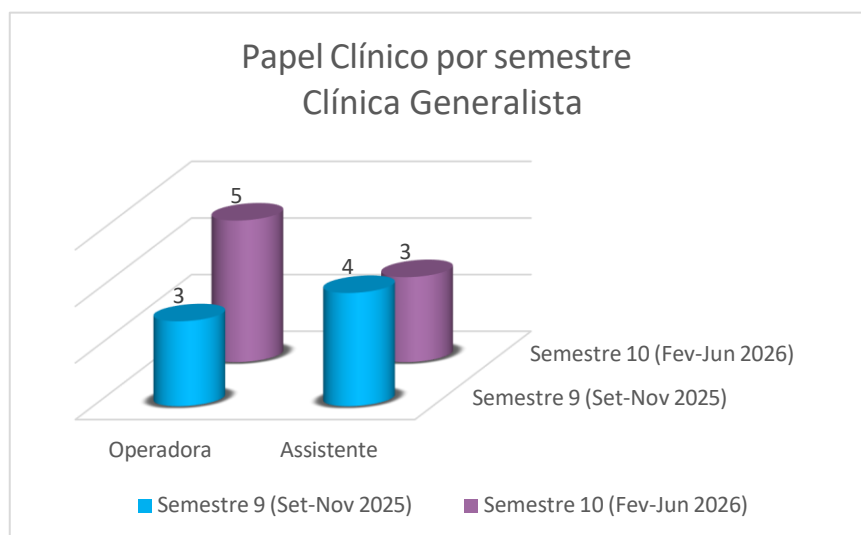


Figura 6 - Registo do papel clínico assumido, na perspetiva individual, durante a prática na Clínica Generalista da UCP.

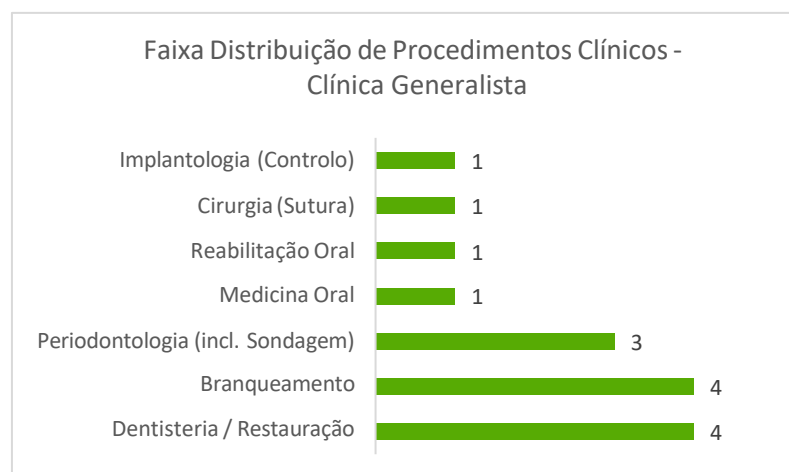


Figura 7 - Distribuição dos procedimentos clínicos e atos médicos realizados pelo Binómio 224 na Clínica Generalista da UCP.

1.2.2 Clínica Conservadora

Na Clínica Conservadora, o perfil dos pacientes apresentou uma forte prevalência do sexo feminino com 63,6%, distribuindo-se essencialmente pelas faixas etárias dos 36 aos 50 anos (36,4%) e dos 51 aos 65 anos (27,3%).

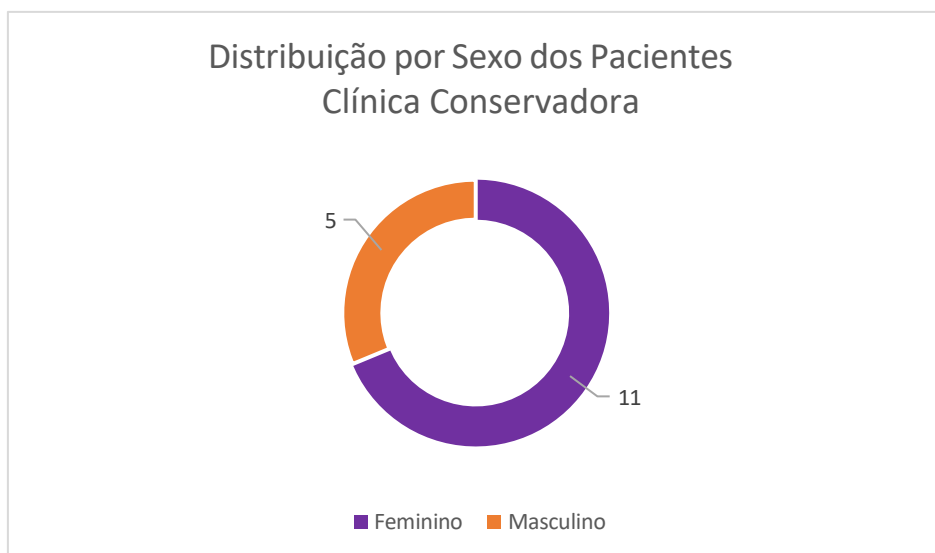


Figura 8 - Caracterização por sexo dos pacientes atendidos pelo Binómio 224 na Clínica Conservadora da UCP.

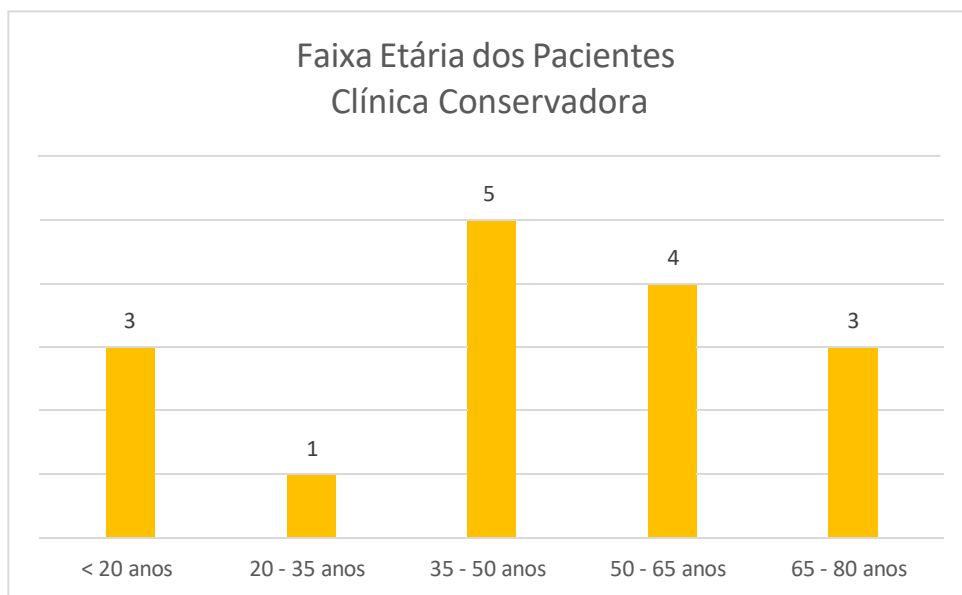


Figura 9 - Distribuição das faixas etárias dos pacientes atendidos pelo Binómio 224 na Clínica Conservadora da UCP

Nesta clínica, o diagnóstico periodontal revelou cenários mais favoráveis, com predomínio de gengivite. A recolha de dados sobre os hábitos tabágicos foi igualmente acautelada, compreendendo a influência fundamental deste fator no risco de cárie e na resposta dos tecidos à colocação de isolamento absoluto e matrizes.

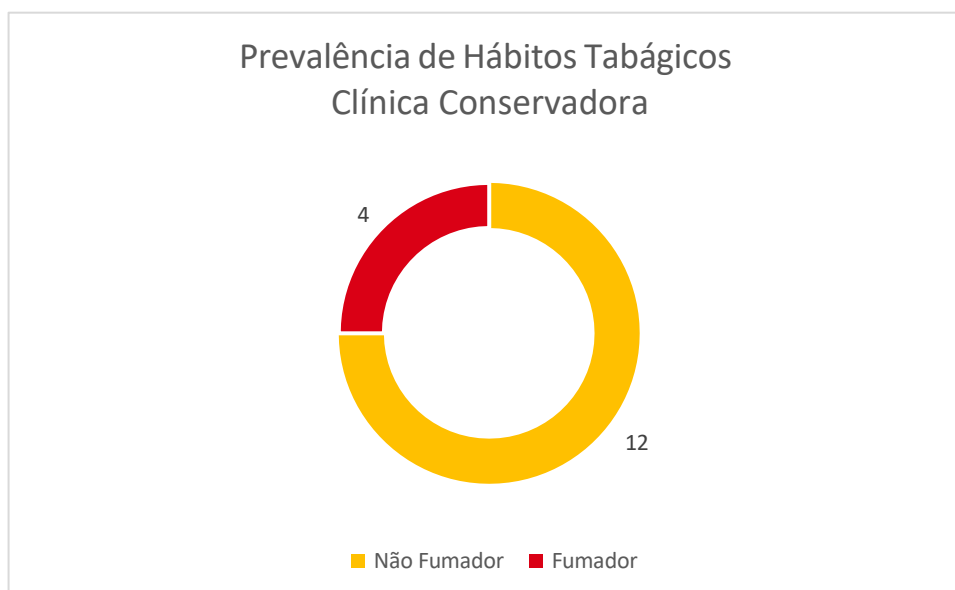


Figura 10 - Prevalência de hábitos tabágicos registada na amostra de pacientes atendidos pelo binómio 224 na Clínica Conservadora da UCP.

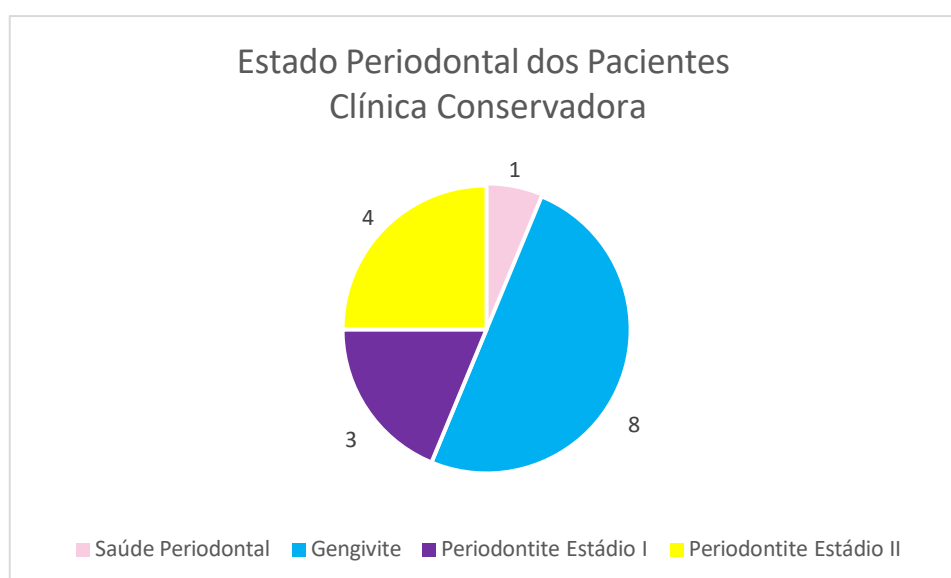


Figura 11 - Diagnóstico do estado periodontal da amostra de pacientes avaliada na Clínica Conservadora da UCP pelo binómio 224

A taxa de comparecimento dos pacientes foi superior a 70%. O papel desempenhado foi maioritariamente de assistência (72,7%), refletindo uma atividade clínica fortemente marcada pela Endodontia, que representou 45% dos procedimentos realizados. Este valor pode ser explicado pelo elevado número de primeiras consultas nesta área, frequentemente sem continuidade do tratamento por falta de retorno dos pacientes. As restaurações diretas constituíram igualmente uma parte significativa da atividade clínica, correspondendo a 36% dos procedimentos efetuados.

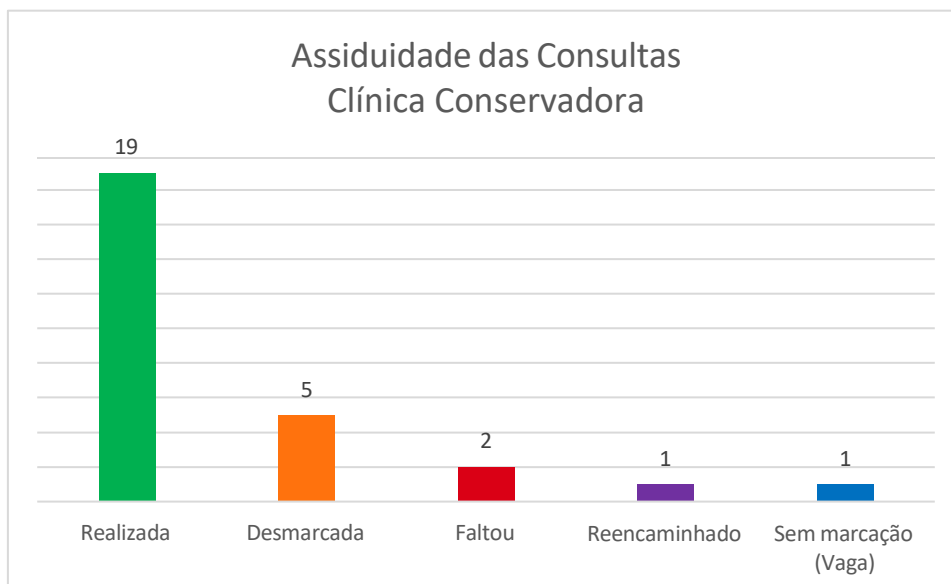


Figura 12 - Representação do estado de assiduidade das consultas geridas pelo Binómio 224 na Clínica Conservadora da Clínica Universitária da UCP.

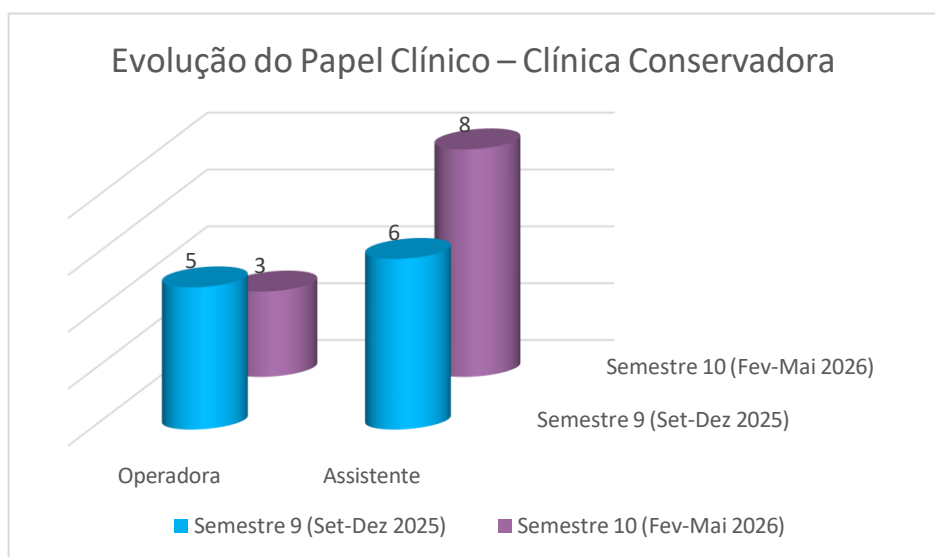


Figura 13- Registo do papel clínico assumido, na perspetiva individual, durante a prática na Clínica Conservadora da UCP.

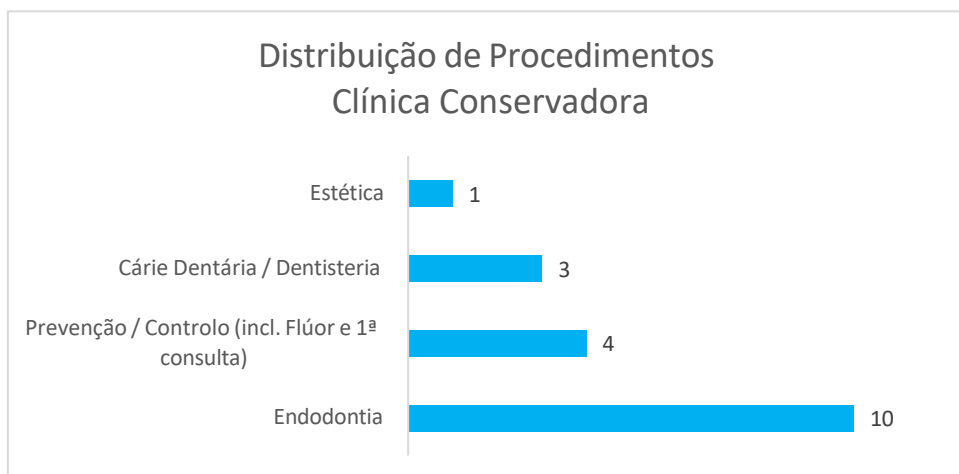


Figura 14 - Distribuição dos procedimentos clínicos e motivos de consulta geridos pelo Binómio 224 na Clínica Conservadora da UCP.

1.2.3 Clínica de Reabilitação Oral

A Clínica de Reabilitação Oral envolveu uma população com necessidades funcionais e estéticas particulares, refletindo-se numa predominância do sexo feminino com uma taxa de 74% e num envelhecimento acentuado da amostra 44,4% de pacientes seniores com idade igual ou superior a 70 anos.

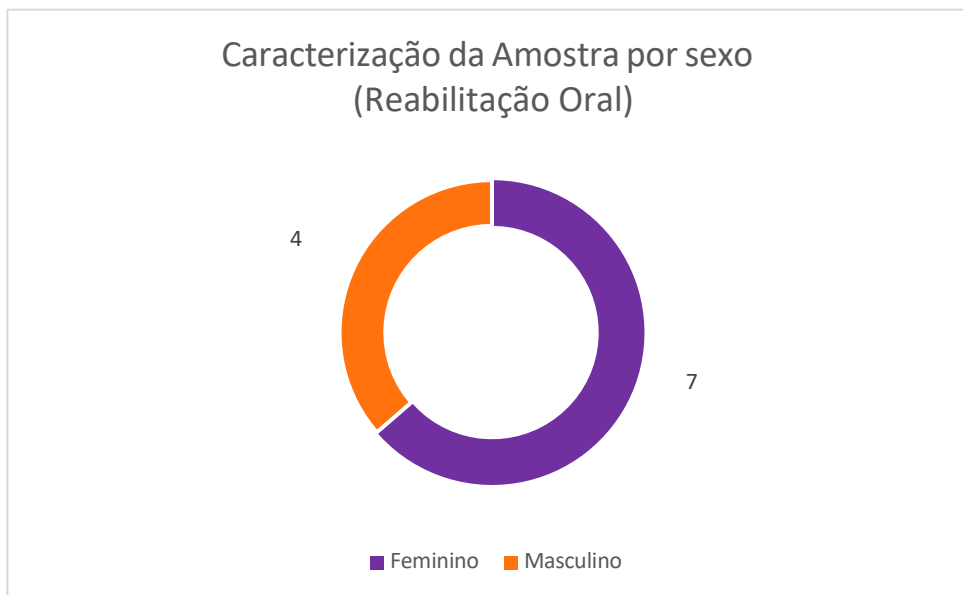


Figura 15 - Caracterização por sexo da amostra de pacientes acompanhada pelo Binómio 224 na Clínica de Reabilitação Oral da UCP.

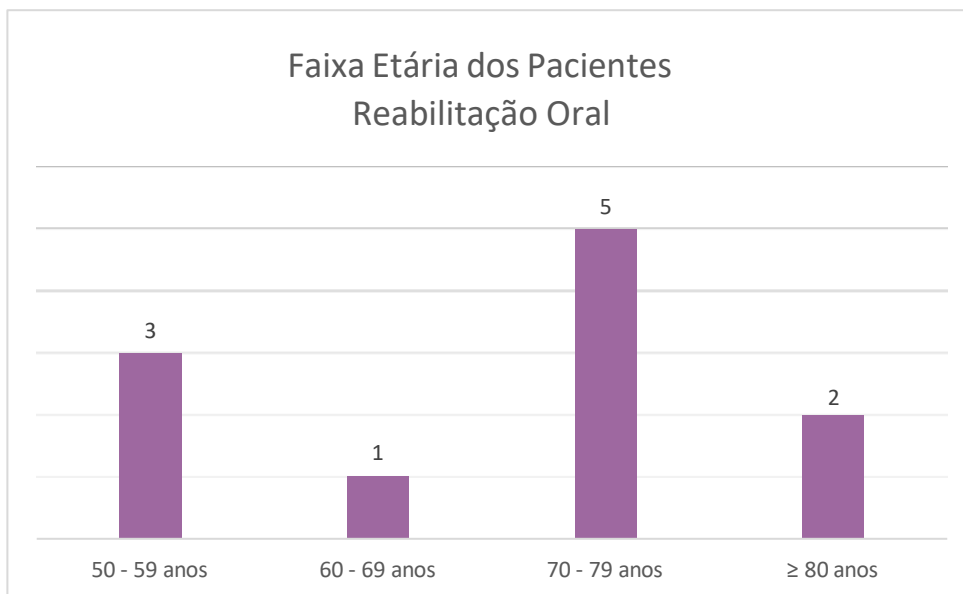


Figura 16 - Distribuição das faixas etárias dos pacientes atendidos pelo Binómio 224 na Clínica de Reabilitação Oral da UCP.

Considerando a natureza irreversível e o custo biológico associado aos tratamentos reabilitadores, a avaliação dos hábitos tabágicos e do estado periodontal revelou-se particularmente importante.

A análise dos dados demonstrou uma prevalência significativa de Periodontite em estádios avançados (III e IV), situação que poderá justificar, em muitos casos, a necessidade de reabilitação oral. Adicionalmente, a presença de hábitos tabágicos em vários pacientes constituiu um fator de risco relevante, exigindo um planeamento cuidadoso e individualizado, com o objetivo de promover a estabilidade dos tecidos periodontais e peri-implantares a longo prazo.



Figura 17 - Prevalência de hábitos tabágicos registada na amostra de pacientes atendidos pelo binómio 224 na Clínica de Reabilitação Oral da UCP.

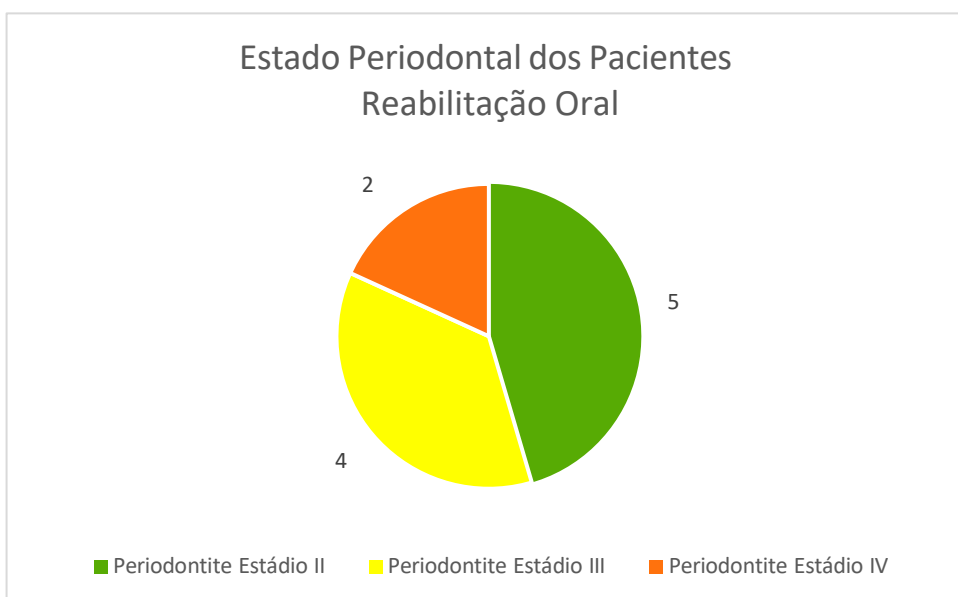


Figura 18 - Diagnóstico do estado periodontal da amostra de pacientes avaliada na Clínica de Reabilitação Oral da UCP pelo binómio 224.

Esta área disciplinar registou a maior taxa de assiduidade com mais de 96%. O desempenho clínico distribuiu-se de forma regular, com intervenção direta enquanto operadora em 45% dos casos.

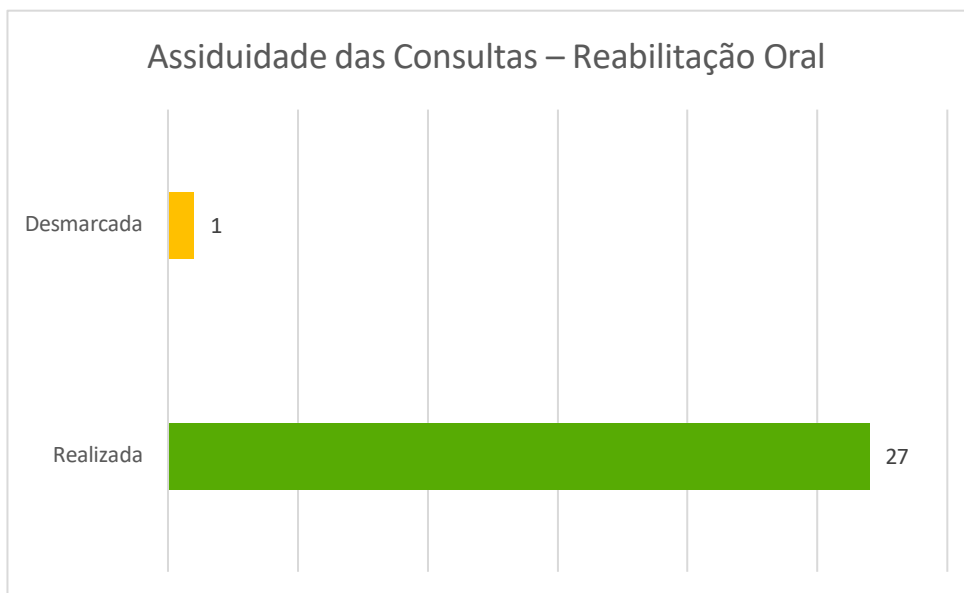


Figura 19 - Representação do estado de assiduidade das consultas geridas pelo Binómio 224 na Clínica de Reabilitação Oral da Clínica Universitária da UCP.

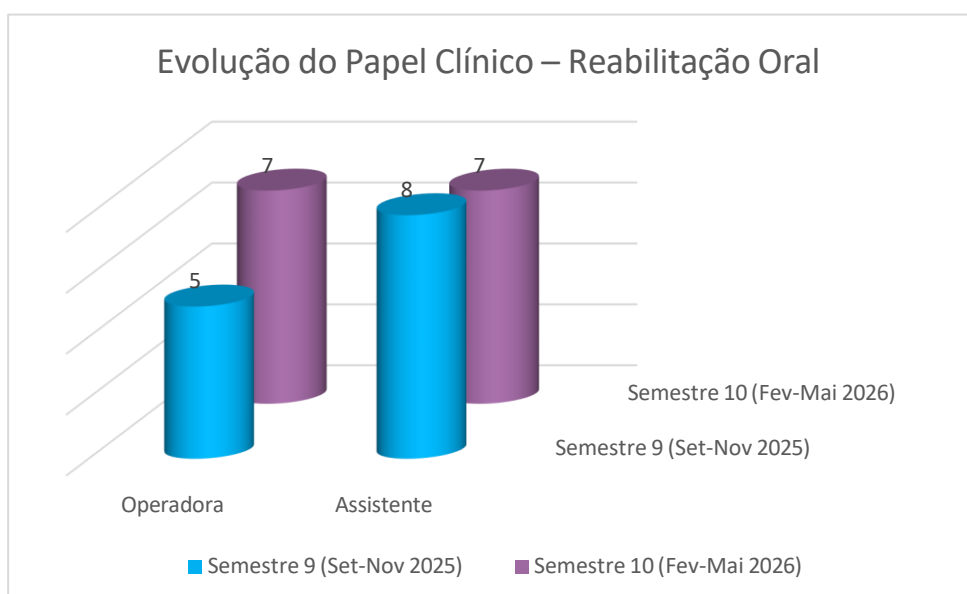


Figura 20 - Registo do papel clínico assumido, na perspetiva individual, durante a prática na Clínica de Reabilitação Oral da UCP.

1.2.4 Clínica de Odontopediatria e Ortodontia

Ao nível da Odontopediatria e Ortodontia, lidou-se com uma demografia jovem e maioritariamente masculina (77%), com uma repartição equilibrada das idades dos pacientes.

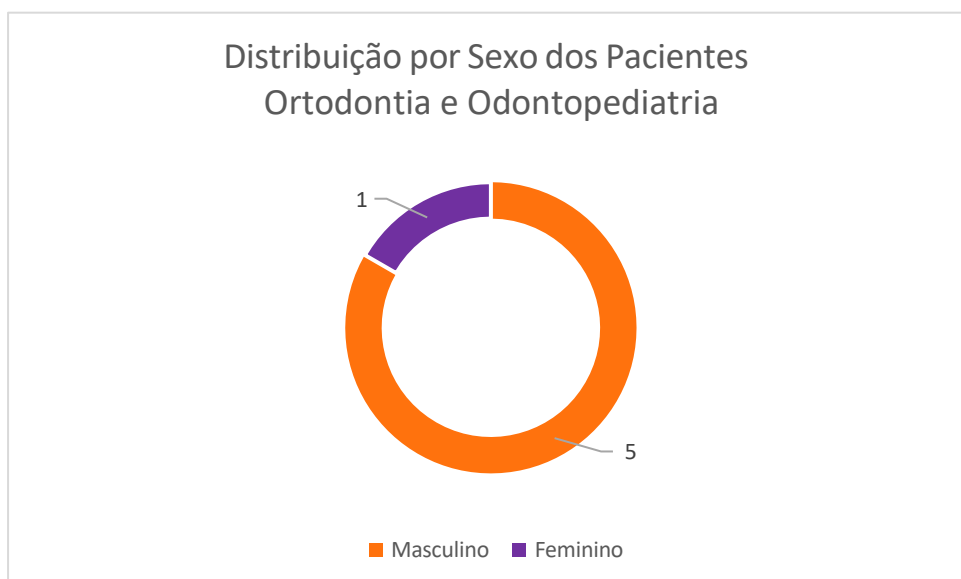


Figura 21 - Caracterização por sexo da amostra de pacientes acompanhada pelo Binómio 224 na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP.

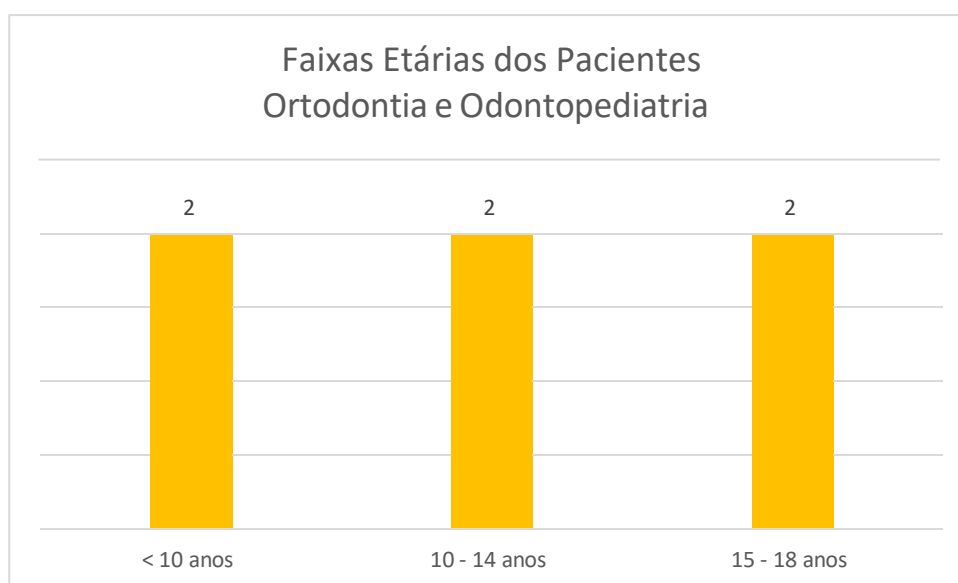


Figura 22 - Distribuição das faixas etárias dos pacientes atendidos pelo Binómio 224 na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP.

Devido à tenra idade dos pacientes, não se registaram hábitos tabágicos. No âmbito periodontal, o padrão foi caracterizado quase em exclusivo por saúde periodontal e quadros de gengivite reversível, frequentemente associados a défices de higiene oral durante o tratamento ortodôntico.

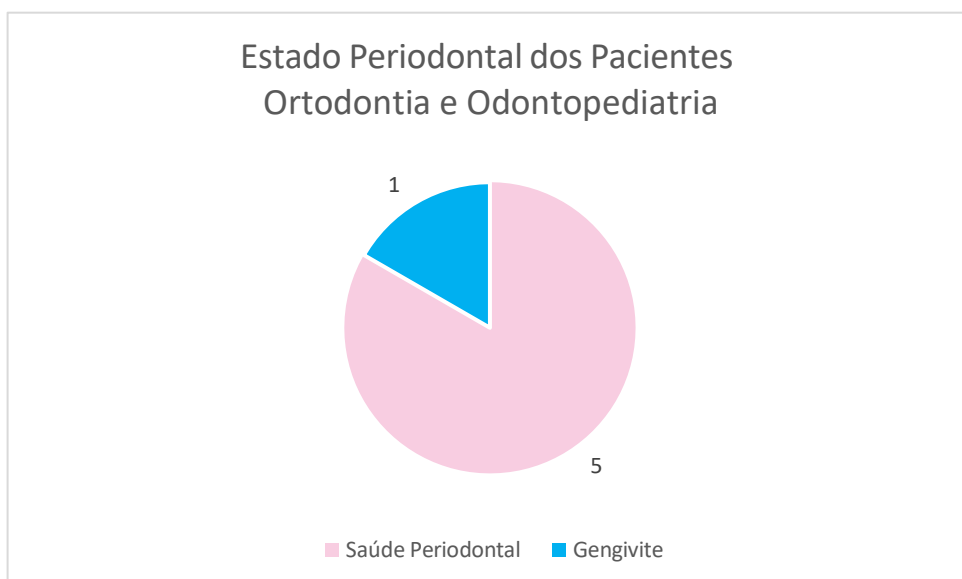


Figura 23 - Diagnóstico do estado periodontal da amostra de pacientes avaliada na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP pelo binómio 224

A assiduidade situou-se nos 50%. A gestão de comportamento na cadeira foi exercitada ao assumir o papel de operadora em 46% das sessões.

Do ponto de vista terapêutico, o foco incidiu na prevenção: anamnese e profilaxia (23%) e aplicação de selantes de fissuras (23%).

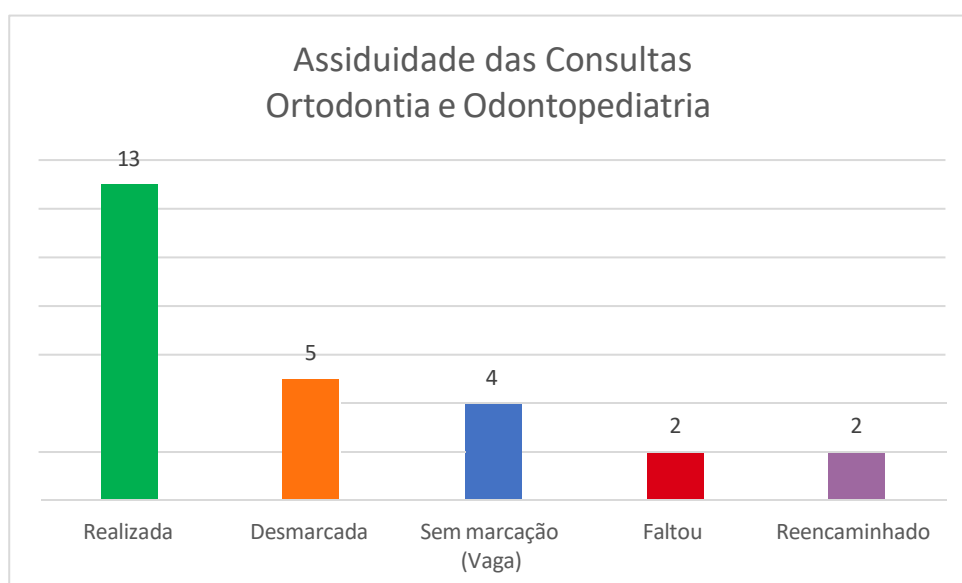


Figura 24 - Representação do estado de assiduidade das consultas geridas pelo Binómio 224 na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da Clínica Universitária da UCP.

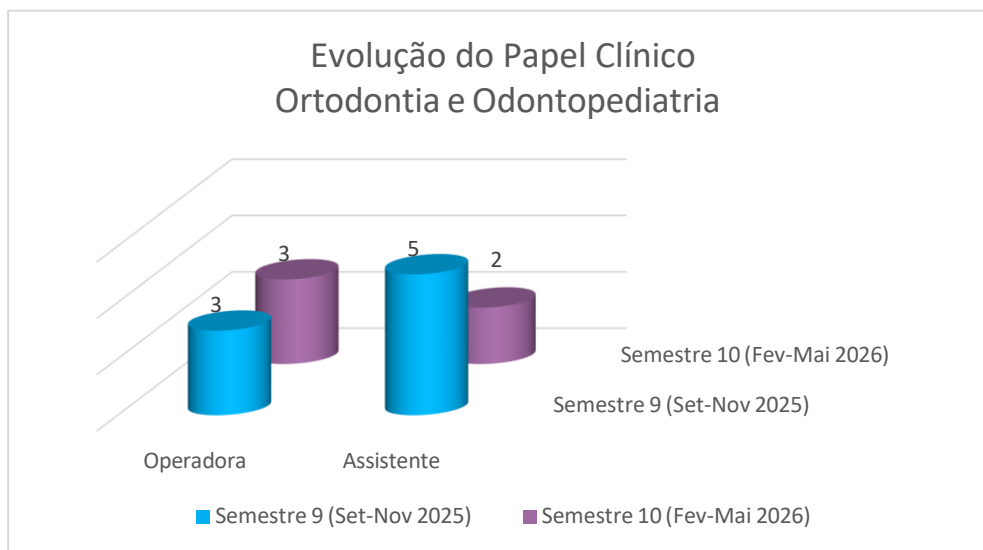


Figura 25 - Registo do papel clínico assumido, na perspetiva individual, durante a prática na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP.

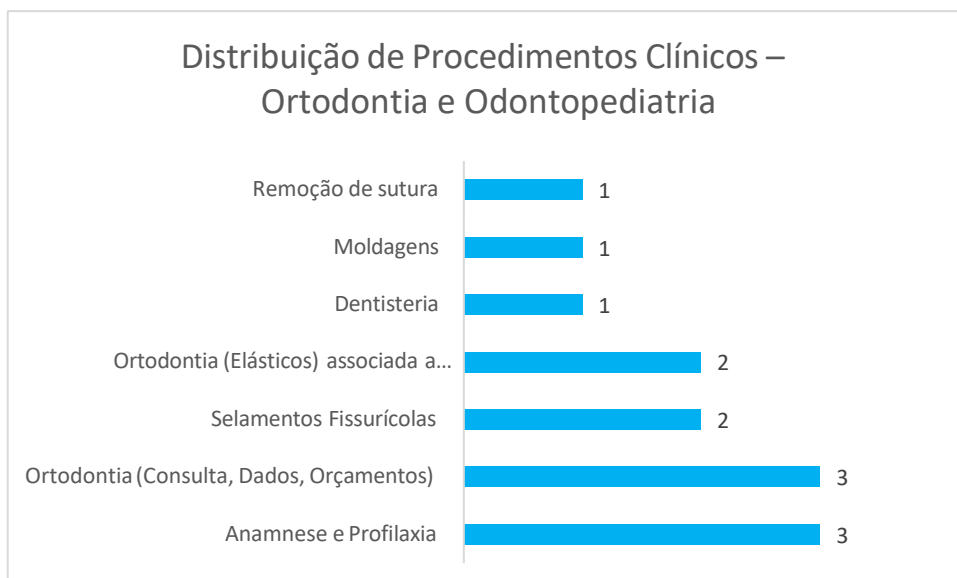


Figura 26 Distribuição dos procedimentos clínicos realizados pelo Binómio 224 na Clínica de Ortodontia e Odontopediatria da UCP.

1.2.5 CLÍNICA DE CIRURGIA E PERIODONTOLOGIA

Por fim, a prática na Clínica de Cirurgia e Periodontologia evidenciou a crescente necessidade de gestão de patologias infecciosas e de preservação dos tecidos de suporte. Verificou-se que 43,7% dos pacientes acompanhados se encontravam na faixa etária dos 30 aos 49 anos, sendo ainda o sexo feminino predominante, representando 62,5% da população observada.

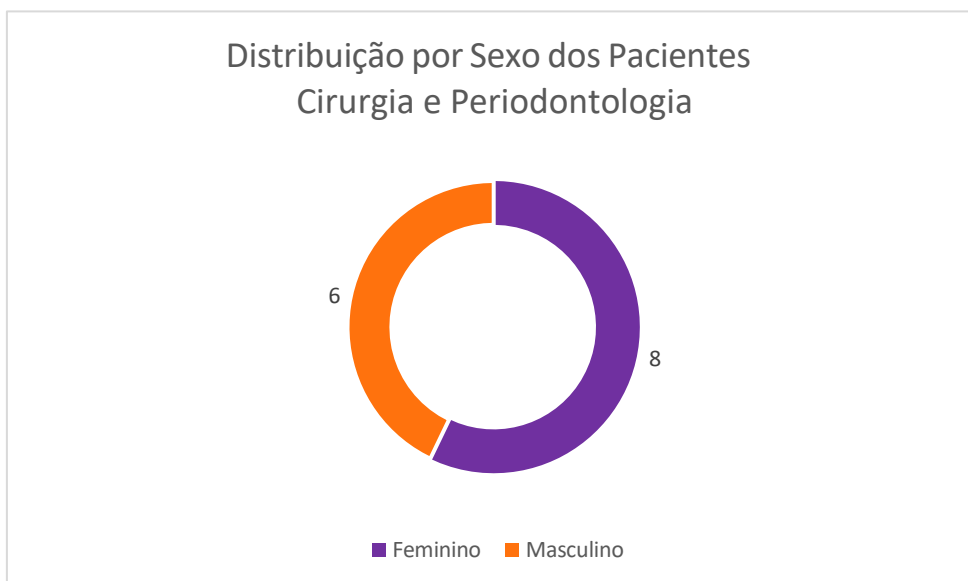


Figura 27 - Caracterização por sexo da amostra de pacientes acompanhada pelo Binómio 224 na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP.

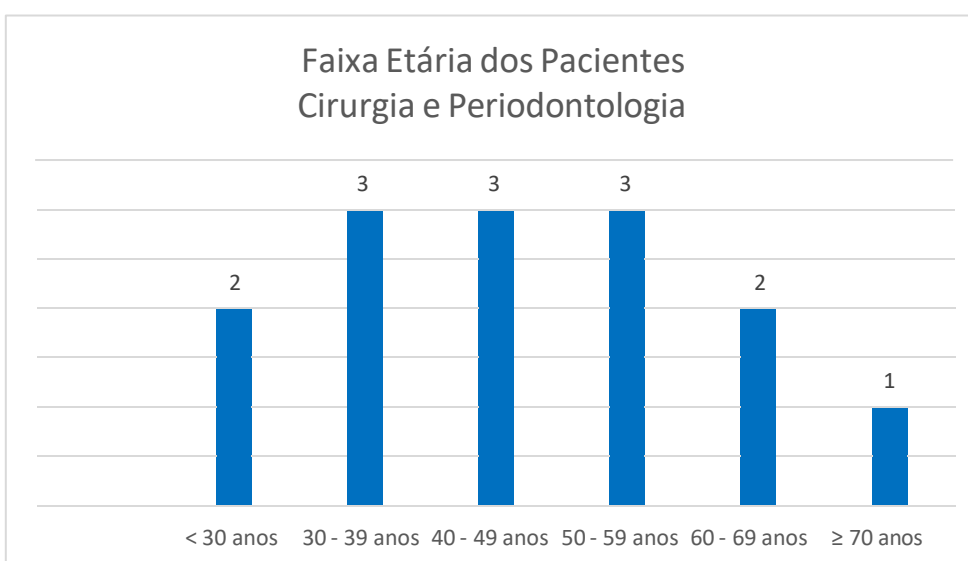


Figura 28 - Distribuição das faixas etárias dos pacientes atendidos pelo Binómio 224 na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP.

Neste âmbito específico, o cruzamento de dados entre os hábitos tabágicos e as doenças periodontais relevou -se particularmente relevante para a interpretação dos resultados obtidos. Sendo o tabaco o principal fator de risco modificável para a progressão da doença periodontal, constatou-se que uma franja muito significativa da amostra era fumadora (25%). Este fator refletiu-se diretamente na severidade dos diagnósticos periodontais encontrados (com forte incidência de Periodontite nos Estádios II e III). Esta realidade clínica exigiu não só a execução das terapias adequadas, mas também um esforço ativo de sensibilização para a cessação tabágica.

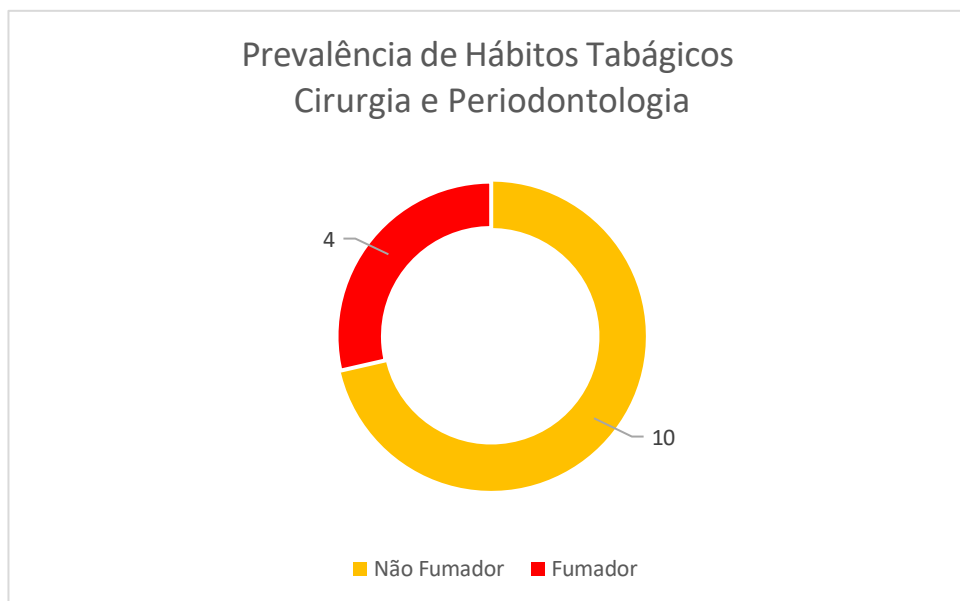


Figura 29 - Prevalência de hábitos tabágicos registada na amostra de pacientes na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP atendidos pelo binómio 224

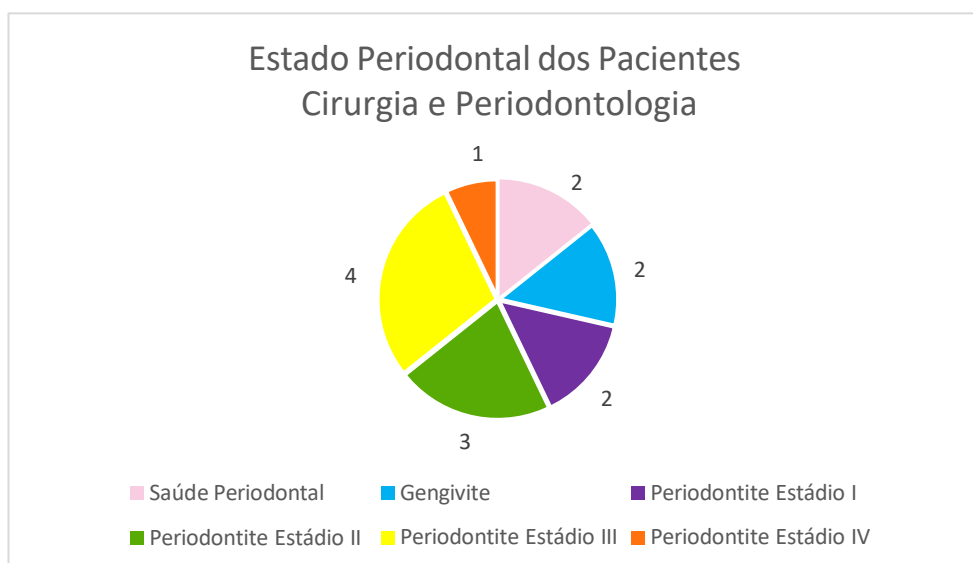


Figura 30 - Diagnóstico do estado periodontal da amostra de pacientes avaliada na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP pelo binomo 224

A assiduidade dos pacientes situou-se nos 55%, exigindo uma constante adaptação na gestão clínica. O desempenho clínico distribuiu-se de forma equilibrada entre as funções de operadora e assistente, representando cada uma 50% da atividade desenvolvida.

Os procedimentos realizados centraram-se sobretudo nas terapias periodontais não cirúrgicas e respetivas reavaliações, com as destartarizações e os periodontogramas a representarem 37% dos atos clínicos efetuados. As exodontias corresponderam a 31% dos procedimentos realizados, enquanto as cirurgias de tecidos moles, incluindo uma frenectomia, representaram 6,2% da atividade clínica.

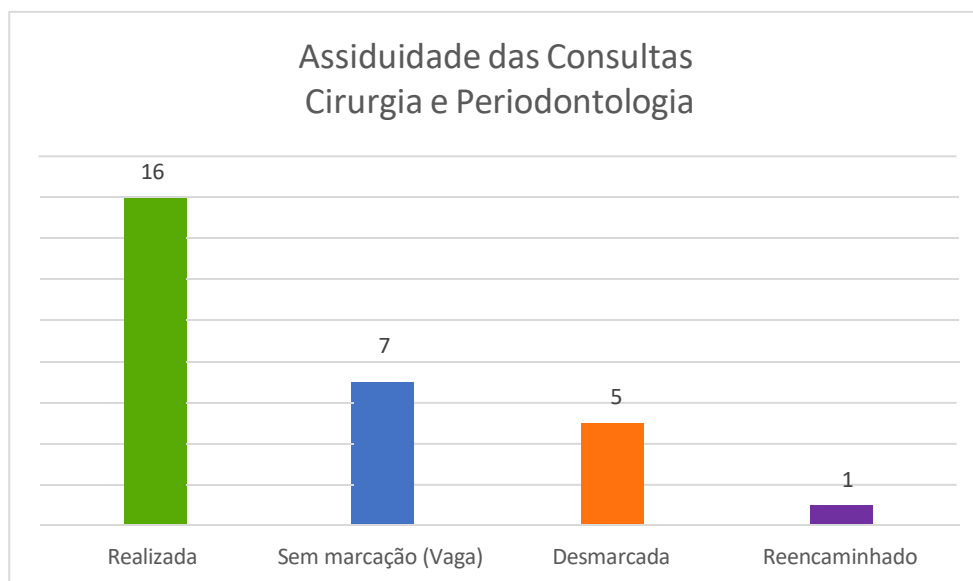


Figura 31 - Representação do estado de assiduidade das consultas geridas pelo Binómio 224 na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da Clínica Universitária da UCP.

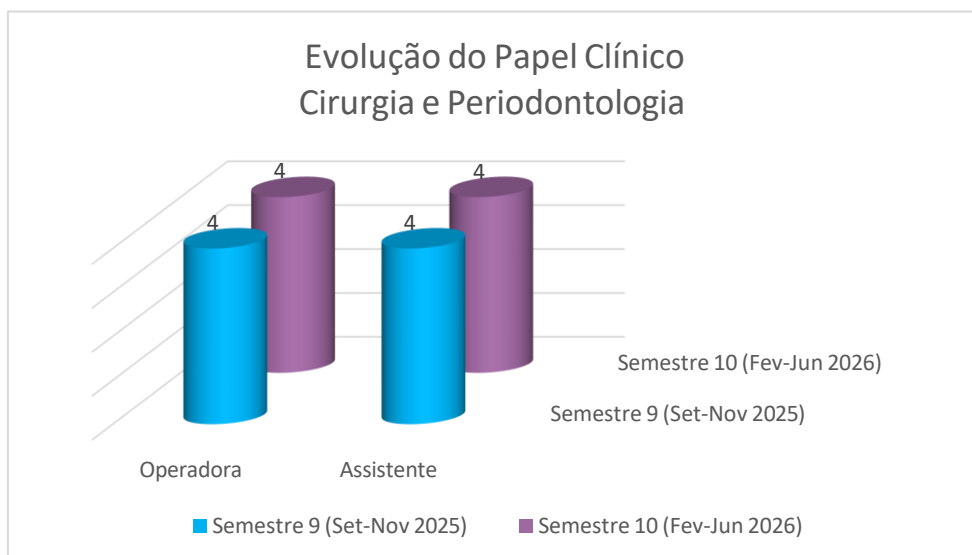


Figura 32 - Registo do papel clínico assumido, na perspetiva individual, durante a prática na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP.

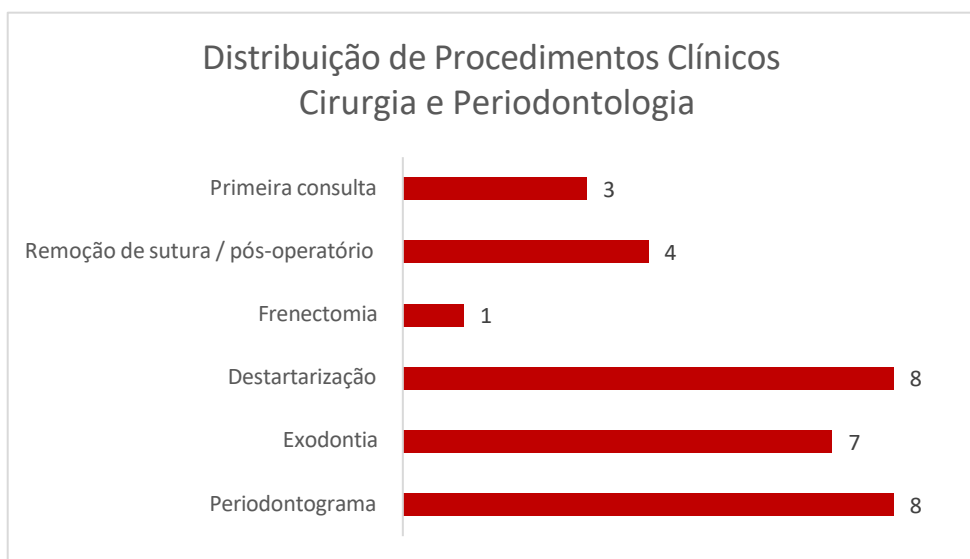


Figura 33 - Distribuição dos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados pelo Binómio 224 na Clínica de Cirurgia e Periodontologia da UCP.

1.3 REFLEXÃO FINAL

A elaboração deste portfólio digital e a análise estatística da atividade clínica desenvolvida ao longo do 5.º ano permitiram-me visitar e refletir sobre o percurso realizado durante a minha formação clínica. O contacto contínuo com a prática clínica ao longo dos 9.º e 10.º semestres representou uma etapa particularmente importante, marcada por desafios constantes, novas aprendizagens e uma evolução gradual das minhas competências.

1.3.1 Principais aprendizagens

Ao longo deste percurso, percebi que a Medicina Dentária envolve muito mais do que a realização de procedimentos clínicos. O acompanhamento de pacientes com diferentes idades, histórias clínicas e necessidades terapêuticas permitiu-me compreender a importância de uma abordagem global e individualizada. Aprendi a integrar a informação recolhida durante a anamnese, o exame clínico e os exames complementares de diagnóstico, desenvolvendo uma visão mais completa de cada caso. Com o tempo, fui também compreendendo que um plano de tratamento adequado deve considerar não apenas a evidência científica disponível, mas também as expectativas, os recursos e as circunstâncias individuais de cada paciente.

1.3.2. Evolução pessoal e profissional

No início da atividade clínica, sentia alguma insegurança perante a responsabilidade associada ao tratamento de pacientes reais. A experiência adquirida ao longo do ano, aliada ao acompanhamento dos docentes, permitiu-me ganhar confiança e melhorar progressivamente as minhas capacidades técnicas. Desenvolvi maior segurança na realização de procedimentos como

o isolamento absoluto, os protocolos adesivos, a instrumentação endodôntica e diversos tratamentos periodontais e cirúrgicos.

Para além da componente técnica, considero que a maior evolução ocorreu na forma como passei a relacionar-me com os pacientes. O contacto diário com diferentes realidades ajudou-me a desenvolver competências de comunicação, empatia e escuta ativa, fundamentais para estabelecer uma relação de confiança. Também a experiência partilhada com a minha colega de binómio contribuiu de forma significativa para este crescimento, reforçando a importância da cooperação, da comunicação e do apoio entre colegas num ambiente clínico exigente.

1.3.3. Perspetiva futura

A experiência clínica vivida durante este último ano confirmou a minha vontade de exercer Medicina Dentária e mostrou-me a responsabilidade que esta profissão exige. Mais do que um ponto de chegada, a conclusão deste mestrado representa o início de uma nova fase de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

No futuro, pretendo continuar a aprofundar conhecimentos em áreas que despertam particularmente o meu interesse, nomeadamente a endodontia e a dentisteria restauradora e estética minimamente invasiva. Acima de tudo, espero continuar a evoluir enquanto profissional, procurando conciliar conhecimento científico, rigor clínico e uma abordagem humana centrada nas necessidades de cada paciente.

2. CASOS CLÍNICOS

2.1 CASO CLÍNICO I: TRATAMENTO ENDODÔNTICO E REABILITAÇÃO CORONÁRIA DO DENTA 15 ASSOCIADO A PULPITE IRREVERSÍVEL

2.1.1 Resumo

Este caso clínico refere-se ao tratamento endodôntico e à posterior reabilitação do segundo pré-molar superior direito (dente 15) numa paciente de 48 anos.

A paciente recorreu à consulta por apresentar dor intensa desencadeada pelo frio, associada a uma fratura coronária extensa com exposição pulpar. Após avaliação clínica e radiográfica, foi estabelecido o diagnóstico de pulpite irreversível, mantendo-se os tecidos periapicais sem alterações patológicas.

Numa primeira fase, procedeu-se à realização de uma restauração pré-endodôntica com a reconstrução da parede distal para permitir um isolamento absoluto adequado e criar condições favoráveis para o tratamento endodôntico. Seguiu-se a preparação biomecânica do canal radicular e a obturação com guta-percha e cimento AH Plus.

Entre consultas verificou-se ainda uma fratura da parede palatina, o que exigiu a sua reconstrução antes da restauração definitiva. O tratamento foi concluído com uma restauração direta em resina composta, procurando restabelecer a função e a integridade estrutural do dente.

Este caso permitiu reforçar a importância de um isolamento absoluto eficaz, de uma abordagem biomecânica rigorosa e da obtenção de um adequado selamento coronário, fatores determinantes para a previsibilidade e longevidade do tratamento endodôntico e para a manutenção do dente em função.

2.1.2 Background

A cárie dentária continua a representar um dos principais problemas de saúde oral a nível mundial^{6,7}. A progressão da lesão de cárie ou um episódio de trauma, quando não tratados de forma atempada, podem conduzir ao envolvimento pulpar, resultando em quadros de pulpite irreversível e patologia periapical^{7,14}. O tratamento endodôntico radical apresenta-se como a opção terapêutica de eleição nestes casos, tendo como principal objetivo a eliminação da infeção do sistema de canais radiculares, a prevenção da reinfeção e a preservação do dente na arcada¹⁵. A literatura descreve que o sucesso do tratamento depende de um correto diagnóstico, de uma adequada execução clínica e de um selamento coronário eficaz^{14,15}.

2.1.3 Diagnóstico Diferencial

A paciente (Processo n° 31212), do sexo feminino, 48 anos e sem antecedentes médicos de relevo, recorreu à clínica com queixa de dor espontânea e exacerbada por estímulos térmicos.

À inspeção clínica, observou-se destruição coronária extensa do dente 15. A percussão vertical revelou-se positiva. No diagnóstico diferencial, consideraram-se hipóteses como pulpite reversível e dor referida. Contudo, a resposta intensa e prolongada ao teste térmico ao frio, que persistiu após a remoção do estímulo, aliada ao histórico de fratura coronária com envolvimento pulpar, permitiu excluir a pulpite reversível¹⁴.

Os dentes adjacentes apresentaram respostas normais, afastando a hipótese de dor referida. A avaliação radiográfica não revelou sinais de patologia apical.

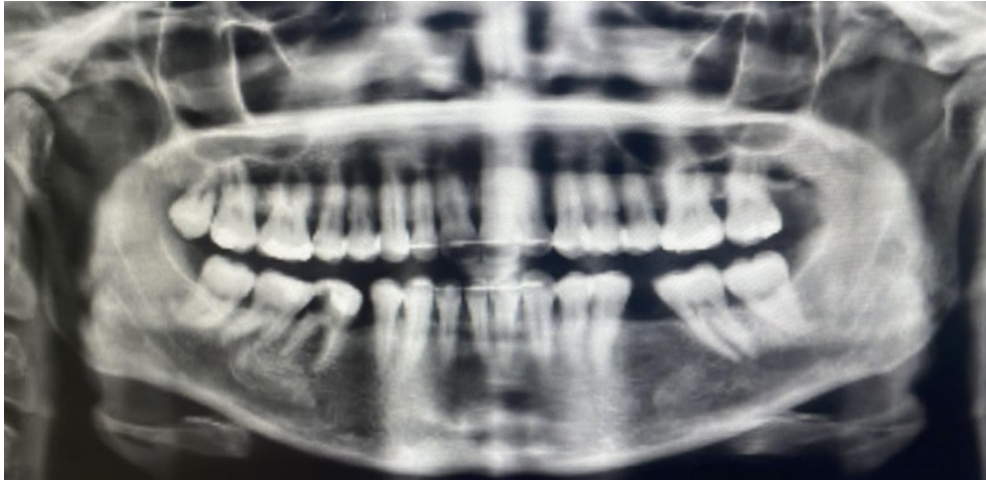


Figura 34 - Ortopantomografia inicial da paciente A.



Figura 35 - Radiografia periapical inicial do dente 15 da paciente A.

A radiográfica periapical inicial permitiu avaliar os tecidos periapicais do dente 15 e complementar os achados clínicos. A conjugação dos sinais e sintomas apresentados pela paciente, dos testes de sensibilidade realizados e da avaliação radiográfica permitiu o diagnóstico definitivo de pulpite irreversível com tecidos apicais normais¹⁴

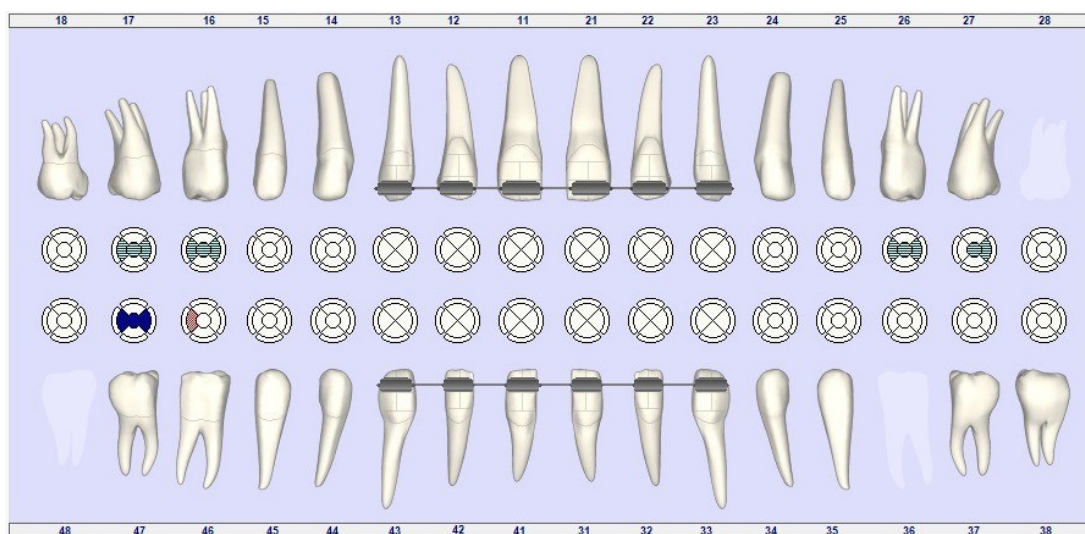


Figura 36 - Odontograma inicial da paciente A.

2.1.4 Tratamento

O tratamento iniciou-se com a reconstrução pré-endodôntica da parede distal com resina composta para permitir o isolamento absoluto eficaz¹⁵ (*Figura 37, 38*).



Figura 37 - Cavidade dentária inicial do dente 15

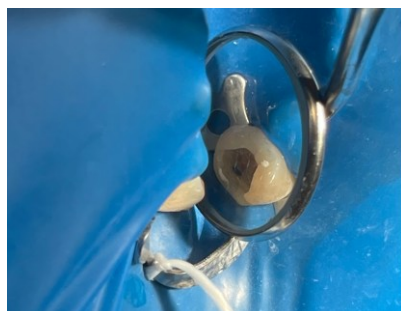


Figura 38 - Reconstrução pré-endodôntica do dente 15.

Após abertura coronária (*Figura 39*), procedeu-se ao cateterismo e determinação do comprimento de trabalho com localizador apical, confirmado radiograficamente (*Figura 40*).



Figura 39 - Cavidade de acesso endodôntico do dente 15.

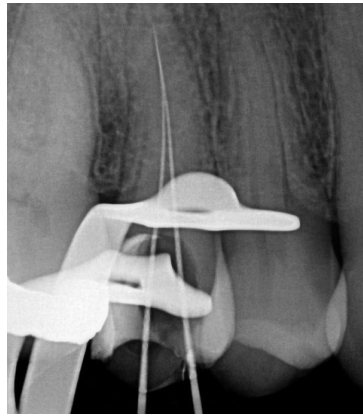


Figura 40 - Radiografia periapical de confirmação do comprimento de trabalho do dente 15.

A instrumentação do canal único foi efetuada de forma progressiva com limas manuais, usando um CT de 23 mm e uma lima K25 como LAM, e associada a irrigação abundante com hipoclorito de sódio entre cada instrumentos utilizado¹⁵. No que concerne ao tratamento farmacológico, para o controlo da sintomatologia dolorosa aguda e gestão do desconforto inflamatório pós-operatório expectável, foi prescrito um anti-inflamatório não esteroide (Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido de 8 em 8 horas, em caso de dor, com um limite máximo de 3 dias). Dada a ausência de envolvimento periapical ou de sinais de disseminação sistémica, não houve indicação para antibioterapia, respeitando os princípios do uso racional de antibióticos. Entre sessões, foi colocada uma bolo de algodão com clorexidina na câmara pulpar como medicação e o dente foi selado provisoriamente com DuoTemp (*Figura 41*), segurando protecção coronária adequada e reduzindo o risco de contaminação do canal radicular.



Figura 41 - Obturação provisória do dente 15.

Na sessão de obturação, confirmou-se a adaptação do cone principal de guta-percha ISO 30 (*Figura 42, 43*) De seguida, procedeu-se à obturação do canal pela técnica de condensação lateral complementada por a condensação vertical, recorrendo à inserção de cones acessórios de guta-percha calibres 25 e 20, para assegurar um preenchimento tridimensional homogêneo do sistema canal.

Para o selamento endodôntico foi utilizado o cimento AH Plus® (Dentsply Sirona), um cimento à base de resina epóxica amplamente utilizado em Endodontia devido às suas excelentes propriedades físico-químicas, nomeadamente elevada estabilidade dimensional, baixa solubilidade, boa capacidade de selamento e elevada biocompatibilidade¹⁵. Após a confirmação da adaptação dos materiais obturadores, procedeu-se ao corte do excesso de guta-percha e à condensação vertical final, obtendo-se uma obturação densa e adequada (*Figura 44*).



Figura 42 - Radiografia periapical de conometria do dente 15.



Figura 43 - Obturação com cones de Guta-percha antes do corte do dente 15.



Figura 44 - Radiografia periapical com cones de obturação posicionados no dente 15.

Na fase restauradora, detetou-se a fratura da parede palatina (*Figura 45*), a qual foi reconstruída (*Figura 46*).



Figura 45- Avaliação inicial da fase restauradora do dente 15.

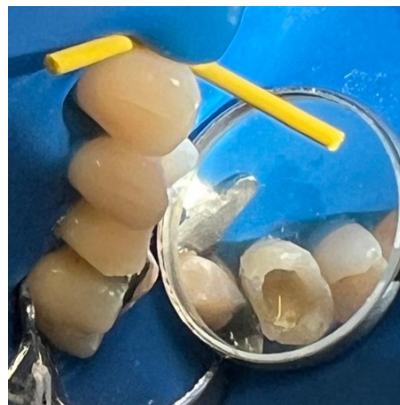


Figura 46 - Reconstrução da parede palatina do dente 15.

A reabilitação definitiva foi executada com resina composta pela técnica incremental, respeitando os princípios da dentisteria operatória minimamente invasiva^{9,10}, seguida de ajuste oclusal, acabamento e polimento (*Figura 47, 48*).



Figura 47 - Restauração definitiva do dente 15 antes do ajuste oclusal.



Figura 48 - Restauração definitiva final após acabamento

2.1.5 Resultado e Acompanhamento

A paciente evoluiu de forma francamente favorável, apresentando-se assintomática e sem dor à mastigação ou percussão. A restauração final demonstrou selamento marginal adequado e contactos oclusais estáveis. A radiografia periapical de controlo, realizada no dia mesmo (*Figura 49*) confirmou um preenchimento endodôntico homogêneo até ao limite apical, sem extravasamento, e manutenção da normalidade dos tecidos periapicais.



Figura 49 - Radiografia periapical final do dente 15 após restauração definitiva.

2.1.6 Discussão

O diagnóstico de pulpite irreversível associada a fratura prévia e sintomatologia térmica prolongada vai ao encontro da literatura atual no que respeita à propedêutica endodôntica¹⁴. A reconstrução prévia e o uso de isolamento absoluto foram determinantes para o controlo assético¹⁵. O incidente da fratura palatina entre sessões vem corroborar a evidência de que os dentes com tratamento endodôntico apresentam maior fragilidade estrutural, reforçando a necessidade imperiosa de uma reabilitação coronária atempada e biomecanicamente adequada para o prognóstico a longo prazo^{14, 15}.

2.1.7 Conclusões

O tratamento endodôntico do dente 15, seguido da sua reabilitação através de uma restauração direta em resina composta, permitiu eliminar completamente a sintomatologia apresentada pela paciente e restabelecer a função do dente. O resultado obtido reforça a importância de um diagnóstico correto, da adequada desinfecção do sistema de canais radiculares e da qualidade da restauração final para a manutenção do elemento dentário em condições funcionais.

2.1.8 Perspetiva do Doente

"Quando fui à consulta tinha muitas dores no dente, principalmente quando bebia algo frio. Estava um pouco ansiosa em relação ao tratamento, porque numa experiência anterior um produto utilizado durante uma desvitalização tinha-me provocado bastante desconforto. Por isso, pedi que tivessem especial cuidado durante o procedimento .

Ao longo das consultas senti-me sempre tranquila, porque tudo me foi explicado de forma clara e fui acompanhada com muita atenção. No final, fiquei muito satisfeita com o resultado. Deixei de sentir dores, consegui voltar a mastigar normalmente e gostei muito do aspeto final da dente. Fiquei feliz por ter conseguido manter o meu dente."

2.2 CASO CLÍNICO II : TRATAMENTO RESTAURADOR ESTÉTICO DIRETO DE DENTES ANTERIORES APÓS TRAUMATISMO DENTÁRIO EM PACIENTE COM RELAÇÃO OCLUSAL TOPO A TOPO

2.2.1 Resumo

Este caso clínico refere-se à substituição de restaurações estéticas nos dentes 11 e 21 de um paciente do sexo masculino com 13 anos de idade. O paciente apresentava antecedentes de traumatismo dentário e uma relação oclusal topo a topo resultante de um tratamento ortodôntico prévio, que incluiu expansão maxilar e utilização de máscara facial. As restaurações existentes encontravam-se fraturadas, situação que motivou a sua substituição.

Tendo em conta a idade do paciente e a necessidade de preservar o máximo de estrutura dentária saudável, optou-se por uma abordagem conservadora através de restaurações diretas em resina composta. O planeamento incluiu a realização de um enceramento de diagnóstico e a confecção de uma chave palatina em silicone para auxiliar a reconstrução anatômica dos dentes. Foi utilizado um sistema adesivo etch-and-rinse de dois passos, de acordo com as recomendações disponíveis na literatura para este tipo de situação clínica.

No final do tratamento foi possível restabelecer a estética e a função dos dentes anteriores, obtendo um resultado harmonioso e adequado às exigências funcionais do paciente, sem recorrer a procedimentos mais invasivos.

2.2.2 Background

O traumatismo dentário na região anterior é frequente em crianças e adolescentes. Perante fraturas coronárias com envolvimento de dentina nesta faixa etária (onde a câmara pulpar é ampla), as opções minimamente invasivas, como resinas compostas diretas, são o tratamento de eleição^{9,10}. A previsibilidade estética e funcional na reconstrução de fraturas extensas aumenta significativamente com o uso de uma muralha palatina em silicone (*putty index*) confeccionada sobre um enceramento de diagnóstico^{11,12}. Quando o paciente apresenta uma relação oclusal topo a topo, as margens incisais sofrem cargas diretas de cisalhamento e compressão, o que exige protocolos adesivos de excelência.

2.2.3 Diagnostico Diferencial

Paciente masculino de 13 anos (Processo n.º 23820), sem antecedentes sistémicos, apresentou-se com fraturas coronárias nos dentes 11 e 21 (*Figuras 50 e 51*) e oclusão de topo a topo na máxima intercuspidação.



Figura 50 - Fotografia intraoral inicial em oclusão frontal evidenciando a relação topo a topo.



Figura 51 - Fotografias intraorais oclusais (maxilar e mandibular).

As restaurações antigas falharam provavelmente devido à sobrecarga oclusal contínua. Na avaliação inicial, procedeu-se ao registo do estado de saúde oral no odontograma (Figura 52) e à avaliação imagiológica.

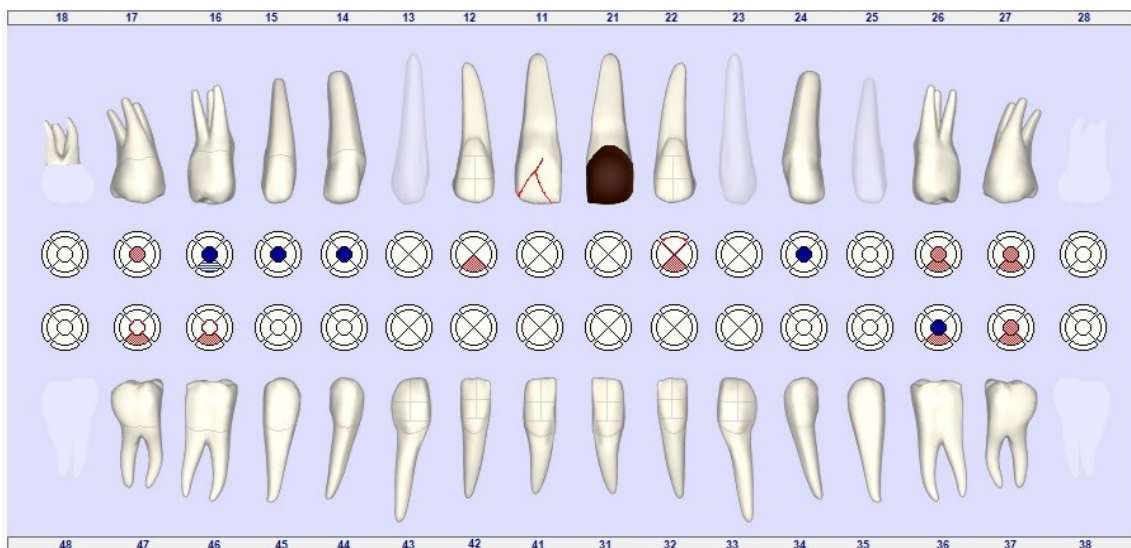


Figura 52 - Odontograma inicial registrando as restaurações deficientes do paciente B.

A ortopantomografia (*Figura 53*) e a radiografia periapical inicial (*Figura 54*) confirmaram a integridade radicular e a ausência de lesões ósseas periapicais. Os testes de sensibilidade pulpar ao frio revelaram respostas positivas e fisiológicas (*Figura 55*).

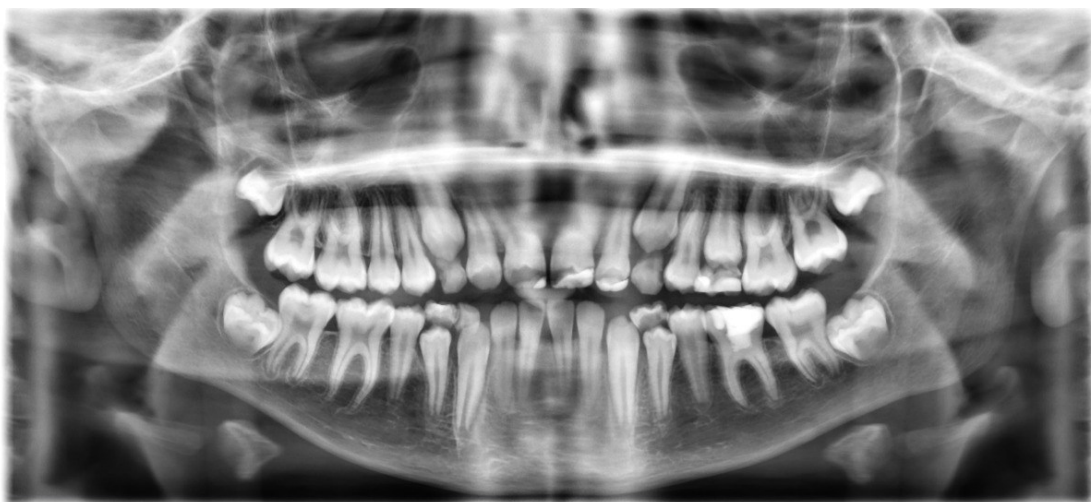


Figura 53 - Radiografia Ortopantomografia inicial do paciente.



Figura 54 - Radiografia periapical inicial dos dentes 11 e 21, confirmando ausência de patologia periapical.



Figura 55 - Realização do teste de sensibilidade pulpar (teste térmico ao frio).

Com base nestes dados, estabeleceu-se o diagnóstico de fratura coronária dos elementos dentários 11 e 21 com vitalidade pulpar e Tecidos Periapicais Normais^{14, 15}.

2.2.4 Tratamento

Para o tratamento dos elementos dentários 11 e 21, o planeamento baseou-se na preparação das restaurações classe IV de Black através da elaboração dos modelos de estudo (*Figura 56, 57*), enceramento de diagnóstico e confeção de muralha palatina em silicone (*Figura 58*).



Figura 56 - Modelos de estudo maxilar e mandibular.



Figura 57 - Modelos em oclusão para planeamento do espaço restaurador.



Figura 58 - Confeção da muralha palatina em silicone a partir do modelo maxilar.

Relativamente à abordagem terapêutica, o foco foi exclusivamente não farmacológico. Dada a confirmação da vitalidade pulpar, a ausência de dor aguda e a inexistência de qualquer processo infeccioso ativo, não houve indicação clínica para a prescrição de terapêutica analgésica, anti-inflamatória ou antibiótica.

Efetuuou-se a seleção de cor da resina composta a utilizar segundo a técnica de deposição de pequenas bolas de resina diretamente sobre a estrutura dentária e com fotografia a preto e branco (*Figura 59*). Seguimente, foi realizada anestesia infiltrativa com lidocaína nos dentes 11 e 21, para garantir o conforto do paciente durante o procedimento restaurador.



Figura 59 - Seleção de cor prévia ao isolamento absoluto.

Após procedeu-se à realização do isolamento absoluto (*Figura 60*), aplicou-se ácido ortofosfórico a 37% (*Figura 61*) e o sistema adesivo de 2 passos OptiBond™ FL (Kerr) (*Figura 62*), selecionado pela sua superior resistência de união à dentina¹³. A estratificação iniciou-se pela concha palatina guiada pela muralha (*Figura 63*).



Figura 60 -Arcada sob isolamento absoluto.



Figura 61- Aplicação de ácido fosfórico a 37% (condicionamento total).



Figura 62 - Sistema adesivo OptiBond™ (2 passos) e a sua aplicação nas cavidades preparadas.



Figura 63 - Adaptação da guia palatina e reconstrução da parede palatina do dente 21.

Para evitar a união accidental entre os dentes, utilizou-se fita de Teflon no isolamento interproximal (*Figura 64*).



Figura 64- Aplicação de fita de teflon no dente 21 para isolamento e progressão da restauração no dente 11.

Finalizou-se com ajuste oclusal rigoroso para eliminar contactos prematuros e polimento (*Figura 65, 66*).



Figura 65 - Aspeto imediato após a remoção do isolamento absoluto, antes do ajuste oclusal.



Figura 66 - Procedimentos de acabamento com discos abrasivos e polimento com borrachas de silicone.

2.2.5 Resultado e Acompanhamento

O resultado imediato traduziu-se numa excelente integração estética, devolvendo a anatomia incisal adequada ao paciente (*Figura 67*). O ajuste oclusal meticuloso permitiu acomodar a relação topo a topo sem interferências deletérias. O controlo radiográfico evidenciou boa adaptação marginal (*Figura 68*).



Figura 67 - Fotografia clínica final em oclusão, evidenciando o restabelecimento da estética e função.



Figura 68 - Radiografia periapical pós-operatória evidenciando a correta adaptação dos materiais

2.2.6 Discussão

O desafio principal residiu na mecânica da mordida em topo a topo, onde a ausência de trespassse submete o setor anterior a cargas compressivas diretas. O uso de um adesivo *etch-and-rinse* de dois passos vai ao encontro da literatura atual¹³, que aponta para uma eficácia superior e maior longevidade da interface adesiva face a sistemas universais nestas condições de estresse. Simultaneamente, a técnica da muralha palatina reduziu o tempo operatório e transferiu fielmente as informações tridimensionais do planeamento para a boca¹¹, evitando sobrecontornos indesejados.

2.2.7 Conclusão

A reabilitação direta em resina composta mostrou-se altamente eficaz na devolução da estética e função em dentes traumatizados com oclusão desfavorável. O sucesso biomecânico foi alavancado por um rigoroso planeamento com enceramento e pela escolha fundamentada de um sistema adesivo de elevado desempenho.

2.2.8 Perspetiva do Doente

"Eu tinha partido os dentes da frente a brincar e as massas que lá tinha acabavam sempre por cair.

Explicaram-me que isso acontecia porque os meus dentes de cima batem diretamente contra os de baixo. Agora já não tenho vergonha e sinto-me muito mais confiante para sorrir."

CONCLUSÃO GERAL

A conclusão do 5.º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e a elaboração deste Relatório de Atividade Clínica representam o fim de uma etapa muito importante do meu percurso académico. Este último ano clínico permitiu-me consolidar conhecimentos, desenvolver competências técnicas e, acima de tudo, crescer enquanto futura médica dentista.

Ao olhar para trás, consigo perceber claramente a evolução que tive ao longo deste ano. No início, muitas situações clínicas geravam alguma insegurança e exigiam um esforço constante de adaptação. Com o tempo, a experiência adquirida através do contacto diário com os pacientes permitiu-me ganhar confiança, melhorar a minha destreza clínica e desenvolver um raciocínio mais estruturado na tomada de decisões.

O trabalho realizado no âmbito do Binómio 224 teve um papel fundamental neste crescimento. A partilha de responsabilidades, dúvidas e aprendizagens tornou o percurso mais enriquecedor e permitiu-me enfrentar os desafios clínicos de forma mais segura. A experiência de Erasmus na Universidade Católica de Brasília foi igualmente marcante, não só pela oportunidade de conhecer uma realidade académica diferente, mas também porque me ajudou a tornar-me mais autónoma, resiliente e confiante nas minhas capacidades.

Os dois casos clínicos apresentados neste relatório tiveram um contributo especial para a minha formação. O caso endodôntico permitiu-me compreender melhor a importância do diagnóstico, do rigor técnico e da adaptação perante situações inesperadas. Já o caso de reabilitação estética dos dentes 11 e 21 levou-me a aprofundar conhecimentos na área da dentisteria restauradora, do planeamento clínico e da execução de tratamentos minimamente invasivos, reforçando a importância de conciliar função, estética e preservação da estrutura dentária.

No entanto, a minha aprendizagem não se limitou a estes casos. Todos os pacientes acompanhados ao longo do ano contribuíram para a minha evolução. A prática nas diferentes áreas clínicas permitiu-me contactar com realidades muito distintas e compreender melhor a importância de uma abordagem individualizada. Aprendi que cada paciente apresenta necessidades, expectativas e desafios próprios, e que um bom tratamento depende não apenas da componente técnica, mas também da comunicação, da empatia e da capacidade de adaptação.

A experiência em Odontopediatria mostrou-me a importância da prevenção e da criação de uma relação de confiança desde cedo. A prática em Cirurgia e Periodontologia permitiu-me compreender melhor o impacto dos hábitos e das

doenças sistêmicas na saúde oral. Por sua vez, a Clínica Generalista e a Reabilitação Oral ajudaram-me a desenvolver uma visão mais global e integrada do tratamento dos pacientes.

Termino este percurso com um sentimento de gratidão por tudo o que aprendi e por todas as pessoas que contribuíram para a minha formação. Levo comigo não apenas conhecimentos técnicos e científicos, mas também valores humanos que considero essenciais para o exercício da profissão. Tenho consciência de que ainda existe muito para aprender, mas encaro o futuro com motivação, confiança e vontade de continuar a evoluir, procurando sempre prestar cuidados de saúde oral de qualidade, baseados na evidência científica e centrados no bem-estar dos meus pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Medicina Dentária. Plano de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária [Internet]. Viseu: UCP; c2025 [cited 2025 May]. Available from: <https://fmd.viseu.ucp.pt/en/plano-de-estudos>
2. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro da Saúde Oral 2025. Lisboa: OMD; 2025.
3. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J*. 2017;67(3):139-147. Available from: <https://doi.org/10.1111/idj.12273>
4. Conquest J, Alvarez C, Smith R. Oral health profiling for young and older adults: a descriptive study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9033. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18179033>
5. Yu L, Chen X, Wang Y, et al. Oral health literacy and its impact on preventive behaviours: a population-based study. *BMC Geriatr*. 2024;24:546. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05469-1>
6. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
7. Li X, Chen Y, Wang Z, et al. Global, regional, and national prevalence of dental caries of permanent teeth. *BMC Oral Health*. 2025;25:1-12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12903-025-06086-z>
8. Yeh CH, Huang YF, Lin HC. Fluoride in dental caries prevention and treatment. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(17):2246. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare13172246>
9. Kumari R, Singh S, Patel M. Recent advances in bioactive restorative materials in conservative dentistry. *Int J Life Sci Biotechnol Pharm Res*. 2025;14(3):1413-1418. doi:10.69605/ijlbpr_14.3.2025.247
10. Aldhalai S, Alhajj MN, Alhadi H. Advances in restorative dentistry: materials and minimally invasive techniques. *J Oral Epidemiol*. 2024;3(8):4780. Available from: <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.4780>
11. Basra AS, Mahapatra J. The putty index technique for anterior tooth fracture restoration: a case report. *Cureus*. 2024 Aug 18;16(8):e67109. doi: 10.7759/cureus.67109. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39290936/>
12. Iyibicer BE, Ozdemir ZM. Direct class IV composite restoration with palatal putty index on upper central incisor. *YARSI Dent J*. 2024;3(1). Available from: <https://academicjournal.yarsi.ac.id/ojs3/index.php/dentalj/article/view/337>
13. Valsan D, Bhaskaran S, Mathew J, Hari K, Joy J. Comparative evaluation of the bonding efficacy of multimode adhesive, two-step self-etch adhesive, and a total-etch system to pulpal floor dentin - an in vitro study. *Contemp*

Clin Dent. 2023 Apr-Jun;14(2):104-108. doi: 10.4103/ccd.ccd_754_21.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37547427/>

14. Silva EJNL, De-Deus G, Belladonna FG, et al. Endodontic diagnosis and contemporary research perspectives. Braz Dent J. 2025;36:e6723. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-644020256723>
15. Torabinejad M, Walton RE. Endodontics: principles and practice. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

ANEXO

Consentimento Livre, Explícito e Informado Clínica Dentária Universitária UCP

Consentimento Livre, Explícito e Informado Clínica Dentária Universitária UCP

O Ministério da Saúde nos termos da Circular Informativa de 23 de março de 1998, pela Circular Normativa 15/2013, de 3 de outubro de 2013, decorrente da alínea a), do n.º 2, do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, e ainda pela Convenção de Oviedo, tornou obrigatória a obtenção, por escrito, deste consentimento por parte do paciente antes da realização de atos médicos de caráter invasivo.

Este consentimento livre, explícito e informado será aplicado aos pacientes que frequentem as seguintes tipologias de consulta oferecidas pela Clínica Dentária Universitária UCP:

Consulta no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (FMD UCP): tratamentos médico-dentários realizados pelos alunos do curso em que todos os procedimentos realizados são devidamente supervisionados por docentes responsáveis.

Consulta no âmbito das pós-graduações da FMD UCP: tratamentos médico-dentários realizados por médicos dentista que frequentam o curso de pós-graduação e em que todos os procedimentos realizados são devidamente supervisionados por docentes responsáveis.

Consulta externa: tratamentos médico-dentários realizados por médicos dentistas.

O paciente só poderá dar o seu consentimento depois de devidamente esclarecido sobre:

- a natureza do(s) tratamento(s) e exame(s) a que vai ser submetido;
- as eventuais opções que possam substituir o(s) tratamento(s) e/ou exame(s) a ser(em) realizado(s);
- os possíveis riscos e complicações que possam advir do(s) tratamento(s) e/ou exame(s) e que se encontram descritos na “Nota informativa sobre os riscos e complicações associadas aos procedimentos médico-dentários”.
- Em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimentos, deve contactar a Clínica Dentária Universitária UCP através do contato telefónico 928058528 ou via e-mail através do endereço eletrónico clinica.viseu@ucp.pt.

Neste sentido, solicitamos que:

- leia atentamente este documento e a “Nota informativa sobre os riscos e complicações associadas aos procedimentos médico-dentários”;
- com o seu médico dentista/docente responsável, esclareça todos os pontos dos quais tenha dúvidas;
- não se esqueça que a folha de consentimento livre, explícito e informado tem de estar assinada, sem a qual o(s) tratamento(s) e/ou exame(s) não poderão ser realizado(s).

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA UCP, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENT

Consentimento livre, explícito e informado a ser assinado pelo próprio:

Eu, _____, de _____ anos de idade,
com domicílio em _____

portador do BI / Cartão de Cidadão n.º _____.

Consentimento livre, explícito e informado a ser assinado por pais ou representante legal de paciente com incapacidade/menor de 18 anos:

Pai/Mãe/Representante Legal, _____
_____, de _____ anos de idade, com domicílio em

_____portador do BI
/ Cartão de Cidadão n.º _____.

Assentimento de adolescente entre os 12 e os 18 anos (não substitui o consentimento livre, explícito e informado assinado pelos pais/representantes legais):

Eu, _____, de _____ anos de idade,
com domicílio em _____
_____portador do BI
/ Cartão de Cidadão n.º _____.

DECLARO:

que me foram explicados todos os procedimentos relacionados com os tratamentos médicos, os diferentes tipos de tratamentos, bem como as vantagens e desvantagens de cada um deles.

Fui informado dos riscos inerentes aos tratamentos médicos, bem como das possíveis condições pós-operatórias que possam ocorrer nos dias subsequentes às intervenções.

Foi-me garantido que no decorrer do tratamento serão apenas utilizados procedimentos comprovados científica e clinicamente, ficando a cargo do médico dentista/docente responsável a escolha dos mesmos. Estou ciente de que pode ser necessário prolongar ou alterar os procedimentos planeados durante o ato clínico.

Todas as minhas questões foram esclarecidas, recebi explicações com todos os detalhes, tendo ficado devidamente esclarecido(a).

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA UCP, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Da mesma forma tomei conhecimento por escrito ou verbalmente, de todos os cuidados que terei de ter antes e após o tratamento.

Dada a natureza científico-pedagógica da Clínica Dentária Universitária UCP, declaro que consinto que os meus dados agregados sejam utilizados para futuras consultas médicas, faturação, investigação científica e respetiva publicação (incluindo exames complementares de diagnóstico, fotografias extra e intraorais) por forma a contribuir para o processo de ensino e melhoria da prática assistencial, mantendo sempre o anonimato e confidencialidade dos mesmos pois todos os dados agregados serão codificados de forma a nunca ser possível a minha identificação.

Declaro que tomei conhecimento de que os tratamentos de dados necessários para a prestação de serviços médico-dentários, sempre terão fundamento na execução do contrato de prestação de serviços de saúde celebrado com a Clínica Dentária Universitária UCP, ou na execução de diligências pré-contratuais a meu pedido (p. ex., quando esteja em causa a marcação de uma consulta ou ato clínico).

Adicionalmente, quando tais tratamentos implicarem o tratamento de dados relativos à saúde, aqueles basear-se-ão na necessidade do tratamento para efeitos de medicina preventiva, diagnóstico médico, prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou, quando o tratamento seja realizado por colaboradores da Clínica Dentária Universitária UCP que não sejam profissionais de saúde, para efeitos da gestão dos sistemas e serviços da Clínica Dentária Universitária UCP.

Declaro igualmente estar ciente de que, quanto aos tratamentos de dados pessoais realizados pela Clínica Dentária Universitária UCP, para efeitos de divulgação de serviços e *marketing*, o fundamento de licitude, no qual a Clínica Dentária Universitária UCP funda tais tratamentos, será o meu consentimento. Neste sentido, tomei conhecimento de que, como titular dos dados, tenho o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

Declaro ser conhecedor de que o período de tempo durante o qual os dados pessoais são tratados e conservados varia de acordo com a finalidade para a qual a informação é utilizada, sendo conservados pelo prazo necessário à satisfação de cada uma delas e de acordo com as imposições legais, nomeadamente os prazos de conservação arquivística.

Como titular de dados pessoais, tomei também conhecimento de que poderei exercer, a qualquer altura, os seguintes direitos, reunidas estejam, em cada caso, as condições legais de que depende o seu exercício: direito de acesso¹, direito de retificação, direito de apagamento, direito de limitação do tratamento, direito de portabilidade e direito de oposição ao tratamento. Assiste-me, ainda, o direito de apresentar reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd).

¹No caso de dados relativos à saúde, o direito de acesso a esta informação por parte do titular (ou de terceiros com o seu consentimento ou nos termos da lei) pode ser exercido diretamente, ou por intermédio de um médico se o titular da informação o solicitar, mediante pedido escrito dirigido a clinica.viseu@ucp.pt.

Tomei igualmente conhecimento de que, no âmbito do tratamento dos meus dados pessoais, a Clínica observa, a todo o tempo, os princípios relativos ao tratamento de dados pessoais. Tal compromisso implica, entre outros aspetos, que os meus dados pessoais serão de acesso limitado às pessoas que tenham necessidade de os conhecer no exercício das suas funções, na estrita medida do necessário para a prossecução das finalidades de tratamento acima elencadas.

Mais declaro estar ciente de que, quanto aos dados relativos à saúde e outras categorias especiais de dados, estes serão, em observância da lei aplicável, de acesso reservado aos médicos e outros profissionais de saúde adstritos à prestação dos cuidados de saúde. Nos casos em que assim não seja, quando os meus dados de saúde e outras categorias especiais de dados forem acedidos por colaboradores não adstritos a obrigações de sigilo profissional, a Clínica assegura que tais colaboradores assumem obrigações de confidencialidade contratuais e, em certos casos, que tais pessoas apenas tratarão os meus dados sob a responsabilidade e supervisão de um profissional de saúde

Compreendi as explicações, numa linguagem clara e fácil, e a equipa médica que me atendeu permitiu-me realizar todas as perguntas e respondeu-me a todas as dúvidas que tive.

Sendo assim:

CONSINTO E AUTORIZO

Os procedimentos necessários ao meu tratamento médico.

Viseu, ____ de _____ de _____

Direção Clínica da Clínica Dentária Universitária UCP

Assinatura do Paciente/Representante legal

Assinatura de Paciente adolescente (confere assentimento)

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA UCP, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

I. Os dados pessoais recolhidos serão utilizados para as seguintes finalidades:

a)	Medicina preventiva, diagnóstico médico, prestação de cuidados ou tratamentos de saúde e gestão de sistemas e serviços de saúde.
b)	Investigação científica e respetiva publicação.
c)	Faturação.
d)	Divulgação de serviços e <i>marketing</i> .

II. Fundamentos de licitude das finalidades indicadas em I.

a)	Execução contratual ou diligências pré-contratuais.
b)	Consentimento.

III. Prazos de conservação das finalidades indicadas em I.

a)	Os dados relativos à saúde serão conservados durante cinco anos após o último registo, caso não seja atribuído valor arquivístico ao processo clínico que justifique a sua conservação permanente.
b)	Os dados utilizados para efeitos de investigação científica e respetiva publicação serão conservados de acordo com a duração e o objetivo da investigação.
c)	Os dados necessários à faturação dos serviços prestados na Clínica serão conservados pelo prazo de dez anos.
d)	Os dados recolhidos com base no consentimento – para envio de comunicações informativas e de <i>marketing</i> – serão conservados até à retirada do consentimento.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA UCP, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE