



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Diogo Henrique Gonçalves Pimenta

Viseu, 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:

Diogo Henrique Gonçalves Pimenta

Orientador: Professora Doutora Rita Noites

Co-Orientador: Professora Doutora Susana Silva

Viseu, 2020

“Never forget that only dead
fish go with the stream”
- Malcom Muggeridge



Agradecimentos:

À minha Orientadora, Professora Doutora Rita Noites, e Coorientadora, Professora Doutora Susana Silva, por toda a sua amabilidade, disponibilidade, ajuda e simpatia que demonstraram.

Aos meus pais, avós e padrinhos, que com o seu amor e sacrifício me deram todo o suporte e força para enfrentar as adversidades.

Às minhas Professoras Maria Correia e Filomena Capucho que me possibilitaram viver um dos melhores momentos da minha vida e que foram um apoio incondicional no decorrer de todo o curso.

Ao João Vaz, Alice Emídio, Catarina Ramos, Cátia Neves, Celina Leitão e Francisca Rodolfo por terem sido as melhores colegas e amigos que alguma vez poderia ter tido nesta caminhada.

Ao Luís Batista, Diogo Sousa, Gonçalo Medeiros, Carlos Almeida e João Almeida por me darem todos os dias a sua boa disposição e pura amizade.

À Ana Baptista, Flavia Ciappina, José Escamilla e Riccardo Zecchi por terem vivido comigo um sonho bem real e por me terem dado, eles próprios, a maravilhosa luz das suas vidas.



Resumo:

O presente relatório destina-se a realizar uma análise e discussão fundamentadas da atividade clínica realizada pelo seu autor durante o último ano de formação no Mestrado Integrado de Medicina Dentária (MIMD) da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, no período compreendido entre setembro de 2019 e maio de 2020. Trata-se de um método que, permitindo a valorização do futuro profissional no mercado de trabalho, leva a uma profunda reflexão de toda a prática realizada em contexto clínico, com os seus êxitos e as suas falhas, constituindo-se como uma base de aprendizagem muito forte.

A ação clínica foi obtida através de dois contextos clínicos com marcadas diferenças, no primeiro semestre no *Hospital Odontològic da Universidade De Barcelona, Campus de Bellvitge-Fundació Josep Finestres*, em Espanha no âmbito do programa de mobilidade Erasmus + , e o segundo semestre na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu. Esta exposição pretende, também, descrever um pouco desta experiência única de contacto com diferentes culturas, formas de trabalhar, procedimentos, ao aumento da capacidade de adaptação a meios adversos através da recolha de dados elaborada, realizando uma contextualização do paradigma da Medicina Dentária em Portugal e Espanha.

Os dados recolhidos foram inseridos e avaliados numa base de dados realizada na plataforma Microsoft Office Excel® (2019) (Microsoft®, EUA) tendo-se a partir daí realizado uma análise estatística descritiva fazendo-se referência a aspetos mais gerais como a área disciplinar inserida (sendo que o primeiro semestre foi em contexto de clínica integrada) e a intervenção como operador/assistente e seguidamente a características que dizem respeito ao paciente como a idade, o sexo, o número de consultas, a história clínica, a medicação e os fatores de risco.

A frequência nas mais variadas áreas disciplinares conduz o estudante a uma melhor preparação para enfrentar a diversidade de casos que poderão chegar-lhe ao consultório dentário, sendo que as disciplinas com prática clínica foram: Clínica Integrada, Dentisteria Operatória, Ortodontia, Oclusão, Cirurgia Oral, Endodontia, Periodontologia, Prótese Removível, Prótese Fixa, Odontopediatria e Medicina Oral.

Por fim, são apresentados casos clínicos concretos com uma ponderação crítica com recurso a referências bibliográficas de literatura científica existente e atualizada.

Palavras-chave: Atividade Clínica, Cirurgia Oral, Clínica Integrada, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Dentária Portugal, Medicina Dentária Espanha, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prótese Fixa , Prótese Removível.



Abstract:

The purpose of this report is to conduct a reasoned analysis and discussion of the clinical activity carried out by the author of the work during his last year of training in the Integrated Master of Dental Medicine (MIMD) of the Universidade Católica Portuguesa de Viseu, in the period between September 2019 and May 2020. It is a method that, allowing the valorization of the professional future in the job market, leads to a deep reflection of the whole practice carried out in a clinical context, with its successes and failures, constituting itself as a very strong learning base.

The clinical action was obtained through two clinical contexts with marked differences, in the first semester at the Hospital Odontològic of the University of Barcelona at Campus of Bellvitge-Fundació Josep Finestres, in Spain under the Erasmus + mobility program and the second semester at the University Dental Clinic of the Faculty of Dental Medicine of the Universidade Católica Portuguesa de Viseu. This exhibition also intends to describe a little of this unique experience of contact with different cultures, ways of working, procedures, increasing the capacity to adapt to adverse environment through the elaboration of clinical data, creating a contextualization of the Dental Medicine paradigm in Portugal and Spain.

The collected data were inserted and evaluated in a database carried out on the Microsoft Office Excel® platform (2019) (Microsoft®, USA having since then carried out a descriptive statistical analysis referring to more general aspects such as the subject area inserted (the first semester was in the context of an integrated clinic) and the intervention as an operator / assistant and then the characteristics that concern the patient, such as age, sex, number of consultations, clinical history, medication and risk factors.

The frequency in the most varied disciplinary areas leads the student to a better preparation to face the diversity of cases that may reach him / her in the dental office, and the disciplines with clinical practice were: Integrated Clinic, Operative Dentistry, Orthodontics, Occlusion, Oral Surgery, Endodontics, Periodontology, Removable Prosthesis, Fixed Prosthesis, Pediatric Dentistry and Oral Medicine.

Finally, concrete clinical cases are presented with a critical weighting using bibliographic references of existing and updated scientific literature.

Keywords: Clinical Activity, Dental Medicine Portugal, Dental Medicine Spain, Integrated Clinic, Operative Dentistry, Orthodontics, Occlusion, Oral Surgery, Endodontics, Periodontology, Removable Prosthesis, Fixed Prosthesis, Pediatric Dentistry and Oral Medicine





Índice Geral

Conteúdo

I.	Introdução	1
II.	Objetivos	7
III.	Materiais e Métodos	11
IV.	Resultados	15
	4.1 Caracterização geral	15
	4.2 Caraterização da amostra segundo cada área disciplinar	19
	4.2.1. Dentisteria Operatória.....	21
	4.2.2. Medicina Oral	24
	4.2.3. Periodontologia.....	25
	4.2.4. Odontopediatria	28
	4.2.5. Endodontia.....	29
	4.2.6. Cirurgia Oral	31
	4.2.7. Prostodontia Removível.....	32
	4.2.8. Prostodontia Fixa	35
	4.2.9. Oclusão	38
	4.2.10. Ortodontia	40
V.	Casos Clínicos Diferenciados	45
	5.1. Caso clínico.....	45
	1-Restaurações estéticas em zona anteroinferior com recurso a matriz transparente	45
	5.2. Caso clínico	55
	2- Reabilitação oral com prótese parcial removível superior	55
VI.	Bibliografia	69

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Número de consultas como assistente e operador	15
Gráfico 2- Número de primeiras consultas, consultas de urgência e consultas de continuação de tratamento.....	15
Gráfico 3- Distribuição dos pacientes por sexo	16
Gráfico 4- Distribuição dos pacientes por idade	16
Gráfico 5- Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores	17
Gráfico 6- Distribuição dos pacientes fumadores por idade	17
Gráfico 7- Percentagem de pacientes que escova os dentes 1 ou 2 vezes por dia	18
Gráfico 8- Distribuição do número de consultas por área disciplinar.....	19
Gráfico 9- Número de desmarcações ou faltas em relação ao número total de consultas	20
Gráfico 10- Número de consultas como assistente e operador, em Dentisteria Operatória.....	22
Gráfico 11- Motivos de consulta, em Dentisteria Operatória	22
Gráfico 12- Número de atos clínicos, segundo o procedimento realizado.....	23
Gráfico 13- Número de consultas como assistente e operador, em Medicina Oral	24
Gráfico 14- Número de consultas como assistente e operador, em Periodontologia.....	26
Gráfico 15- Diagnósticos obtidos nas consultas de Periodontologia	26
Gráfico 16- Tipo de atos clínicos, como operador, em Periodontologia.....	27
Gráfico 17- Número de consultas como assistente e operador, em Odontopediatria.....	28
Gráfico 18- Número de consultas como assistente e operador, em Endodontia	29
Gráfico 19- Motivos de consulta, em Endodontia, diagnóstico dos pacientes tratados	30
Gráfico 20- Número de consultas como assistente e operador em Cirurgia Oral	31
Gráfico 21- Número de consultas como assistente e operador, em P. Removível	33
Gráfico 22- Tipos de consulta, em P. Removível.....	33
Gráfico 23- Número de consultas como assistente e operador, em P. Fixa	36
Gráfico 24- Tipos de consulta, em P. Fixa	36
Gráfico 25- Número de consultas como assistente e operador, em Oclusão	39

Índice de imagens

Figura 1- Tratamentop endodôntico do dente 4.2	30
Figura 2- PPR esquelética superior	34
Figura 3- Prótese total superior	34
Figura 4- Ortopantomografia do paciente	48
Figura 5- Fotografia intraoral inicial frontal	48
Figura 6 - Fotografia intraoral inicial fontal com a inserção das próteses	48
Figura 7- Fotografia intraoral inicial fontal com a inserção das próteses em intercuspidação máxima	48
Figura 8- Confeção de matriz de silicone transparente	49
Figura 9- Elaboração de enceramentos de diagnóstico	49
Figura 10- Prova da matriz em boca	50
Figura 11- Recobrimento dos dentes adjacentes (3.4, 3.2, 4.1, 4.3)	50
Figura 12- Recobrimento dos dentes adjacentes (3.4, 3.2, 4.1, 4.3)	50
Figura 13- Fotopolimerização com matriz de silicone transparente	50
Figura 14- - Restauração dos dentes 3.3, 3.1, 4.2	51
Figura 16- Fotografia intraoral final já com as restaurações executadas	51
Figura 15- Recobrimento dos dentes 3.3,3.1,4.2,4.4	51
Figura 17- Fotografia intraoral final já com as restaurações executadas com vista por lingual	51
Figura 18- Fotografia intraoral final já com as restaurações executadas	51
Figura 19- Fotografia intraoral final fontal na consulta de controlo	52
Figura 20- Fotografia intraoral final da lateral esquerda na consulta de controlo	52
Figura 21- Fotografia intraoral final da lateral direita na consulta de controlo	52
Figura 22- Fotografia intraoral final, vista por lingual, na consulta de controlo	53
Figura 23- Ortopantomografia do paciente	58
Figura 24 – Fotografia intra-oral inicial frontal	58
Figura 25– Fotografia intra-oral inicial lateral direita	58
Figura 26- Fotografia intra-oral inicial lateral esquerda	58
Figura 27- Fotografia intraoral inicial maxilar superior	59
Figura 28- Fotografia intraoral maxilar inferior	59
Figura 29- Periodontograma inicial	59
Figura 30- Fotografia frontal dos modelos de gesso	61
Figura 31- Fotografia da lateral esquerda dos modelos de gesso	61
Figura 32- Fotografia da lateral direita dos modelos de gesso	61
Figura 33- Modelo definitivo superior	61
Figura 34– Modelo definitivo inferior	61
Figura 35- Fotografia da moldeira individual do maxilar inferior	62
Figura 36- Fotografia da moldeira individual do maxilar superior	62
Figura 37– Prova de esqueleto superior com rolos de cera articulados	62
Figura 38- Seleção da cor dos dentes da prótese	62
Figura 39- Nova seleção da cor dos dentes da prótese	63
Figura 40- Montagem dos modelos em articulador não ajustável	63
Figura 41- Colocação de cera rosa para novo registo intermaxilar	63

Figura 42- Consulta de inserção da prótese	64
Figura 43- Fotografia intraoral final frontal.....	64
Figura 44- Fotografia intraoral final da teral direita	65
Figura 45- Fotografia intraoral final da lateral esquerda	65

Lista de Siglas

FDI- World Dental Federation

ADA- American Dental Association

OMD- Ordem dos Médicos Dentistas

OMS- Organização Mundial de Saúde

FMD-UCP- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu

IUCS-Cespu- Instituto Universitário de Ciências da Saúde-Cespu

FMDUP- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

UFP- Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

FMUC- Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

ISCS Egas Moniz- Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

PPR- prótese parcial removível

ALARA- As Low As Reasonably Achievable







Introdução





I. Introdução

A Saúde Oral, de acordo com a *World Dental Federation* (FDI), abrange vários aspetos, entre os quais a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, deglutir e transmitir uma variedade de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto ou doença do complexo craniofacial. A sua relação com a saúde geral do indivíduo é uma inevitabilidade, sendo mesmo, a cavidade oral, vista como o reflexo do corpo, podendo revelar deficiências nutricionais e sinais de outros problemas de saúde. A falta de Saúde Oral pode ser a causa para uma falta de saúde em geral do corpo humano, assim como uma consequência da mesma. (1)

Para o estabelecimento e manutenção da Saúde Oral é absolutamente necessária a Medicina Dentária. Segundo a *American Dental Association* (ADA), esta é definida como a avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento (procedimentos não cirúrgicos, cirúrgicos ou relacionados) de doenças, distúrbios e/ou condições da cavidade oral, área maxilofacial e/ou estruturas adjacentes e associadas e o seu impacto sobre a corpo humano. (2)

Existe evidência científica que a prática da Medicina Dentária existe, pelo menos, desde 7000 antes de cristo. O progresso desta arte evoluiu à medida que a própria sociedade também o fez, com grandes contributos das civilizações egípcia, chinesa e grega. É, no entanto, a partir da sociedade árabe que começa o grande processo que ditará os futuros pilares desta profissão, contribuindo muito para o estudo de métodos conservadores no tratamento dentário, de forma a evitar as exodontias tão frequentes em casos de odontalgia, o estudo de tratamentos da doença periodontal e periapical... (3) Em relação ao contexto português é possível verificar que até ao século XIX esta atividade dizia respeito a «arrancadores» de dentes, barbeiros, cirurgiões e dentistas, sendo que atualmente é exercida por médicos especialistas em Estomatologia e Médicos Dentistas. Nesta equipa integrada de cuidados de Saúde Oral é ainda possível inserir o Higienista Oral, a Assistente Dentária e o Técnico Superior de Prótese Dentária. (4)

Números de 2019 da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) de Portugal referem a existência de um universo de mais de dez mil médicos dentistas em atividade no país, sendo que existe um aumento cada vez menor de inscrições na Ordem, devido ao fluxo migratório que se verifica para países como França e Reino Unido. O rácio de número de habitantes para um médico dentista é de 1 058, um valor muito abaixo das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que defende um rácio de um médico dentista para 1 500 a 2 000 habitantes, na Europa Ocidental. (5)

A razão para os profissionais da área irem para o estrangeiro poderá estar relacionada com o trabalho cada vez mais precário que está a surgir, principalmente em início de carreira. Apesar de tudo, a inserção no mercado de trabalho dos médicos dentistas é rápida: 78% inicia a atividade em menos de seis meses e em 40% dos casos não chega a um mês. No entanto, estes valores são condicionados por quem se formou há mais de dez anos: 60% começou a trabalhar em menos de um mês. (5)

Relativamente aos estudantes, verifica-se que o número de estudantes de Medicina Dentária, no geral, tem aumentado. Este sustenta-se na crescente presença de estudantes estrangeiros, à volta dos 37.5%, demonstrantes de uma mudança de paradigma nas universidades. Existem no total 3592 estudantes que estão repartidos por sete instituições superiores de Medicina Dentária do país, nomeadamente pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu (FMD-UCP), Instituto Universitário de Ciências da Saúde-Cespu (IUCS-Cespu), Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (UFP), área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCS Egas Moniz). A quantidade de alunos e o crescimento anual apresentam-se como sinais de preocupação para o futuro da atividade. (5)

O barómetro de Saúde Oral de 2019 concede uma avaliação do estado atual de Saúde Oral dos portugueses. Nele consta que a taxa de portugueses que escovam os dentes pelo menos duas vezes por dias é de 78%, sendo que o uso de fio dentário e elixir com a mesma frequência é bastante residual, não ultrapassando os 9%. Um dado que poderá ter bastante relevância é o facto de apenas 31% dos portugueses terem a dentição completa, sendo que mais de metade da população já foi submetida a um tratamento reabilitador, o que demonstra o aumento de interesse com o passar dos anos na cavidade oral. (6)

Cerca de 32% dos portugueses nunca visitam o médico dentista ou apenas vão em caso de urgência, número que sobe para 47% quando se foca apenas no segmento com falta de mais de seis dentes naturais. Mais de um terço da população não vai a uma consulta há mais de um ano. (6)

A área de Medicina Dentária tem tido cada vez mais debate sobre qual deverá ser a sua posição no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A sua inserção no mesmo é, no entanto, desconhecida para 59,4% da população portuguesa, porém, este número tem vindo a reduzir ao longo do tempo. Em 2014, o número de portugueses que desconheciam a oferta do SNS ascendia a 70.7%. (6)

A OMD dispõe de um programa nacional de Saúde Oral que se prende pela presença de médicos dentistas em cuidados de saúde primária, o Cheque Dentista e o Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. (7)

Numa breve análise sobre o contexto espanhol, com dados do *Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España*, é possível observar que existem cerca de 39000 médicos dentistas, com um rácio de número de habitantes para um médico dentista de 1200 (melhor rácio que em Portugal, no entanto ainda insuficiente), com 1750 dentistas a formarem-se a cada ano, o que revela um cenário bastante semelhante com o português. (5,8) A atividade profissional é, tal como em Portugal, maioritariamente privada, existindo uma progressiva deterioração da profissão em Espanha. Existem aproximadamente 9846 estudantes de Medicina Dentária em Espanha distribuídos por 12 faculdades públicas (incluindo-se a área da Medicina Dentária de Universidade de Barcelona) e 11 faculdades privadas. (5, 9, 10) Em termos de Saúde Oral, perto de 70% da população realiza higienização oral com escovagem dos dentes duas vezes por dia (inferior comparativamente com Portugal), sendo que 34% dos espanhóis fazem uso do fio dentário (superior comparativamente com Portugal). Cerca de 62% dos adultos entre os 35 e os 44 anos já perdeu, pelo menos um dente. Mais de metade da população espanhola não vai a um consultório de um médico dentista há mais de um ano, na sua maioria por pensar que não necessitam de nenhum tratamento (superior comparativamente com Portugal). A prevalência de cárie dentária entre os dois países é semelhante. (6, 10)

Neste documento são apresentados atos clínicos diferenciados em dois ambientes clínicos diferentes, sendo que o registo não foi concluído até ao final do ano letivo, devido à pandemia por Covid 19, que inviabilizou a continuação da prática em ambiente clínico.

O primeiro ambiente clínico experienciado foi realizado no *Hospital Odontològic da Universidade De Barcelona, Campus de Bellvitge- Fundació Josep Finestres*. Este hospital divide-se em sete pisos, em que cada um apresenta diferentes mais-valias para a população, chegando a ter um piso apenas para intervenção em pessoas imunocomprometidas. O hospital disponibiliza à população serviço de Primeiras Visitas e Urgências, serviço de Odontopediatria, serviço de Ortodontia, Unidade de Pacientes com Patologia Associada, serviço de Procura e Recomendação Sanitárias, serviço de Medicina Dentária Preventiva, serviço de Periodontologia, serviço de Medicina Dentária Conservadora, Serviço de Medicina Dentária Cirúrgica e Serviço de Prótese e Oclusão. Existe também uma equipa de enfermagem especializada, que assiste todos os serviços. Para além destes serviços, os alunos têm ao seu dispor outros, mediante a exigência do seus casos, de que são exemplos os serviços de máster. No último ano de graduação, os alunos têm acesso ao serviço de

Clínica Integrada e ao Serviço de Primeiras Visitas e Urgências. As aulas foram realizadas no 1º piso, gabinete 1. Cada gabinete possui, no mínimo, 20 boxes. (11)

Praticamente todo o material está organizado por bancadas, segundo a sua área disciplinar, sendo que existem kits previamente preparados para as áreas de Dentisteria e Endodontia. O destarterizador não se encontra acoplado em cada box, sendo que existem cerca de oito em cada gabinete. Em casos de cirurgia existe todo o tipo de material de proteção e desinfecção para uso de forma obrigatória, incluindo luvas, fato cirúrgico, touca, aspiradores e aventais esterilizados.

No hospital todos os procedimentos passam pela elaboração de um consentimento informado e quaisquer que fossem as fotos a realizar teriam, também, de ser autorizadas por escrito pelo paciente. Quanto à marcação de pacientes esta é feita de forma abundante pela receção, visto haver vários acordos com instituições, entre as quais a Cruz Vermelha Espanhola. As consultas são divididas em consultas em serviço de Clínica Integrada (consultas de 1ª visita e consultas normais onde se pode fazer qualquer tipo de ato clínico ao nível de um aluno de Pré Graduação) e consultas de emergência. Três das 20 boxes disponíveis ficam reservadas para o atendimento de pacientes de urgência, rodando diariamente pelas restantes boxes. A 1ª visita é uma consulta realizada com objetivo de elaborar um diagnóstico, com todos os meios auxiliares de diagnóstico e posterior realização de um plano de tratamento, na maioria das vezes, sem execução de nenhum procedimento clínico na mesma consulta visto tornar-se uma consulta demorada e em que todos os pormenores são tidos em consideração.

Todos os atos complexos, que exigem um cuidado maior, quer pela intervenção em si, quer pelo risco inerente ao paciente, são encaminhados para o serviço de Máster.

Em relação ao registo dos atos clínicos, este é feito em “cadernetas” que os docentes disponibilizam em cada aula para ir apontando tudo o que é feito, sendo a nota final o resultado da apreciação geral de todos os atos e a apresentação de três casos clínicos.

O registo fotográfico é realizado através do telemóvel pessoal de cada um, visto existir máquina fotográfica apenas em serviços de Máster ou em casos de Ortodontia.

A obtenção da visualização de imagem radiográfica periapical ou interproximal é feita por revelação em Vista Scan, sendo que existem 2 aparelhos por gabinete.

O software do hospital é o Gesden G5 e Planmeca Dimaxis Pro 3.2.5 (2004).

No final das consultas todos os alunos são instruídos a desinfetar o seu local de trabalho, o material usado em consulta e, posteriormente, a embalá-lo para ser recolhido pelas enfermeiras auxiliares.

O segundo contexto apresentado neste relatório é da Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica de Viseu que apresenta 36 boxes com seis das mesmas com aparelhos radiográficos. Existe, também, um gabinete para consulta externa. A clínica realiza todos o tipo de atos clínicos que abrangem as áreas de Dentisteria Operatória, Ortodontia, Oclusão, Cirurgia Oral, Endodontia, Periodontologia, Prótese Removível, Prótese Fixa, Odontopediatria, Medicina Oral e Implantologia, sendo que existem pós graduações de Cirurgia Oral e Periodontologia. Não existe propriamente o conceito de 1ª visita, podendo esta ser feita em qualquer área disciplinar com ato clínico na mesma consulta, de acordo com as condições do paciente. Uma equipa de colaboradores com formação básica na área assegura o normal funcionamento da clínica.

(12)

Praticamente todo o material na clínica é fornecido pelos colaboradores, que, previamente, preparam os kits para cada área disciplinar, disponibilizando o restante material conforme solicitação do estudante/docente.

Em relação ao consentimento informado este apenas é solicitado em casos específicos, principalmente em Odontopediatria e Implantologia. Quanto à marcação de pacientes esta é realizada de forma menos abundante, comparativamente a Barcelona, visto a clínica não ter tantos acordos assinados com outras instituições.

Os atos mais complexos que exigem um cuidado maior, quer pela intervenção em si, quer pelo risco inerente ao paciente, são encaminhados para as pós graduações de Cirurgia Oral e Periodontologia ou para a consulta externa, sendo executado por docentes da faculdade, muitas vezes com a possibilidade de auxílio ou observação por alguns alunos.

Cada unidade curricular possui a sua ficha de registo para cada aluno, onde o ato realizado pelo aluno é registado e avaliado.

O registo fotográfico dos casos é realizado através de uma máquina fotográfica profissional Canon EOS 400D que a clínica disponibiliza.

A obtenção da visualização de imagem radiográfica periapical ou interproximal é feita por radiografia digital.

O software da clínica é o Newsoft DS 2014 e Planmeca Dimaxis Pro 3.2.5 (2004)

No final das consultas todo o material e ambiente clínico é limpo, desinfetado, embalado e esterilizado pelos colaboradores da clínica.

A diferença denotada entre os atos clínicos como operador e como assistente deve-se ao facto de a atividade clínica no 1º semestre ter sido em ambiente de clínica integrada, onde, por norma, a mesma pessoa do binómio realiza todos os tratamentos a um mesmo paciente.

Neste documento é feita uma reflexão crítica de todos os atos clínicos que decorreram no 5º ano nos dois contextos anteriormente apresentados, pelo seu autor.

De forma a finalizar o relatório são apresentados dois casos diferenciados, os quais dizem respeito a restaurações antero-inferiores com resinas compostas estéticas e uma reabilitação oral com recurso a uma prótese parcial removível (PPR) superior.

II. Objetivos

Este relatório de atividade clínica pretende reunir todos os dados dos atos clínicos realizados pelo autor durante o ano letivo 2019/2020, permitindo uma retrospectiva geral de todos os procedimentos executados, conferindo ao mesmo tempo uma grande aprendizagem e visão sobre a área, preparando-o melhor para enfrentar os desafios da profissão.

Deste modo, este trabalho permite ao futuro Médico Dentista:

- Ser eficiente a usar as tecnologias de informação, principalmente no que diz respeito à área de saúde;
- Obter respeito, consideração e reconhecimento da confidencialidade dos dados dos pacientes;
- Saber realizar uma correta anamnese;
- Adquirir destreza e experiência clínica;
- Reconhecer a necessidade de formação contínua ao longo da carreira profissional;
- Avaliar a necessidade dos meios auxiliares de diagnóstico, tendo sempre o princípio “*As Low As Reasonably Achievable*” (ALARA) presente;
- Compreender quais são os problemas de Saúde Oral inerentes às populações e a forma de os resolver;
- Identificar as limitações clínicas e discernir sobre o momento correto para a derivação de pacientes;
- Conhecer e realizar o diagnóstico diferencial e plano de tratamento da melhor forma possível;
- Alcançar capacidade de interação em diferentes ambientes, adquirindo autonomia e aptidão para se adaptar a diferentes situações;
- Comparar diferenças relacionadas com a Medicina Dentária existentes entre Portugal e Espanha



Materiais e Métodos

III. Materiais e Métodos

Na realização deste relatório foi essencial o uso dos motores de busca Pubmed e Google Académico.

A amostra utilizada prende-se com os pacientes atendidos no *Hospital Odontològic da Universidade De Barcelona, Campus de Bellvitge- Fundació Josep Finestres*, Espanha, durante o 1º semestre, de setembro a fevereiro, e os pacientes atendidos na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu durante o 2º semestre, de março a abril do ano letivo de 2019/2020.

A informação recolhida no 1º semestre foi através do software Gesden G5 e Planmeca Dimaxis Pro 3.2.5 (2004) e no 2º semestre através do software Newsoft DS 2014 e Planmeca Dimaxis Pro 3.2.5 (2004).

Os dados recolhidos foram inseridos e avaliados numa base de dados realizada na plataforma Microsoft Office Excel® (2019) (Microsoft®, EUA) tendo-se a partir daí realizado uma análise estatística descritiva fazendo-se referência a aspetos mais gerais como a área disciplinar inserida (sendo que o 1º semestre foi em contexto de clínica integrada) e a intervenção como operador/assistente e seguidamente a características que dizem respeito ao paciente como a idade, o sexo, o número de consultas, a história clínica e os fatores de risco.

Para finalizar são apresentados dois casos clínicos mais diferenciados que foram realizados na Clínica Dentária Universitária de Viseu, os quais são sujeitos a uma discussão e compreensão mais profunda.

Resultados: Dados da Atividade Clínica

IV. Resultados

4.1 Caracterização geral

Esta secção baseia-se na atividade clínica que o autor desenvolveu durante o ano letivo 2019/2020, tendo atendido no total 36 pacientes.

Ao todo realizaram-se 90 consultas, das quais 55 foram como operador e 35 como assistente (gráfico 1), tendo sido quatro consultas de urgência, 11 consultas de 1ª visita e 75 consultas de continuação de tratamento (gráfico 2).

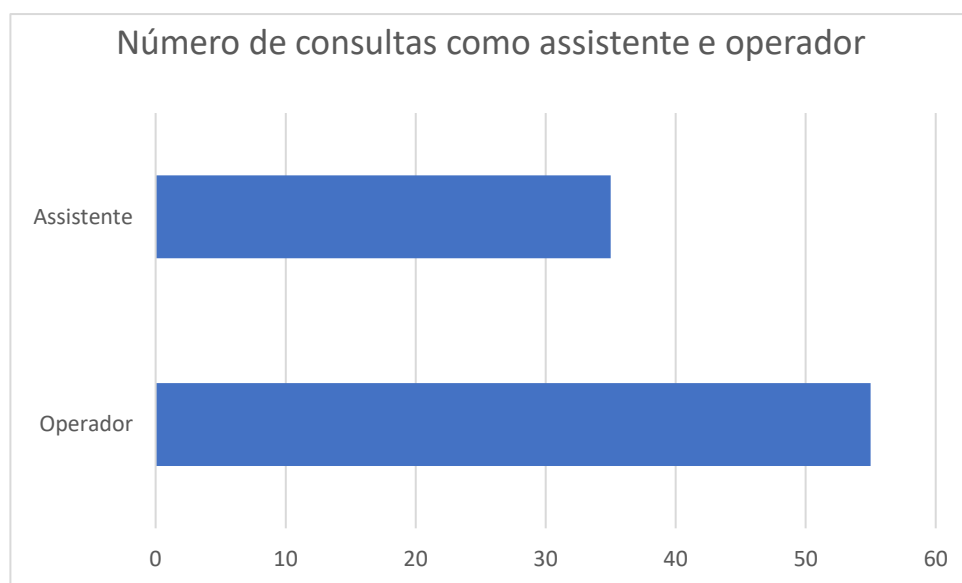


Gráfico 1- Número de consultas como assistente e operador



Gráfico 2- Número de primeiras consultas, consultas de urgência e consultas de continuação de tratamento

Dos 36 pacientes, 21 foram do sexo masculino e 15 do sexo feminino, tal como se pode observar no gráfico 3.

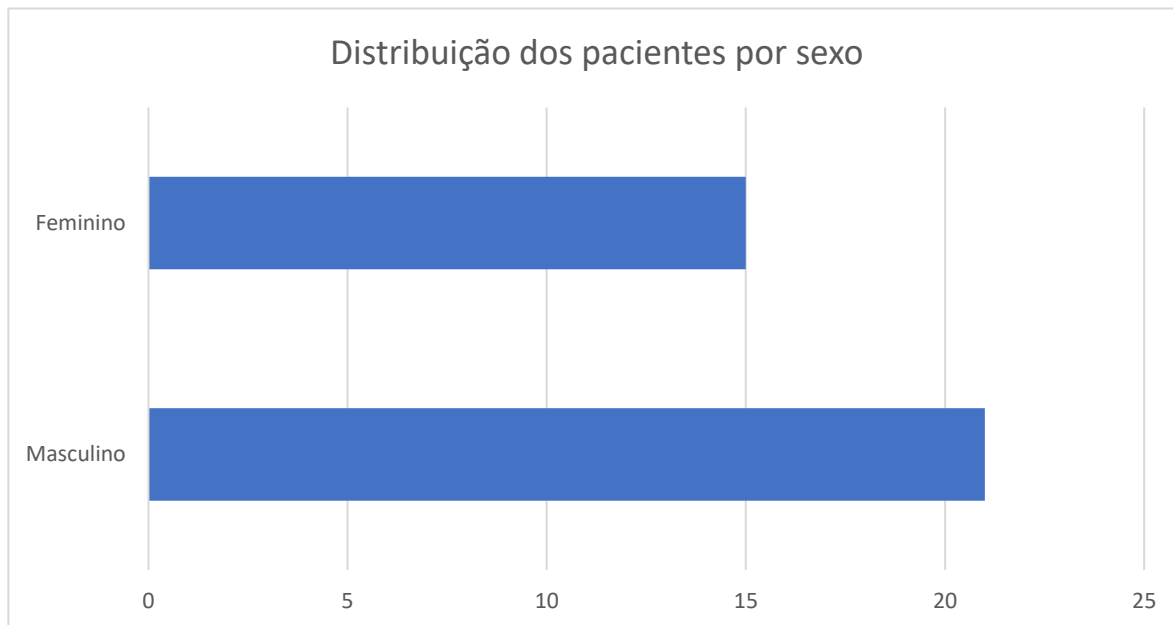


Gráfico 3- Distribuição dos pacientes por sexo

Relativamente às idades dos pacientes foi feita a sua divisão por intervalos etários, apresentando-se o intervalo dos 40 aos 50 anos como o mais prevalente, como se pode observar no gráfico 4.

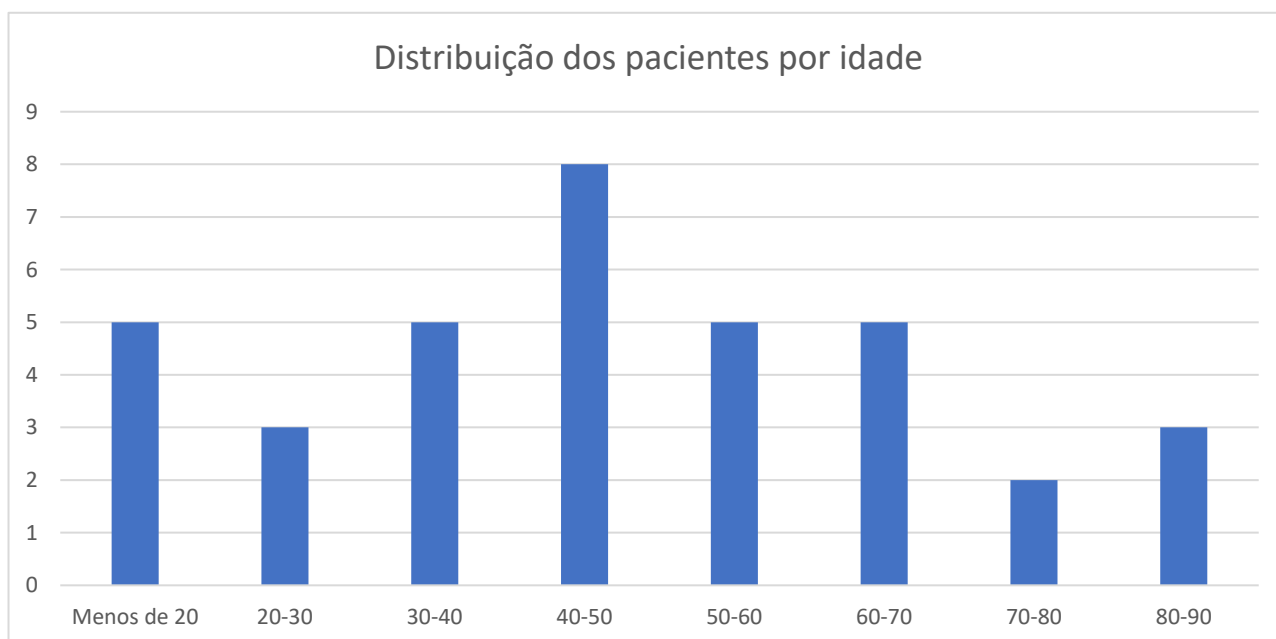


Gráfico 4- Distribuição dos pacientes por idade

A média de idades relativa aos pacientes atendidos fixou-se nos 46 anos, com uma idade mínima de atendimento de nove anos e uma idade máxima de 89 anos.

Existe evidência científica bastante significativa acerca do efeito que o tabagismo tem na saúde geral com o desenvolvimento de várias patologias na cavidade oral. (13) Deste modo é importante entender a prevalência de pacientes que chega ao ambiente clínico com hábitos tabágicos, assim como a sua faixa etária predominante. Verificou-se que dos 36 pacientes, apenas quatro eram fumadores, dos quais dois pertenciam ao intervalo dos 40 aos 50 anos, um pertencia ao intervalo dos 60 aos 70 anos e um ao intervalo dos 80 aos 90 anos (gráfico 5).

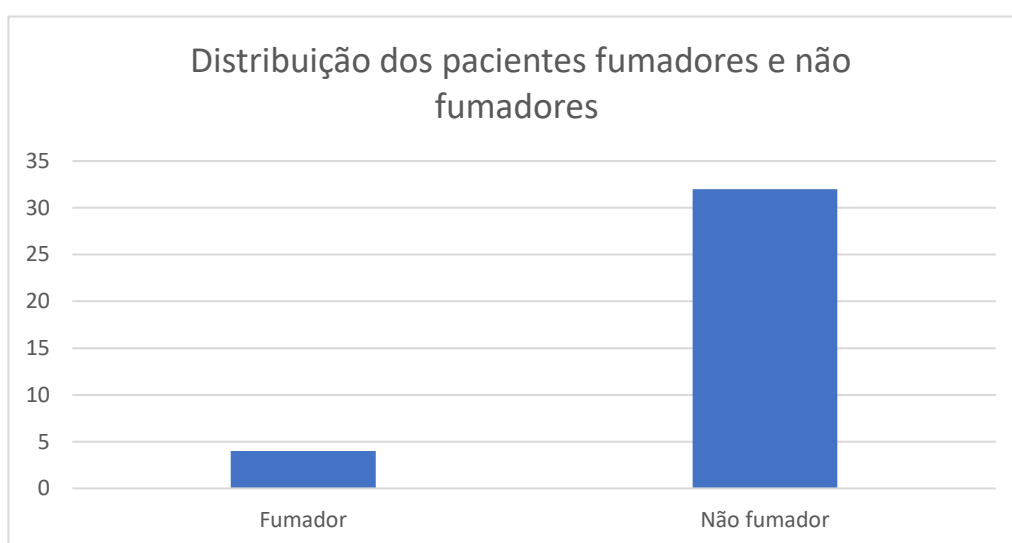


Gráfico 5- Distribuição dos pacientes fumadores e não fumadores

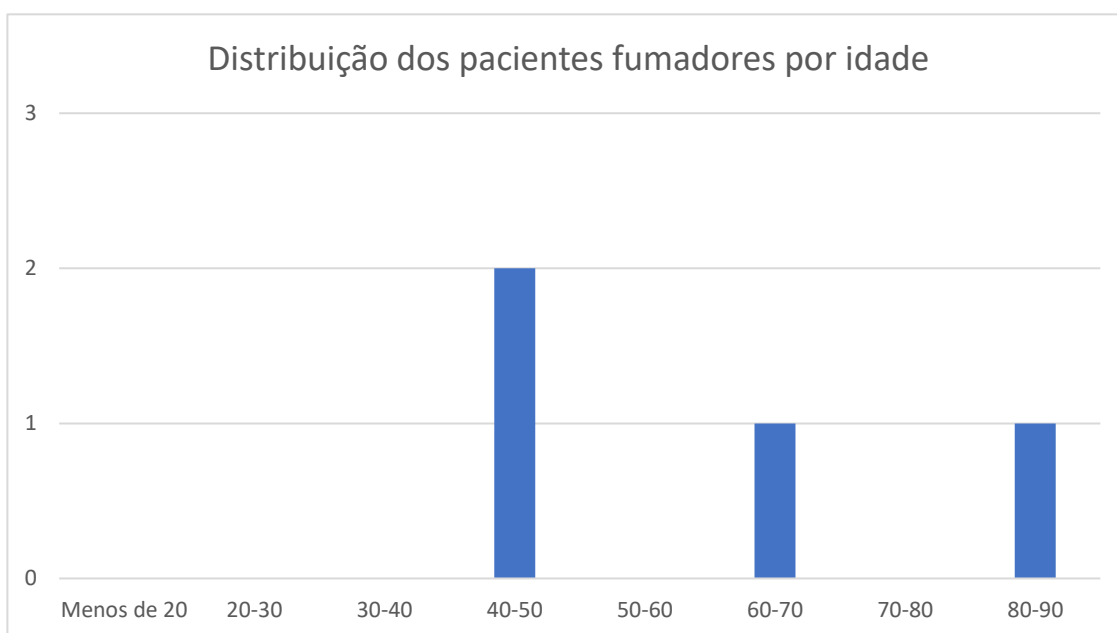


Gráfico 6- Distribuição dos pacientes fumadores por idade

Um conceito nuclear na prática da Medicina Dentária é a prevenção, sendo essencial que o profissional não se foque só no tratamento em si, mas também em prevenir que o paciente chegue novamente a um mau estado de Saúde Oral, o que conferirá ao mesmo melhor qualidade de vida e confiança inerente no médico dentista, que demonstra não se preocupar apenas com o aspeto económico da sua atividade. Por esta razão, é essencial saber os hábitos de higiene dos pacientes, sendo que é visível que o uso do fio dentário continua a não fazer parte dos mesmos no dia a dia, registando-se apenas 1 paciente que utiliza o fio dentário diariamente.

Relativamente à escovagem dentária é possível observar, no gráfico 7, que dos 36 pacientes, 28 fazem escovagem duas vezes por dia (78%), enquanto que oito pacientes a realizam apenas uma vez (22%).

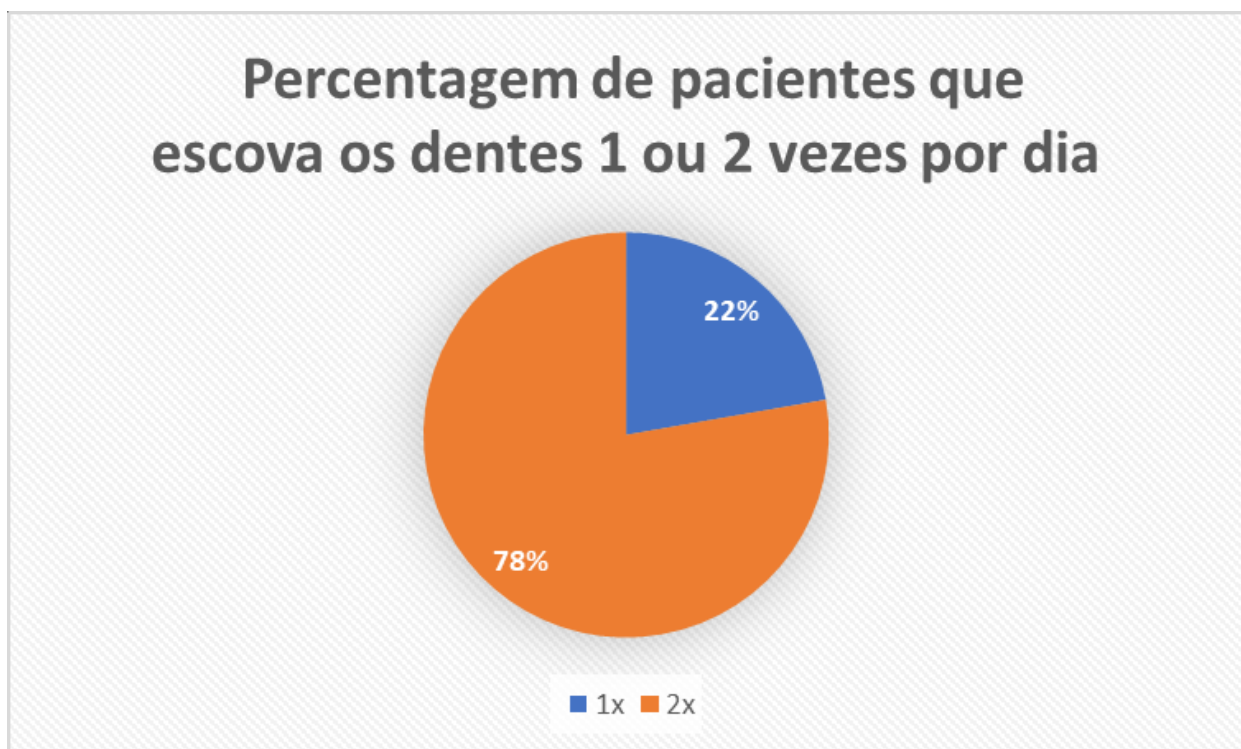


Gráfico 7- Percentagem de pacientes que escova os dentes 1 ou 2 vezes por dia

4.2 Caracterização da amostra segundo cada área disciplinar

No que diz respeito às consultas por área disciplinar, observa-se que o maior número reside nas áreas de prótese removível, periodontologia e dentisteria operatória (gráfico 8).

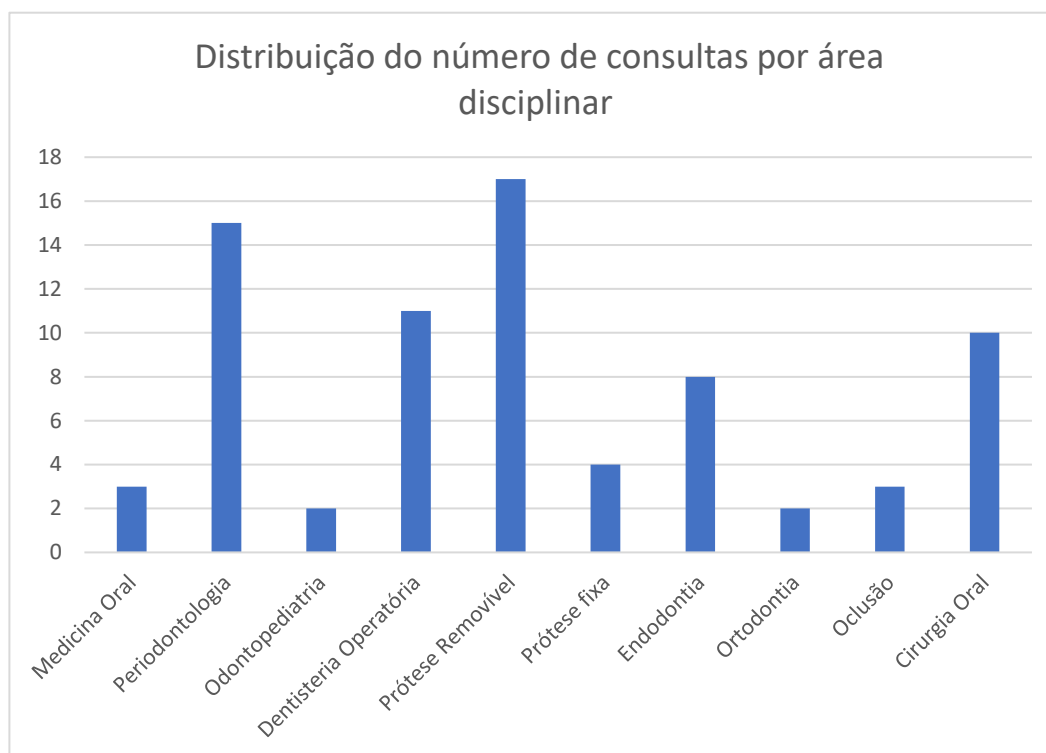


Gráfico 8- Distribuição do número de consultas por área disciplinar

Algo a considerar, também, num relatório desta natureza deve ser o número de faltas e desmarcações dos pacientes, que poderá prejudicar a prática do estudante, na medida em que o pode inibir de fazer outro tipo de casos diferenciados. Constata-se que houve 15 faltas e duas desmarcações, sendo que estas ocorreram no *Hospital Odontològic da Universidade De Barcelona*, não se podendo fazer a distribuição por área disciplinar, pois integravam a disciplina de clínica integrada, estando marcadas todas como primeiras visitas (gráfico 9).

Número de desmarcações ou faltas em relação ao número total de consultas

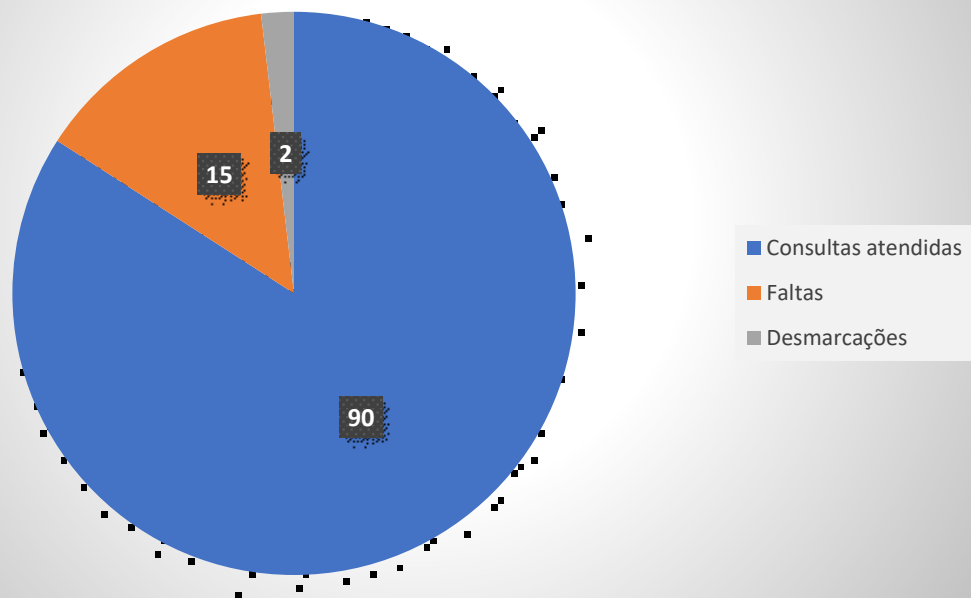


Gráfico 9- Número de desmarcações ou faltas em relação ao número total de consultas

4.2.1. Dentisteria Operatória

A Dentisteria Operatória é a área da Medicina Dentária que se dedica à restauração dos dentes devido a patologia, trauma ou desenvolvimento anormal, de forma a obter uma normal função, saúde e estética, através de técnicas de diagnóstico, preventivas, biológicas, mecânicas e terapêuticas, fazendo uso da ciência dos materiais e dos instrumentos ao dispor (14).

A causa mais frequente associada à atividade clínica a nível da dentisteria centra-se no desenvolvimento de cárie dentária, uma doença progressiva reversível (nos seus estágios iniciais) dos tecidos duros dentários, instigada pela ação das bactérias sobre carboidratos fermentáveis nas superfícies dos dentes, levando à desmineralização ácida e, finalmente, à destruição proteolítica do componente orgânico dos tecidos dentários. (15)

O diagnóstico de patologia pulpar é central nesta área disciplinar. Um dente numa condição não patológica responderá aos testes de sensibilidade (frios ou elétricos) dentro dos limites normais ou um pouco exagerados e apresentarão testes negativos à percussão e palpação, com uma imagem radiográfica apresentando uma aparência normal da câmara pulpar, canais radiculares e dos tecidos periapicais. Na pulpíte reversível existe uma inflamação da polpa que responde a qualquer tipo de estímulos (frio, calor, doce) podendo traduzir-se por uma dor leve a moderada de curta duração. Perante um estímulo frio, ocorre uma resposta rápida e intensa. Na ausência de um estímulo externo não apresenta qualquer sintomatologia. A pulpíte irreversível surge como uma dor crónica, localizada, que não é eliminada depois da aplicação de um estímulo doloroso, aumenta com o calor e diminui com o frio, tendo de ser o dente submetido a um tratamento endodôntico, ou, caso o dente não seja recuperável, através de uma exodontia. É necessário destacar que um estado de pulpíte de transição pode culminar em dúvidas no diagnóstico, pelo que habitualmente se opta pela realização de um tratamento de espera no qual se poderá aplicar uma proteção pulpar direta ou indireta. (16)

Exposição de dados

No total realizaram-se 11 consultas, das quais três foram enquanto operador e 11 na qualidade de assistente (gráfico 10).

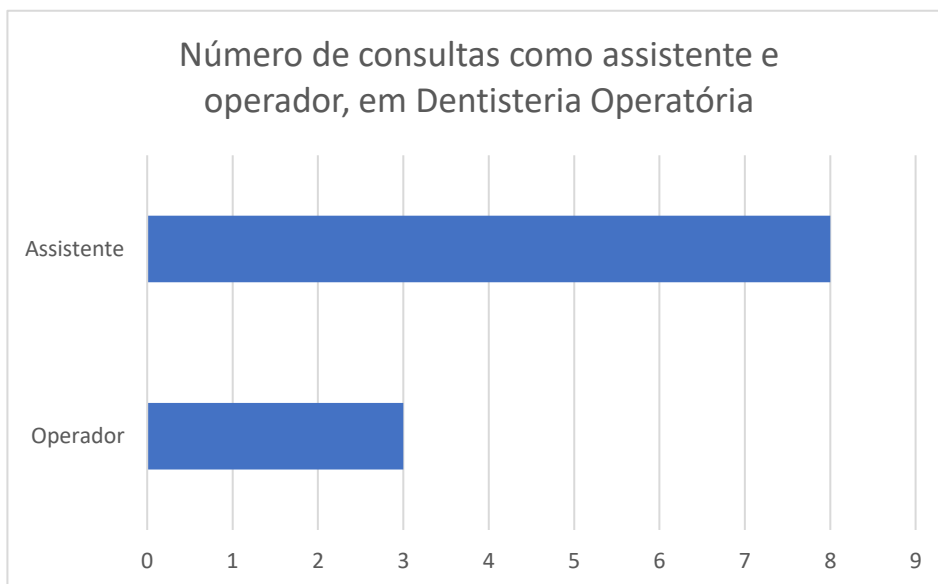


Gráfico 10– Número de consultas como assistente e operador, em Dentisteria Operatória

No que se refere aos motivos de consulta em Dentisteria Operatória, das 11 consultas totais, verificou-se que a cárie dentária era o principal motivo de consulta (quatro), tendo-se registado uma consulta de avaliação (gráfico 11).

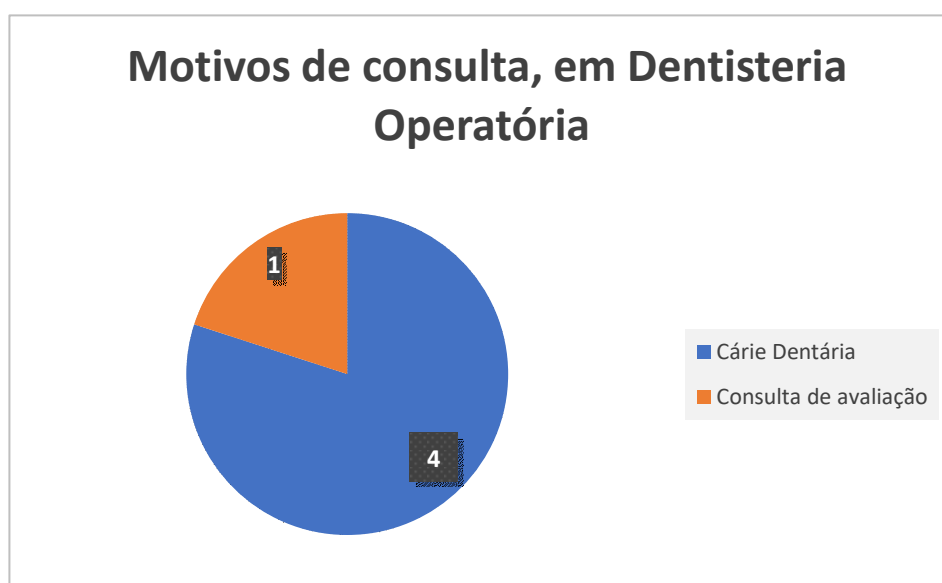


Gráfico 11– Motivos de consulta, em Dentisteria Operatória

A respeito do tipo de preparo cavitário executado, foram executadas e restauradas duas Classe I, uma Classe III e nove Classes V, sendo que, como operador, foram realizadas três Classes V e uma Classe III (gráfico 12).

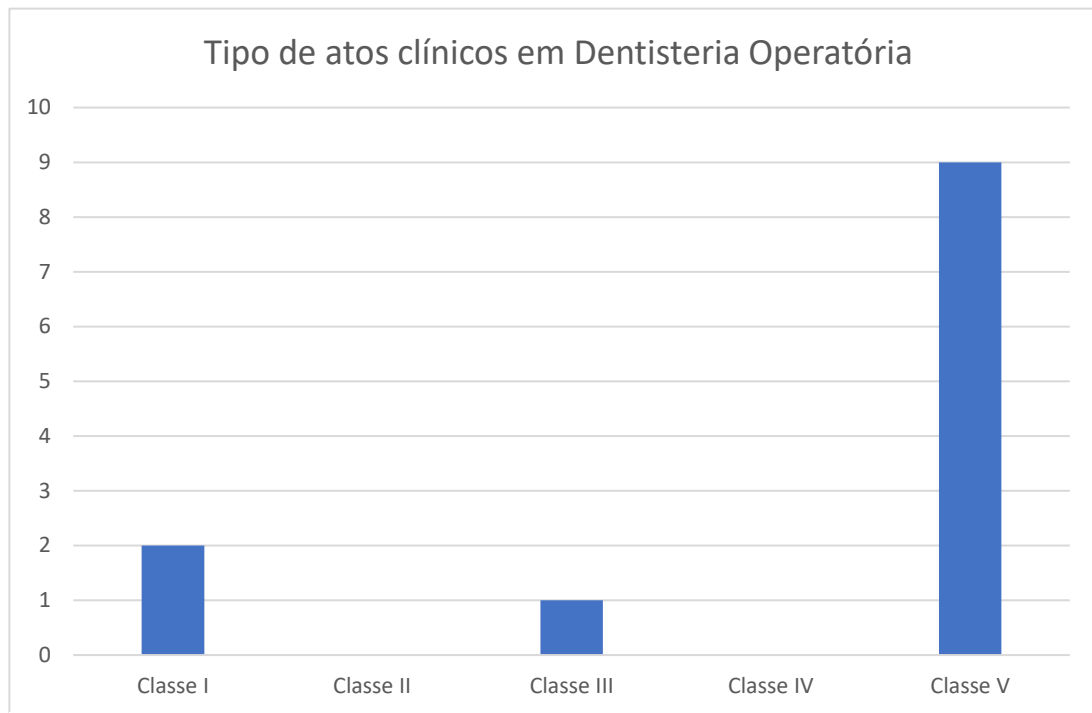


Gráfico 12– Número de atos clínicos, segundo o procedimento realizado

4.2.2. Medicina Oral

A medicina oral é a área da Medicina Dentária que se dedica à saúde e às doenças da cavidade oral e da região perioral, incluindo as doenças malignas, as manifestações orais de doenças sistémicas, o tratamento médico e cirúrgico destas situações, e ainda a prestação de cuidados de saúde oral aos doentes medicamente comprometidos. (17)

Os médicos dentistas devem ter um bom conhecimento sobre a patogenia, os aspetos clínicos (com exame extra oral e intraoral), tratamento e prognóstico para as doenças orais e periorais, de forma a, também, ter um contributo no tratamento disciplinar do paciente com uma boa comunicação com as outras áreas médicas. (18)

Exposição de dados

Efetuaram-se duas consultas, nas quais uma foi como operador e uma como assistente. A consulta como operador teve como referência um paciente com queixa na arcada superior do lado esquerdo desde há quatro meses. Este apresentava nevralgia do trigémeo diagnosticada há cerca de 14 anos. O paciente estava medicado com Carbamazepina, mas teve de a deixar de administrar devido aos efeitos secundários. Referiu usar Vimpat e Nolotil para eliminar a dor, mas não seria suficiente, porque continuaria com dor. Foram feitos testes de percussão, palpação (negativos) e uma nova ortopantomografia, de modo a perceber se a dor tinha uma origem dentária, no entanto essa hipótese foi descartada. Foi recomendado fazer uma nova consulta com o neurologista.

Na restante consulta foi feito o diagnóstico e encaminhamento para as áreas clínicas envolvidas no plano de tratamento.

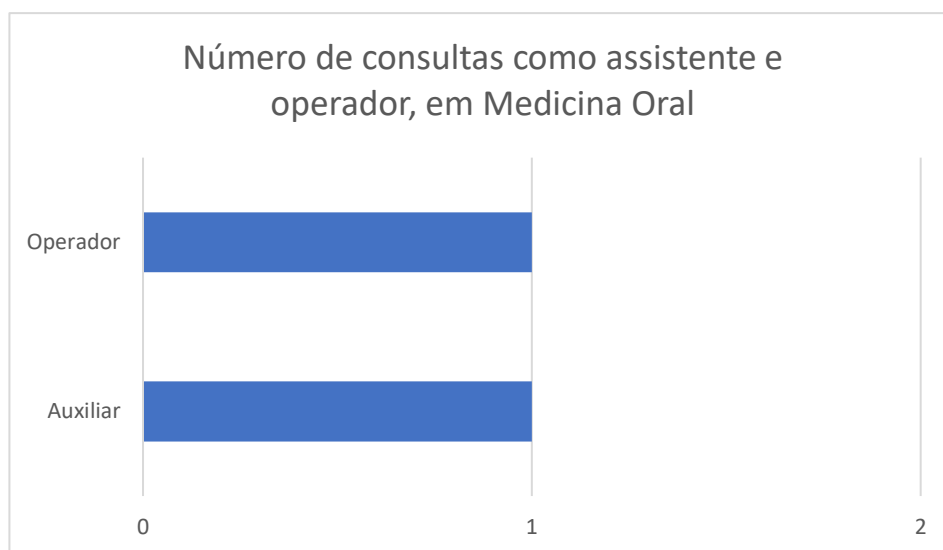


Gráfico 13– Número de consultas como assistente e operador, em Medicina Oral

4.2.3. Periodontologia

Periodontologia é o estudo do sistema especializado de tecidos duros e moles que sustentam os dentes e mantém a sua posição nas arcadas dentárias. Trata-se de um ramo da Medicina Dentária especializado na prevenção e tratamento de doenças dos tecidos de suporte dentário (o periodonto). (19)

O diagnóstico periodontal atual inclui modificações na sua classificação e terminologia, o que revela a necessidade de o profissional estar em constante formação e atualização. O diagnóstico pode, assim, ser categorizado como presença de saúde periodontal e gengival, gengivite induzida por biofilme (mediada ou não por fatores de risco sistêmicos ou locais) e periodontite, tendo em conta o estágio e o grau. A periodontite classificada em estágios, tendo em conta a perda de inserção clínica e outros fatores de complexidade e o grau que é modificado mediante a presença e quantidade de fatores de risco, que são o tabagismo e a diabetes mellitus. (20)

A periodontite estágio I tem como característica determinante, 1-2 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (< 15%), o estágio II com 3-4 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (15-33%), o estágio III com 5 mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica estendendo-se à metade ou ao terço apical da raiz e o estágio IV com 5 mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica estendendo-se à metade ou ao terço apical da raiz. O grau A representa um crescimento lento da doença periodontal, sem fatores de risco, sendo que o grau B representa um crescimento moderado em pacientes fumadores de menos de dez cigarros por dia ou com HbA1c < 7%. Por fim, o grau C é atribuído a pacientes com progressão rápido, fumadores de dez ou mais cigarros por dia ou pacientes com diabetes mellitus (HbA1c igual ou superior a 7%). (20)

Essencial e determinante nesta temática é o papel da terapêutica de manutenção, com bastante evidência científica da sua necessidade, de forma a não existir recorrência da patologia, tendo sempre em conta o biofilme como fator etiológico preponderante. (21)

A necessidade de se fazer uma avaliação de risco individual de cada paciente apresenta-se cada vez mais como um meio significativo de forma a prestar os melhores cuidados de saúde possível, demonstrando que se estão a dar passos muito positivos na investigação da periodontologia. (21)

Exposição de dados

Realizaram-se, no total, 15 consultas, das quais 11 como operador e quatro como assistente (gráfico 14).

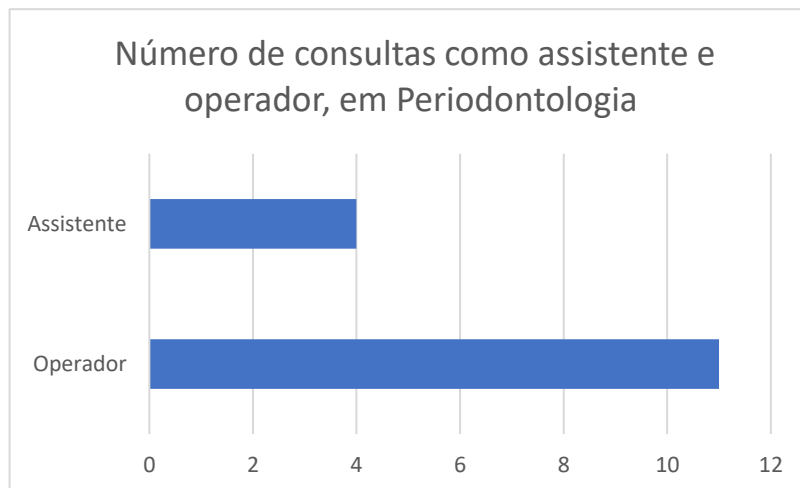


Gráfico 14– Número de consultas como assistente e operador, em Periodontologia

No que toca aos diagnósticos periodontais obtidos, observou-se igual ocorrência na periodontite estágio I, III e IV, tendo-se verificado maior prevalência do diagnóstico de periodontite estágio II (gráfico 15).

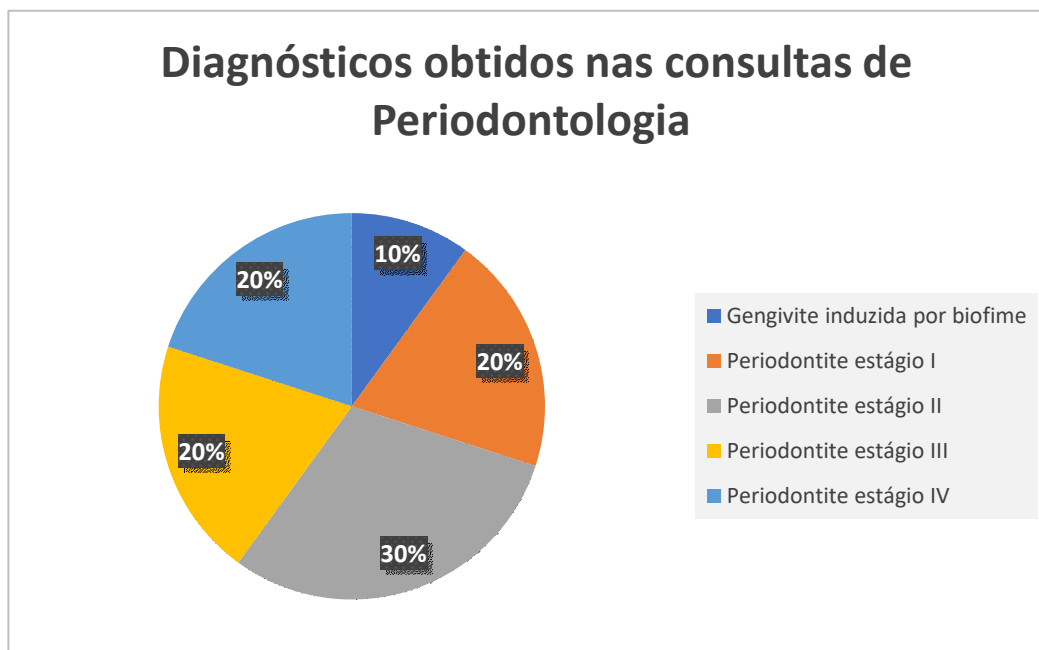


Gráfico 15– Diagnósticos obtidos nas consultas de Periodontologia

Relativamente ao tipo de atos clínicos realizados em tratamento periodontal, como operador, registam-se sete destartarizações e oito raspagens e alisamentos radiculares (gráfico 16), sendo que estes foram, na sua maioria, realizados na mesma consulta, devido à disponibilidade dos pacientes.

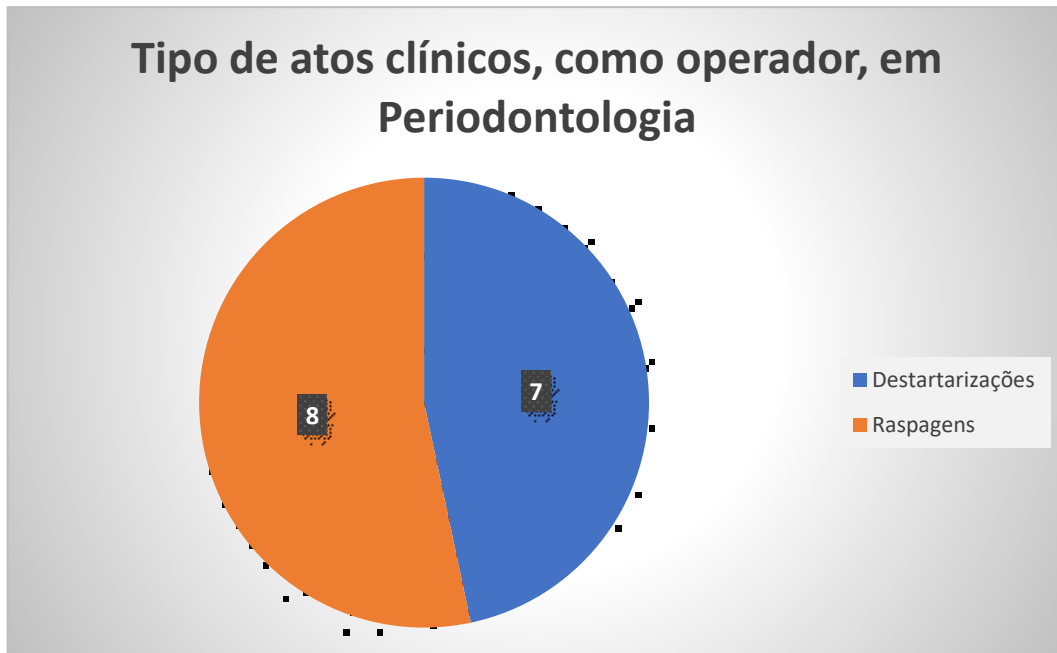


Gráfico 16– Tipo de atos clínicos, como operador, em Periodontologia

4.2.4. Odontopediatria

A Odontopediatria é uma especialidade com intervenção em idades definidas que fornece cuidados de Saúde Oral preventivos e terapêuticos primários e abrangentes para bebês e crianças até à adolescência, incluindo aqueles com necessidades especiais de cuidados de saúde. (22)

Nos cuidados com a Saúde Oral devem ser tidos em conta o aconselhamento em recém nascidos, o exame da cavidade oral e um programa de intervenção preventiva devem ser realizados antes dos 6 meses. Este tipo de paciente deve ser avaliado em diversos parâmetros, como físico, psicológico, social, cognitivo ou emocional. (23)

Em ambos os contextos clínicos, o autor do relatório regista a falta de pacientes desta faixa etária, o que poderá ter alguma influência na assimilação de conhecimentos e protocolos a executar, levando em conta que esta é multidisciplinar, englobando tratamentos de Dentisteria Operatória, Cirurgia Oral, Endodontia, Periodontologia, Prótese Removível e Fixa.

Exposição de dados

Ocorreram duas consultas, das quais uma foi como operador e a outra como assistente, tendo sido os tratamentos executados nas duas semelhantes: aplicação de selante de fissuras (gráfico 17).

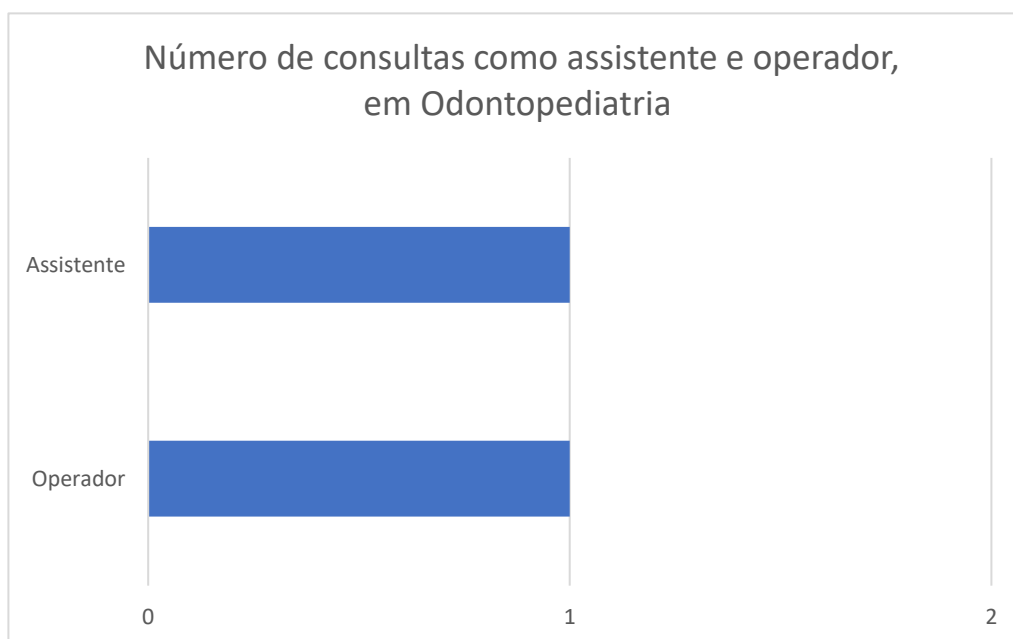


Gráfico 17– Número de consultas como assistente e operador, em Odontopediatria

4.2.5. Endodontia

Endodontia é um campo da Medicina Dentária que se preocupa com a morfologia, fisiologia e patologia da polpa dentária e os tecidos perirradiculares. O seu estudo e prática abrangem as ciências básicas e clínicas, incluindo a biologia da polpa normal, etiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e lesões da polpa e condições perirradiculares associadas. (22)

O tratamento endodôntico tem uma intervenção multidisciplinar que envolve dentes com pulpite irreversível ou necrose pulpar. Na necrose pulpar, o dente encontra-se assintomático, a não ser que a inflamação tenha progredido para os tecidos periapicais. Por norma, não existe imagem radiolúcida apical, podendo em alguns casos existir apenas um ligeiro espessamento do ligamento periodontal, o que se torna muito importante de ter em consideração no processo de diagnóstico. (16)

O diagnóstico é, assim, feito através de testes de sensibilidade pulpar, testes de percussão, exames complementares de diagnóstico e uma anamnese minuciosa.

Exposição de dados

Foram realizadas oito consultas, das quais cinco como operador e três como assistente (gráfico 18).

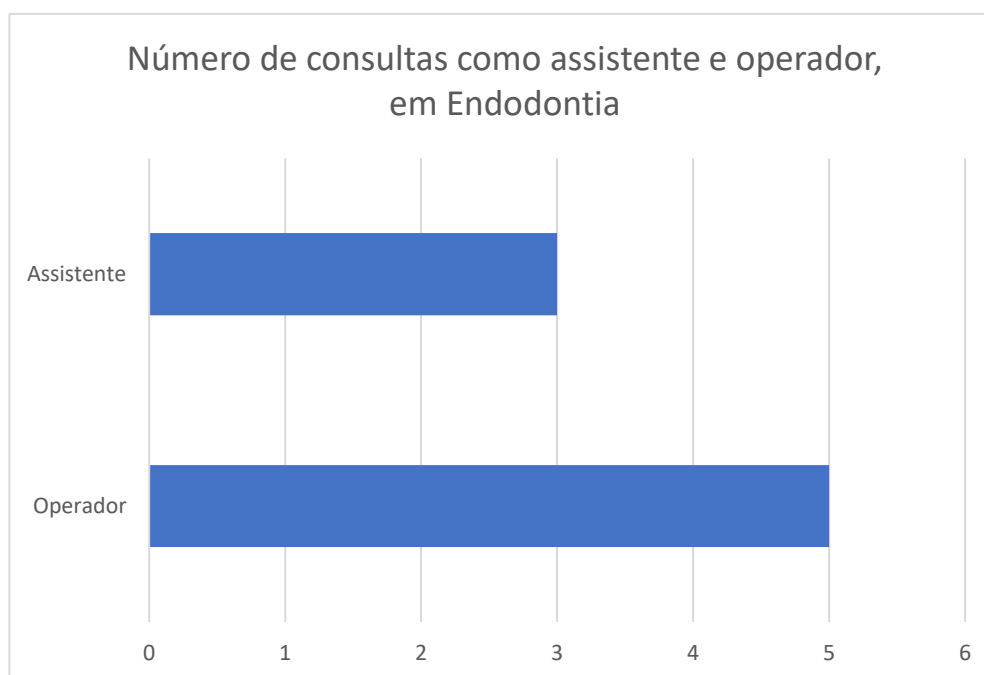


Gráfico 18– Número de consultas como assistente e operador, em Endodontia

No que diz respeito aos diagnósticos encontrados, registaram-se quatro, nomeadamente, três casos de pulpite de transição e um caso de necrose pulpar (gráfico 19).

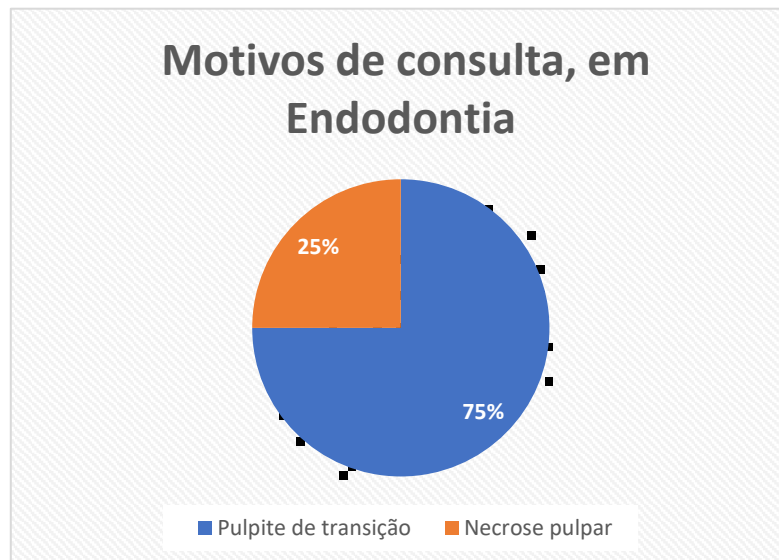


Gráfico 19– Motivos de consulta, em Endodontia, diagnóstico dos pacientes tratados

Como operador foi realizado o tratamento endodôntico do dente 4.2 em duas sessões (figura 1), tendo nas outras consultas sido realizadas a cavidade de acesso, localização de canais radiculares e instrumentação parcial de outro dente, não tendo sido concluído o tratamento endodôntico, por falta do paciente. Foi utilizada instrumentação assistida com o sistema Protaper.



Figura 1- Tratamentop endodôntico do dente 4.2

4.2.6. Cirurgia Oral

A cirurgia oral é a área da Medicina Dentária que se dedica ao diagnóstico e tratamento cirúrgico das doenças, lesões e anomalias dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas. (24)

O campo de atuação da cirurgia oral é muito extenso, incluindo, entre outros os seguintes atos: exodontias (englobando extracções de dentes inclusos ou presentes na arcada), cirurgia endodôntica, cirurgia de patologia quística ou tumoral, cirurgia periodontal, implantologia, cirurgia pré-protética, cirurgia de lesões infecciosas e traumatologia oral. (24)

Exposição de dados

Efetuaram-se 10 consultas, sendo que cinco foram como operador e as outras cinco como assistente. As consultas resumiram-se a exodontias simples recorrendo a técnica fechada (gráfico 20).

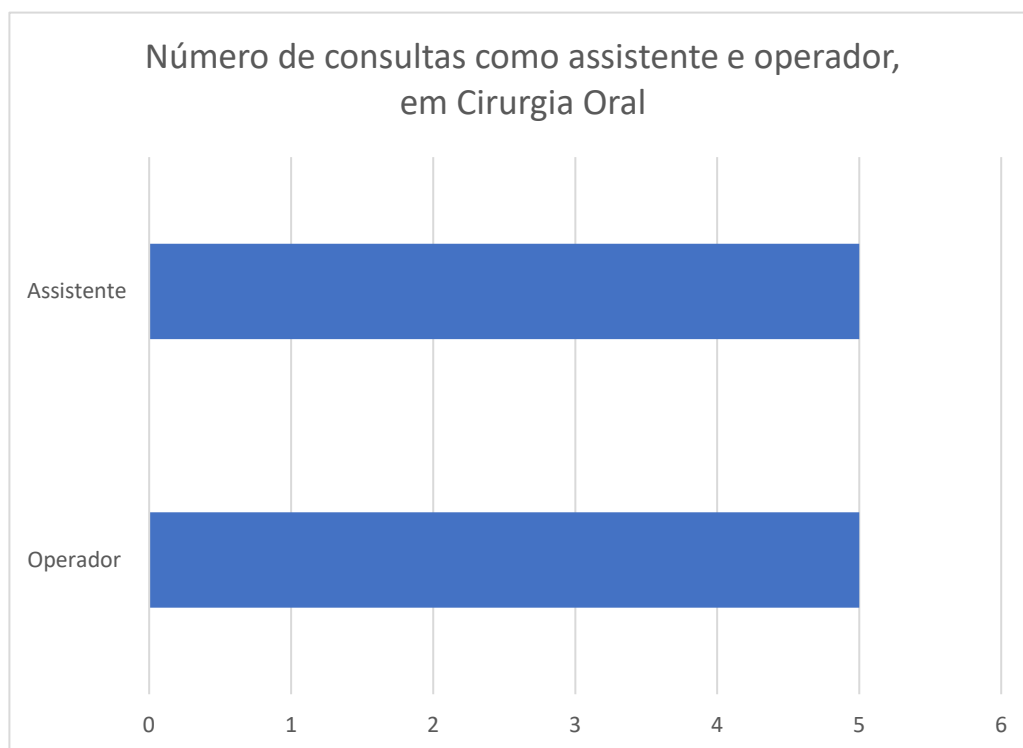


Gráfico 20– Número de consultas como assistente e operador em Cirurgia Oral

Como operador foram realizadas nove exodontias, nunca tendo sido feitas mais do que duas por sessão.

4.2.7. Prostodontia Removível

A Prostodontia Removível é a especialidade da Medicina Dentária relacionada com o diagnóstico, planeamento do tratamento, reabilitação e manutenção da função oral, conforto, aparência e saúde de pacientes com condições clínicas associadas à falta de dentes ou com deficiência e / ou tecidos orais e maxilofaciais usando substitutos removíveis. (22)

Na elaboração de uma prótese é necessário seguir vários passos:

- 1- Consulta de primeira visita (avaliação): anamnese, ortopantomografia, avaliação extraoral e intraoral, exames complementares de diagnóstico, avaliação dos possíveis dentes pilares, registo fotográfico, elaboração do plano de tratamento, realização de impressões preliminares e vazamento a gesso.
- 2- Entre consultas: estudo em paralelómetro (em prótese esquelética), desenho da prótese e execução de moldeiras individuais.
- 3- Preparação pré-protética: preparação de nichos oclusais, possíveis planos guia (em prótese esquelética) e impressões definitivas com posterior vazamento a gesso e envio para o laboratório de prótese.
- 4- Prova de esqueleto e relação intermaxilar: prova de esqueleto da estrutura esquelética ou acrílica, determinação da relação intermaxilar através de rolos de cera e seleção da cor dos dentes da prótese.
- 5- Prova de dentes: onde é realizado o estudo oclusal, avaliada a satisfação do paciente para com a estética da cor selecionada e verificada a estabilidade da prótese.
- 6- Inserção da prótese: verificação da funcionalidade e estética da prótese e são dadas recomendações ao paciente do seu uso correto.
- 7- Consultas de controlo: é recomendada uma periodicidade de vinda ao consultório do médico dentista, como carácter preventivo.

Exposição dos dados

Foram realizadas 17 consultas, 15 como operador e duas como assistente (gráfico 21).

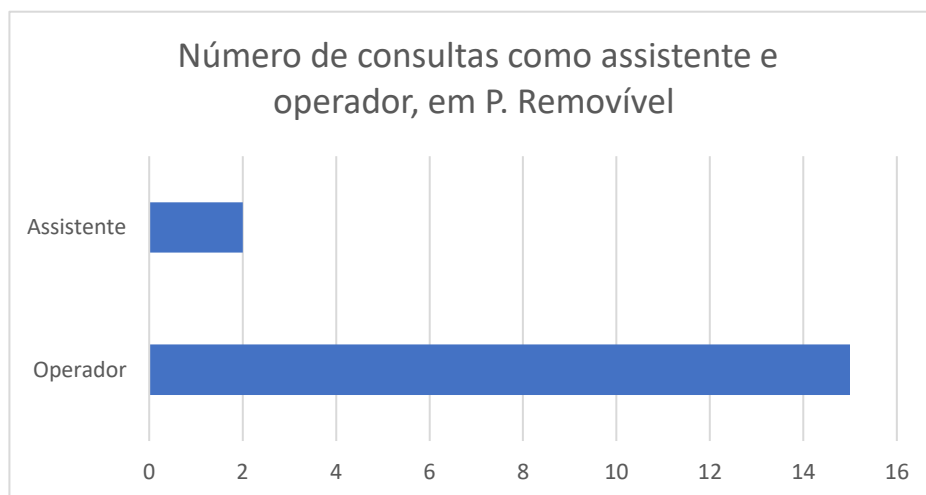


Gráfico 21- Número de consultas como assistente e operador, em P. Removível

O maior volume de consultas está associado às consultas de controlo (seis), tendo sido efetuadas duas primeiras visitas (com recolha de dados para posterior reabilitação), duas consultas de impressões definitivas e registo intermaxilar, uma consulta de prova metálica, duas consultas de prova de dentes, duas consultas de inserção de prótese e duas de conserto de prótese (gráfico 22).

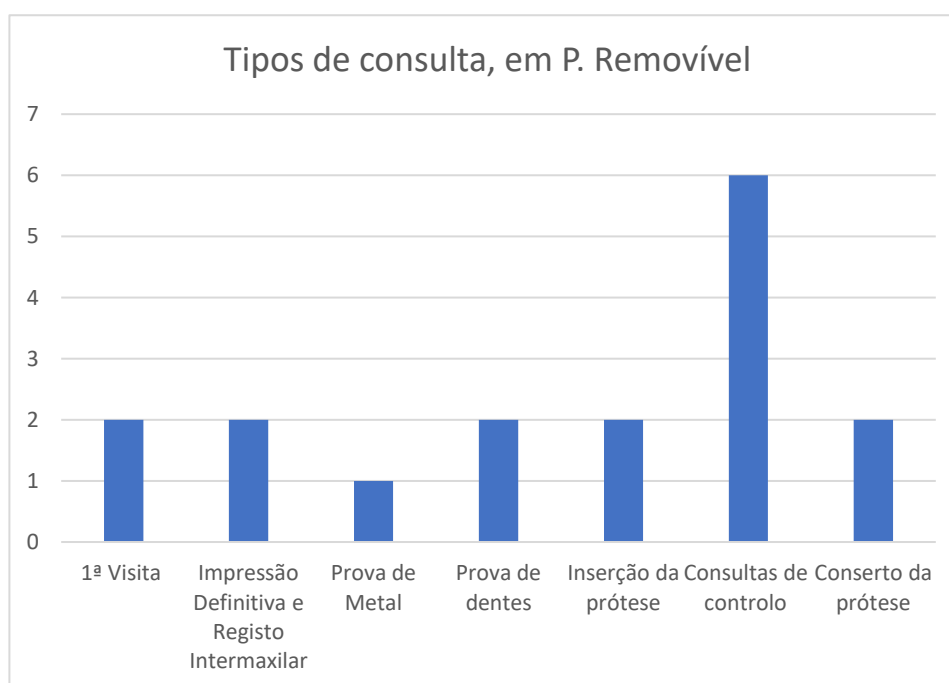


Gráfico 22- Tipos de consulta, em P. Removível

Como operador foram realizadas duas próteses, uma PPR esquelética superior (figura 2) e uma prótese removível total superior (figura 3).



Figura 2- PPR esquelética superior



Figura 3- Prótese total superior

4.2.8. Prostodontia Fixa

A Prostodontia Fixa é a área da Medicina Dentária relacionada com o diagnóstico, planeamento do tratamento, reabilitação e manutenção da função oral, conforto, aparência e saúde de pacientes com condições clínicas associadas à falta de dentes ou com deficiência e / ou tecidos orais e maxilofaciais usando substitutos fixos. (22)

Esta área de reabilitação oral apresenta, também, vários passos e implica algum tempo clínico:

- 1- Consulta de primeira visita (avaliação): anamnese, ortopantomografia, avaliação extraoral e intraoral, exames complementares de diagnóstico, avaliação dos possíveis dentes pilares, registo fotográfico, elaboração do plano de tratamento, toma de impressões preliminares e vazamento a gesso.
- 2- Preparação dentária, impressões definitivas e realização de restauração provisória.
- 3- Prova de infraestrutura e seleção de cor.
- 4- Prova de cerâmica: onde é realizado o estudo oclusal, avaliada a satisfação do paciente para com a estética da cor selecionada e verificada a estabilidade da prótese.
- 5- Cimentação definitiva da prótese.
- 6- Consultas de controlo: é recomendada uma periodicidade de vinda ao consultório do médico dentista, como caráter preventivo.

Exposição de dados

Foram realizadas quatro consultas, das quais duas como assistente e duas como operador (gráfico 23).

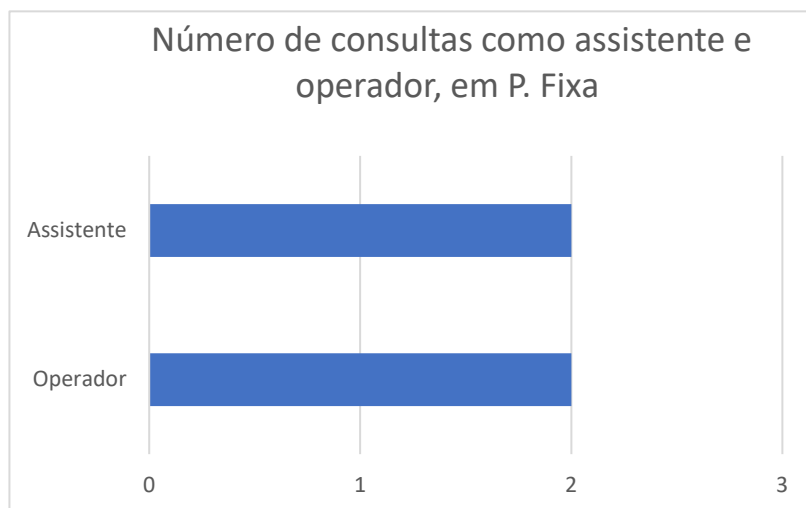


Gráfico 23– Número de consultas como assistente e operador, em P. Fixa

Em relação aos tipos de consulta em *Prostodontia Fixa*, as duas consultas que foram realizadas como operador tiveram como atos a preparação de dentes e posterior confecção de provisório e cimentação (gráfico 24).

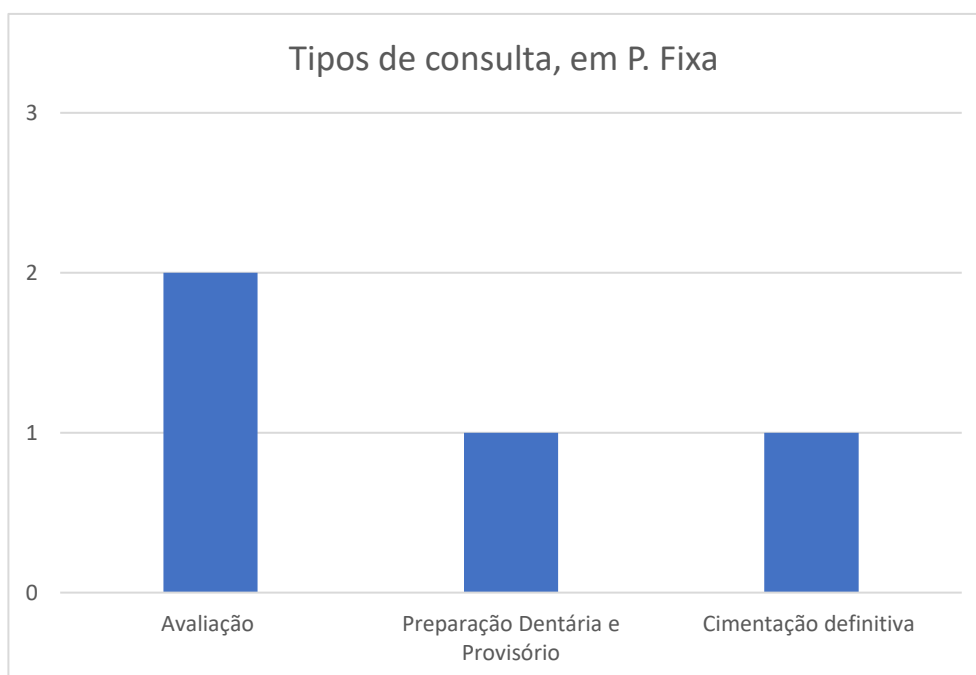


Gráfico 24– Tipos de consulta, em P. Fixa

Devido à falta de pacientes, existiram poucos atos em Prótese Fixa, tendo sido os atos como operador em pacientes diferentes, derivado da distribuição dos mesmos por forma a dar prática a todos os binómios, não existindo, assim, pacientes de continuidade.

4.2.9. Oclusão

A Oclusão é a área curricular cujo objetivo é o estudo da oclusão dentária, dos movimentos orais e o correto diagnóstico e tratamento de disfunções. (25)

A oclusão dentária é a relação de todos os componentes do sistema mastigatório em função normal. Possui referência especial à posição e ao contacto dos dentes maxilares e mandibulares, para maior eficiência durante os movimentos de excursão da mandíbula, essenciais para a mastigação. (14)

Em termos de reabilitação, o esquema oclusal de relação centrada apresenta-se como uma posição de referência e reproduzível, sendo a base para o correto alinhamento do sistema estomatognático. (26)

A oclusão funcional em dentes naturais, tem como base a oclusão mutuamente protegida, onde existem contactos primários segundo o longo eixo do dente nos dentes posteriores e mais suaves nos dentes anteriores, em oclusão de intercuspidação máxima. O movimento protrusivo é guiado pelo *overjet* e o *overbite*, por forma a promover a desocclusão posterior e nos movimentos de lateralidade, os dentes do lado de trabalho devem possuir cúspides com uma relação horizontal e vertical suficientes para desocluir os dentes do lado de não-trabalho. (26)

Na guia dos movimentos de lateralidade é necessário ter em atenção dois conceitos distintos, a guia canina e a função de grupo, sendo que diferentes planos de tratamento ditarão a sua utilização, como a reabilitação com uma prótese total removível que deve ser balanceada, em vez de apresentar uma guia canina e incisiva nos movimentos excursivos da mandíbula, existindo, assim o permanente contacto dos dentes do lado de trabalho e de não trabalho, durante os movimentos excursivos da mandíbula. (26)

O diagnóstico é elaborado através de correta anamnese, exame extraoral e intraoral, de montagem em articulador, meios e dispositivos complementares de diagnóstico e realização de *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) (denotando que o papel de intervenção abrange, também, as disfunções temporomandibulares) e o tratamento através de realização de enceramentos de diagnóstico, confecção de goteiras oclusais, ajustes oclusais e terapêutica neuromuscular (da qual fazem parte as goteiras).

Exposição de dados

Foram realizadas quatro consultas, das quais duas como assistente e duas como operador (gráfico 25).

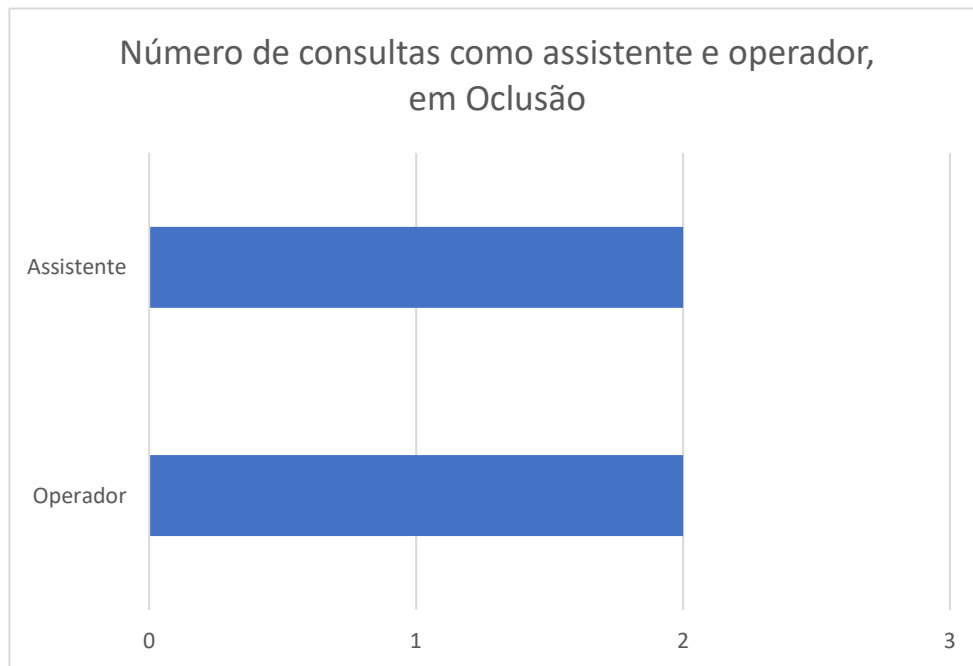


Gráfico 25– Número de consultas como assistente e operador, em Oclusão

Relativamente aos tipos de consulta, nas consultas como operador registaram-se dois controlos de goteira de relaxamento e, como assistente, dois de diagnóstico parcial e reencaminhamento para o máster da área.

4.2.10. Ortodontia

A Ortodontia é a especialidade que possibilita o posicionamento correto dos dentes nas arcadas dentárias com o objetivo de permitir uma adequada função dos maxilares e aquisição de uma estética harmoniosa. (27)

A avaliação ortodôntica é feita através de uma correta anamnese, exame extraoral e intraoral, registo fotográfico, realização de impressões e confecção de modelos de gesso com registo de mordida para posterior estudo, análise funcional e análise cefalométrica. Posteriormente é elaborado um plano de tratamento, registrando os objetivos esqueléticos, dentários, entre outros e a eventual necessidade de intervenção de outra área disciplinar médica ou médica dentária.

A Ortodontia Intercetiva consiste no tratamento realizado nos estágios da dentição decídua e mista. Algumas situações como o controle de hábitos orais inadequados, mordida cruzada funcional e apinhamentos dentários necessitam de tratamento assim que sejam detectados. Muitos estudos encontraram evidências claras do benefício do tratamento ortodôntico precoce em diversos tipos de más oclusões como classe II, mordidas cruzadas posteriores, mordidas cruzadas anteriores e classe III devido a problema esquelético. O início do tratamento precoce destes diversos tipos de má oclusão requer critério para evitar sobretratamento. (28)

Exposição de dados

Realizaram-se duas consultas, tendo sido as duas efetuados como operador, com estudo e avaliação ortodôntica e reencaminhamento para o máster da área disciplinar.

As consultas corresponderam a casos que se enquadravam em Ortodontia Intercetiva.

- Caso Clínico 1

Realizado no *Hospital Odontològic da Universidade De Barcelona*.

Objetivos de tratamento:

- Aspectos Transversais: Expansão maxilar (corrigir a mordida cruzada ao nível dos 1ºs molares superiores).
- Aspectos sagitais: Corrigir a inclinação e posição corretas dos incisivos superiores e inferiores; Corrigir classe II molar e classe canina.
- Aspectos verticais: Diminuir a sobremordida e controlar a erupção dos dentes 1.2 e 2.2.

-
- Problemas de espaço: Corrigir apinhamento e desrodar os 1º molares superiores.
 - Controlo da erupção dentária.
 - Funcional: Melhorar o grau de mobilidade lingual.
 - Esquelético: Controlo do crescimento mandibular.
 - Terapêutica realizada em Máster de Ortodontia.

- Caso clínico 2

Realizado na Clínica Dentária Universitária da Faculdade De Medicina Dentária da Universidade Católica de Viseu.

Objetivos de tratamento:

- Objetivos esqueléticos: Corrigir classe II esquelética por promaxilia e corrigir mordida cruzada unilateral esquelética.
- Objetivos dentários: Corrigir rotações dos 1ºMolares; Corrigir posicionamento e inclinação dos incisivos superiores; Corrigir linha média inferior.
- Outros objetivos: Corrigir hábitos orais.
- Terapêutica: Reencaminhamento para Otorrinolaringologista e Terapeuta da fala. Colocação de aparelho McNamara.

Casos Clínicos Diferenciados

V. Casos Clínicos Diferenciados

5.1. Caso clínico

1-Restaurações estéticas em zona anteroinferior com recurso a matriz transparente

Enquadramento teórico

Entre os diversos tipos de desgaste dentário existe o desgaste causado pelo bruxismo, que se trata de uma atividade muscular mastigatória repetitiva, caracterizada por cerrar ou trincar os dentes e / ou estimulação ou pressão da mandíbula e especificada como bruxismo noturno ou bruxismo diurno. Trata-se de uma patologia multifatorial que deve obedecer a um diagnóstico exaustivo do paciente, através da avaliação pelo próprio doente, avaliação clínica pelo médico dentista e avaliação através de instrumentos auxiliares de diagnóstico. (29)

As opções de materiais restauradores em zona estética, na atualidade, incluem a cerâmica dentária, as resinas compostas e os cimentos de ionómero de vidro, com as suas marcadas diferenças em termos funcionais, estéticos e económicos. (15)

Na atualidade existe uma grande variedade de materiais a que a dentisteria operatória pode recorrer, no entanto as resinas compostas são as mais usadas, principalmente nos casos de restaurações estéticas, devido à máxima preservação dentária e mínima preparação, a sua longevidade aceitável e relativo baixo custo e a estética que ainda é mais marcada através de técnicas por camadas múltiplas usando uma gama de tons, opacidades e translucências. As resinas compostas de esmalte e dentina, apesar de já existirem em grande número, não são usadas massivamente, visto serem poucos os profissionais com o conhecimento e prática aprofundada para as aplicar. (30)

A aplicação das resinas compostas em Medicina Dentária é variada, não se limitando à simples restauração de dentes, mas também ao uso como revestimentos de cavidades, selantes de fossas e fissuras, *core build-ups*, *inlays*, *onlays*, coroas, restaurações provisórias, cimentos para próteses dentárias simples ou múltiplas, dispositivos ortodônticos, seladores endodônticos e pinos do canal radicular. (31)

A restauração de dentes anteriores com este tipo de materiais dispõem de dois tipos de técnicas, a técnica “*free hand*” e a técnica guiada por uma matriz. Independentemente da escolha da técnica existem princípios que se devem manter: boa seleção da cor do dente, as restaurações antigas devem ser removidas a fim de melhorar a força de ligação e as superfícies dos dentes devem ser limpas completamente com pedra-pomes e uma escova de polimento. Deve ser colocado um fio de

retração no acesso à estrutura do dente, garantindo um perfil de emergência correto em casos graves. O uso de um longo chanfro em margens do esmalte pode melhorar a transição entre dente e compósito, bem como pode minimizar tensões internas e maximizar a superfície disponível para colagem. É sempre necessário um bom isolamento, boa aspiração e um dique de borracha preto poderá oferecer um maior contraste com os dentes a reabilitar permitindo uma melhor escolha dos compósitos a usar. (32)

O uso de uma matriz confeccionada através de um método indireto de realização de impressões e registo de mordida, montagem em articulador (com possível aumento de dimensão vertical de oclusão) e elaboração de enceramento dos dentes a restaurar apresenta-se como uma solução válida, possibilitando um resultado de tratamento muito satisfatório trazendo algumas vantagens importantes no que diz respeito à reprodução idealizada da anatomia do dente, não estando tanto dependente dos conhecimentos e capacidade manual do operador, apesar de ser uma alternativa mais demorada e com custos adicionais para o paciente.

A utilidade das matrizes ganha particular interesse no que diz respeito a reabilitações restauradoras complexas onde é necessário fazer restaurações de vários dentes, que, se fosse feito com matrizes deformáveis aumentaria muito o tempo de consulta e o risco de falha ao nível do planeamento funcional e estético, inviabilizando um estudo oclusal, que poderá ser muito útil no que diz respeito a um melhor prognóstico para o tratamento. (32)

As matrizes oclusais permitem a reprodução fiel da oclusão e anatomia original do dente, a redução da necessidade de acabamento e polimento e a diminuição da ocorrência de poros na superfície da restauração. Os materiais que podem ser usados para preparar matrizes oclusais incluem resinas compostas fotopolimerizáveis desenvolvidas para restaurações provisórias, resinas acrílicas transparentes, Matrix Butons® e GC Occlusal Matrix System®, tendo destaque os polivinilsiloxanos (PVS), um silicone de adição transparente usado para registo oclusal. (33)

Descrição do caso clínico

- H.C.P.C., 66 anos, sexo masculino, paciente colaborador.
- Antecedentes patológicos: problemas cardiovasculares, problemas na próstata, gastrite há cerca de nove anos.
- Medicação: Bisoprolol 10 mg., Omeprazol 20mg., Aspirina 100mg., Permixon 160mg., Pravafenix (Pravastatina/Fenofibrato) 40/160mg..
- Motivo da consulta: restauração dos dentes 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2 e 4.3.
- Diagnóstico periodontal: periodontite estágio III, grau B.
- Histórico na clínica dentária universitária: diagnóstico e tratamento periodontal na área da periodontologia, tratamento endodôntico dos dentes 1.3, 2.2 e 2.7 na área da endodontia, exodontia dos dentes 1.3, 1.6, 2.4 e 2.7 na área de cirurgia oral, restaurações dos dentes 2.3, 3.5, 3.6, 1.8 e 2.8 na área de dentisteria operatória, realização de reabilitação protética removível nas arcadas superior e inferior na área de prótese removível e consulta de avaliação e estudo oclusal na área de oclusão.
- Paciente diagnosticado na área de oclusão como bruxómano há quatro anos atrás.
- Hábitos de higiene oral: refere escovar duas vezes por dia , sem uso de fio dentário.

Ao exame clínico verificou-se a vitalidade dos dentes 3.1, 3.2, 3.3, , 4.1, 4.2 e 4.3, A opção clínica tomada em da área disciplinar foi fazer a reabilitação com anterior confecção de guia de silicone translúcida através do uso de compósitos estéticos: Hri Enamel Plus UD® (Universal Dentine) / OW (Opalescent White) / Ge (Generic Enamel).



Figura 4- Ortopantomografia do paciente



Figura 5- Fotografia intraoral inicial frontal



Figura 6 - Fotografia intraoral inicial frontal com a inserção das próteses



Figura 7- Fotografia intraoral inicial frontal com a inserção das próteses em intercuspidação máxima

Na 1ª etapa de tratamento foram realizadas impressões preliminares com alginato e registo de mordida, fotos extraorais e intraorais com e sem prótese e confecção dos modelos em gesso. O paciente foi reencaminhado para a área disciplinar de oclusão, de modo a ser feita a montagem em articulador com arco facial e ser quantificado o aumento de dimensão vertical dos dentes (3 mm.). Posteriormente foram elaborados os enceramentos dos referidos dentes em modelo de gesso com a seguinte confecção de matriz de silicone transparente.

Para elaborar a matriz de silicone transparente foi utilizado o material Registrado® Clear - Impression | VOCO® GmbH, que permite realizar restaurações diretas partindo de um modelo com

enceramentos, possibilitando também a sua foto-polimerização em boca. Realizou-se a prova da matriz no modelo de gesso.



Figura 9- Elaboração de enceramentos de diagnóstico



Figura 8- Confeção de matriz de silicone transparente

Na 2ª etapa de tratamento já foi possível proceder à restauração dos dentes, recorrendo a uma técnica alternada, na mesma sessão, para melhor definição das zonas interproximais e simplificação do procedimento. Realizou-se prova em boca da matriz de silicone. Todo o procedimento restaurador foi realizado com recurso a um afastador labial Ivoclar Vivadent OptraGate Regular®, que possibilita que o campo de trabalho seja acedido com maior facilidade e com o mínimo de desconforto para o paciente, sendo que os lábios e bochechas são retraídos por completo, promovendo o isolamento relativo da região. As suas propriedades proporcionam uma maior proteção dos lábios. Este tipo de afastador encontra-se nos tamanhos regular e pequeno para pacientes adultos, estando indicado para vários procedimentos incluindo a realização de restaurações em zona estética. (34)

Na primeira fase da consulta foram restaurados a resina composta os dentes 3.3, 3.1, 4.2 e na segunda consulta os dentes 3.2, 4.1, 4.3, com aplicação de teflon (politetrafluoretileno) para isolamento dos dentes a não restaurar. A restauração dos dentes anteriores com a adesão direta do compósito para fins estéticos ou de perda da superfície dentária está bem estabelecida. O uso de um meio de separação garante que as superfícies proximais dos dentes adjacentes não sejam gravadas com o ataque ácido e aderidas. O teflon é um material relativamente inerte, com várias aplicações, não só em Medicina Dentária, estando bem estabelecido a sua utilidade neste protocolo, não interferindo com o assentamento de uma restauração adesiva indireta e, portanto, ajudando no correto

posicionamento e assentamento. Antes da colocação das resinas compostas na matriz foi executado o aquecimento do compósito numa taça em banho maria. A seleção da cor foi feita com especial cuidado, tendo-se escolhido a cor D4 de Compositos Estéticos: Hri Enamel Plus UD (Universal Dentine) / OW (Opalescent White) / Ge (Generic Enamel) ®. (35)

O protocolo das duas fases da consulta foi semelhante realizando-se ataque ácido com ácido fosfórico 35% e aplicação de duas camadas de adesivo, com posterior colocação do compósito na matriz nos espaços correspondentes dos dentes a restaurar e aplicação da matriz em boca e fotopolimerização. A técnica adesiva corresponde a *Etch-and-Rinse 2* passos. (36)



Figura 10- Prova da matriz em boca



Figura 11- Recobrimento dos dentes adjacentes (3.4, 3.2, 4.1, 4.3)



Figura 12- Recobrimento dos dentes adjacentes (3.4, 3.2, 4.1, 4.3)

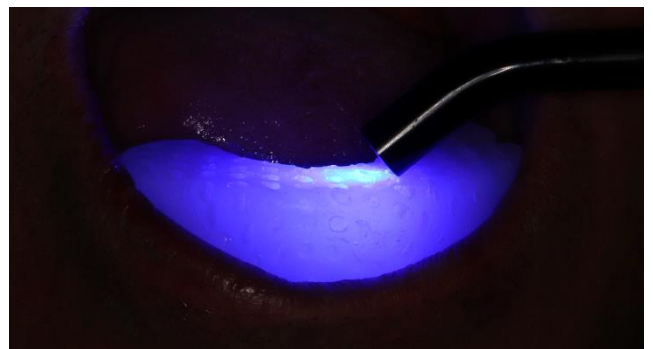


Figura 13- Fotopolimerização com matriz de silicone transparente



Figura 14- - Restauração dos dentes 3.3, 3.1, 4.2



Figura 16- Recobrimento dos dentes 3.3,3.1,4.2,4.4



Figura 15- Fotografia intraoral final já com as restaurações executadas



Figura 17- Fotografia intraoral final já com as restaurações executadas com vista por lingual



Figura 18- Fotografia intraoral final já com as restaurações executadas

Por fim, a 2ª consulta terminou com acabamento, polimento e controlo oclusal com um cuidado acentuado no alívio da oclusão, de forma a prevenir possíveis fraturas devido ao bruxismo associado ao paciente.

Na 3ª consulta (após uma semana) foi realizado o controlo, verificando-se o estado das restaurações, controlo oclusal, foi realizado um polimento final e inquirido o paciente do seu grau de satisfação em termos funcionais, estéticos e de conforto. Por fim, foram dadas instruções de higiene oral detalhadas e o paciente foi aconselhado a realizar uma goteira de forma a obter uma maior longevidade do tratamento restaurador, assim como uma melhor função do seu sistema estomatognático. Foi marcado controlo para três meses depois.



Figura 19- Fotografia intraoral final frontal na consulta de controlo



Figura 20- Fotografia intraoral final da lateral esquerda na consulta de controlo



Figura 21- Fotografia intraoral final da lateral direita na consulta de controlo



Figura 22- Fotografia intraoral final, vista por lingual, na consulta de controlo

Discussão e Conclusão

Durante a 1ª visita os vários planos de tratamento foram explicados ao paciente, no entanto devido às suas condições económicas, este optou por fazer a reabilitação dos dentes anteriores recorrendo a resinas compostas.

O facto de as consultas na clínica dentaria universitária terem tido uma interrupção devido à pandemia de Covid-19 inviabilizaram o prosseguimento da reabilitação na disciplina de oclusão, onde estava programado a elaboração de uma goteira de relaxamento que permitiria a desprogramação muscular, evitando ou diminuindo a contração muscular presente neste paciente. Estas goteiras estão também indicadas após tratamentos de reabilitações complexas com as resinas compostas, a fim de prevenirem a fratura das restaurações, como é o caso. (37)

O paciente não apresenta uma oclusão equilibrada com contactos posteriores incorretos, que ainda foram mais exacerbados pelas restaurações executadas (ao aumentar 3 mm., houve desocclusão posterior de, pelo menos, 1mm.). A avaliação seria feita entendendo se o bruxismo que foi diagnosticado há uns anos atrás se mantém, ou se fez parte de um período de vida do paciente. O foco central seria, portanto, obter uma oclusão equilibrada com bons contactos posteriores e guias bastante definidas. É também possível observar uma curva de spee invertida na arcada superior, que poderá sobrecarregar a zona anterior, mesmo com o alívio de oclusão executado, o que quer dizer que deve ser discutido a necessidade de remontagem do plano oclusal. Após a retoma da atividade clínica o objetivo será remarcar o paciente para a avaliação na área de Oclusão.

A necessidade de um tratamento periodontal de suporte neste tipo de paciente é muito importante de forma a garantir um bom prognóstico do tratamento, visto o mesmo apresentar uma higiene oral precária, não só denotada pelos anos que esteve sem recorrer a uma consulta de medicina dentária, como a pouca higiene revelada nas próteses de que era possuidor há relativamente pouco tempo, à presença de placa bacteriana e de gengivas edemaciadas.

Neste caso clínico foi considerado que esta seria a melhor opção de tratamento, com menores custos associados, menos consultas e maior previsibilidade, respeitando as necessidades funcionais e estéticas do paciente. É preciso realçar a necessidade de o médico dentista ter um conhecimento atualizado dos protocolos e materiais existentes, de forma a poder apresentar o melhor plano de tratamento ao seu doente.

5.2. Caso clínico

2- Reabilitação oral com prótese parcial removível superior

Enquadramento

Dados do barómetro de Saúde Oral de 2019, fornecido pela OMD de Portugal, demonstram que 48.6% dos portugueses com falta de dentes naturais não têm dentes de substituição, sendo que 41,4% é portador de prótese ou dentadura (64.2% têm superior e inferior, 27.4% têm superior e 8.4% têm inferior) e 12% com dentes fixos. (6)

É importante ressaltar que o facto de as pessoas terem um maior acesso aos cuidados de saúde oral, e permanecerem com os dentes naturais durante mais tempo parece fazer com que tenham uma certa relutância em usar próteses parciais removíveis. A prevalência de edentulismo parcial é mais comum na arcada mandibular do que na arcada maxilar, sendo que frequentemente os últimos dentes perdidos são os anteriores mandibulares, em especial os caninos. (38)

Um aspeto essencial para o sucesso de uma PPR é a biomecânica da mesma, ou seja, a ciência que estuda o seu movimento, submetida às diferentes forças que sobre ela se exercem. O equilíbrio da prótese é, assim, garantido por três requisitos biomecânicos: retenção, suporte e estabilidade, que formam a Tríade de Housset. (37, 38) A retenção é a capacidade da prótese removível resistir às forças exercidas no sentido cervico-oclusal, impedindo a sua movimentação durante forças extrusivas. O suporte é representado por um conjunto de elementos mecânicos e biológicos que permitem a transmissão e receção da força mastigatória, neutralizando-a. A estabilidade é definida como a resistência da prótese removível a movimentos horizontais (rotacionais e oblíquos). (39)

A classificação atual para categorizar as arcadas dentárias com desdentações parciais é a de Kennedy, onde a classe I representa áreas edêntulas bilaterais posteriores aos dentes naturais, a classe II um espaço edêntulo unilateral posterior aos dentes naturais remanescentes, a classe III que representa uma área edêntula unilateral com dentes naturais em anterior e posterior e a classe IV, que diz respeito a uma área única bilateral (passa a linha média) anterior aos dentes remanescentes. Visto esta classificação não oferecer uma categorização eficaz para todas as situações, surgem as regras de Applegate, que permitem subagrupar estas desdentações. (40) Os adultos mais jovens têm mais próteses parciais removíveis de Classe III e IV, enquanto que as pessoas mais idosas têm próteses parciais removíveis de extensão mais distal Classe I e II. (41)

A harmonia oclusal entre uma PPR e os dentes naturais restantes é um fator principal na preservação da saúde de suas estruturas circundantes. O estabelecimento de uma oclusão satisfatória para o paciente com PPR deve incluir: análise da oclusão existente, correção da existente desarmonia oclusal, registo de relação cêntrica ou de uma oclusão cêntrica ajustada, harmonização da movimentos excêntricos da mandíbula para uma oclusão excêntrica funcional e correção de discrepâncias oclusais criadas pelo ajuste da estrutura e durante o processamento das próteses parciais removíveis. (40)

Os contactos simultâneos bilaterais entre dentes naturais e dentes artificiais desejados em posição de intercuspidação máxima, permitem que as forças sejam distribuídas igualmente pelos dentes e pelas cristas alveolares residuais, diminuindo as forças de torque sobre os dentes de suporte. O esquema oclusal numa prótese dento-suportada em laterotrusão não deve ser sujeito a alterações. A oclusão neste tipo de reabilitação deve ser similar à oclusão em dentição natural, a menos que seja necessário alguma alteração de modo a corrigir uma situação não-fisiológica. Se existir restabelecimento do movimento excursivo lateral deve ser preferida a guia canina quando ainda permanecem os caninos naturais na arcada sem problemas periodontais ou quando são substituídos por implantes. Este tipo de oclusão reduz as forças laterais posteriores e a carga oclusal total sobre a prótese. Quando existem dentes anteriores naturais e saudáveis, os dentes posteriores não devem contactar durante o movimento protrusivo, salvo as situações em que seja necessário a oclusão balanceada, como nos casos em que existe uma prótese total oposta. (26)

Em desdentações parciais classe III de Kennedy, a morfologia oclusal dos dentes a ser escolhida deve ser baseada nos dentes oponentes, de modo a que encaixem perfeitamente. O paciente portador de um esquema oclusal fisiológico saudável deve ser reabilitado na mesma posição. (26)

Um dos objetivos do tratamento na prostodontia é, também, o tratamento periodontal, que permite aumentar a eficácia do tratamento reabilitador e aumentar o estado de Saúde Oral do paciente. (40)

A periodontite é uma doença inflamatória crónica multifatorial associada com um biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do periodonto, sendo classificada em estágios, tendo em conta a perda de inserção clínica e outros fatores de complexidade e o grau que é modificado mediante a presença e quantidade de fatores de risco, que são o tabagismo e a diabetes mellitus. (20)

Existe evidência de uma relação entre a Saúde Oral e a saúde sistémica, que pode ser observada, por exemplo, no caso de pacientes com doença periodontal não controlada, que têm maior risco de desenvolverem diabetes e complicações mais severas. O tratamento periodontal nestes

pacientes pode ter um efeito benéfico na redução da resistência insulínica, melhorando o controle glicémico. É possível observar, também, que tratamentos periodontais são benéficos na redução de fatores de risco da doença cardiovascular, especialmente em paciente com co-morbilidades associadas. (13)

Descrição do caso clínico:

- A.C.R., sexo masculino, 59 anos, paciente colaborador.
- Antecedentes médicos: visitas regulares ao médico (periodicidade de seis meses, devido a diabetes mellitus tipo II), valores anormais detetados nas últimas análises a respeito da diabetes e associados ao fígado, sofreu de doença cancerígena no membro inferior direito há cerca de 11 anos (submetido a radioterapia/quimioterapia há nove anos, tendo sido posteriormente amputada). Paciente hipertenso, refluxo gastro-esofágico
- Antecedentes médicos familiares: cancro e doença cardíaca.
- Antecedentes pessoais dentários (na Clínica Dentária Universitária): exodontia dos dentes 1.6, 1.5, 4.6, 4.7, 3.6, restauração a compósito no dente 3.5, endodontia dente 2.1 e consequente extração (reabsorção interna), sem histórico de utilização de prótese dentária;
- Medicação: anti-hipertensores, anti-diabéticos orais ,.
- Hábitos de higiene oral: escovagem duas vezes por dia, sem uso do fio dentário.
- Antecedentes toxicológicos: hábitos alcóolicos até 2012.
- Diagnóstico periodontal: periodontite generalizada estágio 2 Grau B



Figura 23- Ortopantomografia do paciente



Figura 24 – Fotografia intra-oral inicial frontal



Figura 25– Fotografia intra-oral inicial lateral direita



Figura 26- Fotografia intra-oral inicial lateral esquerda

com sondagem: vestibular 2,2,2 e palatina 2,2,2 (dente sem cárie) e sangramento à sondagem, o dente 2.3 com sondagem vestibular 2,2,2 e palatina 2,2,2 (dente sem cárie) e sangramento à sondagem e o dente 2.6 com sondagem vestibular 3,3,2 e palatina 3,2,3 (dente sem cárie). Apesar disso, é observável a necessidade de uma terapêutica periodontal de suporte. O paciente não se mostrou receptivo para a reabilitação protética da arcada inferior.

É necessário destacar a extrusão dos pré molares inferiores (4.4 e 4.5), consequência da perda dentária na hemiarcada esquerda e não reabilitação protética. (42)

Em termos de classificação de desdentação parcial, a arcada superior pode ser classificada em classe III divisão 2 e a arcada inferior em classe III divisão 1. (40)

No plano de tratamento para confecção da PPR superior foi feito o desenho da prótese. Como conector maior foi selecionada uma barra palatina e foram colocados conectores menores nos dentes distal do 1.3, 1.7, distal do 2.3 e 2.7. Em termos de retentores foram escolhidos um gancho de Ackers mesial nos dentes 1.7 e 2.7 e um gancho em Y no 2.3 e 1.3. Os apoios oclusais situam-se em mesial do dente 2.7 e no dente 1.7 e os apoios cingulares nos dentes 1.3 e 2.3.

Em relação à classificação do Colégio Americano de Prostodontia (ACP) é possível verificar que na localização e extensão das áreas edêntulas existe dano considerável em mais de 3 dentes, dano mínimo nos dentes pilares, dano moderado na oclusão com necessidade de ajuste oclusal mínimo e uma classificação de rebordo alveolar de Classe I de Siebert com perda tecidual menor que 3 mm.. (43)

Foi realizado um estudo dos modelos de gesso em paralelômetro, de forma a planejar as alterações das estruturas dentárias necessárias para a confecção da PPR. (44)

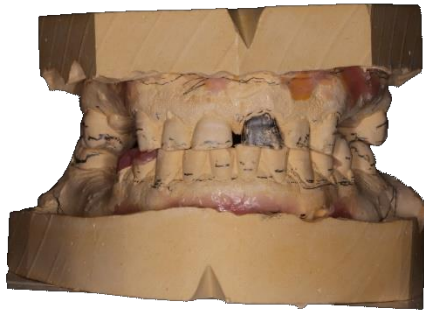


Figura 30- Fotografia frontal dos modelos de gesso



Figura 31- Fotografia da lateral esquerda dos modelos de gesso



Figura 32- Fotografia da lateral direita dos modelos de gesso



Figura 33- Modelo definitivo superior

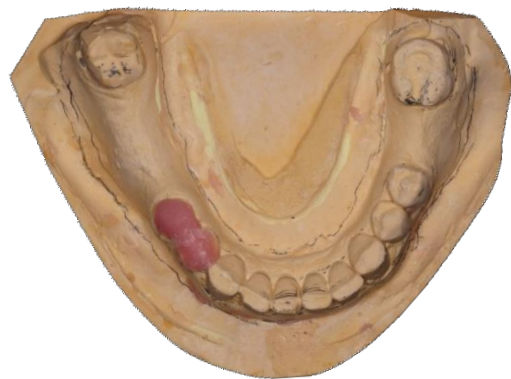


Figura 34- Modelo definitivo inferior

Na 2ª consulta após a fase higiênica na área disciplinar de Periodontologia, realizou-se a consulta de preparação pré-protética com realização de nichos oclusais mesiais nos dentes 1.7 e 2.7 e cingulares nos dentes 1.3 e 2.3 e execução de planos guia. Foram feitas impressões definitivas com alginato, e moldeiras individuais. As moldeiras individuais foram realizadas com folhas de cera rosa e acrílico fotopolimerizável. (44)



Figura 35- Fotografia da moldeira individual do maxilar inferior

Figura 36- Fotografia da moldeira individual do maxilar superior

Na consulta seguinte foi feita prova de esqueleto metálico e registros inter-maxilares, com desgastes compensatórios dos dentes 3.5, 4.4 e 4.5 e seleção da cor (A4). (44)



Figura 37- Prova de esqueleto superior com rolos de cera articulados



Figura 38- Seleção da cor dos dentes da prótese

Na 4ª consulta, aquando da prova de dentes, verificou-se que a cor seleccionada na consulta anterior não era a mais adequado, tendo sido feita nova seleção de cor (C4). Foi ainda possível constatar uma incorreta oclusão devido a prematuridades nos dentes 1.4/1.5 (Prótese) e 4.4. Foi preparado novo registo de mordida em Occlufast Rock Zhermack ® e pedido nova montagem em oclisor. (44)



Figura 39- Nova seleção da cor dos dentes da prótese



Figura 40- Montagem dos modelos em articulador não ajustável

Na 5ª consulta verificou-se, após nova prova de dentes, que uma incorreta oclusão ainda persistia devido a prematuridades nos dentes 1.4/1.5 e 4.4/4.5, tendo sido colocada cera rosa para novo registo intermaxilar e pedido nova montagem em oclisor.

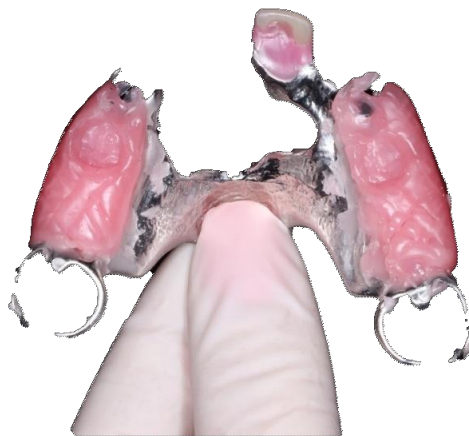


Figura 41- Colocação de cera rosa para novo registo intermaxilar

Após verificação da persistência do problema na 6ª consulta, realizou-se novo registo intermaxilar com Oclufast Rock Zhermack®, nova montagem em oclisor (desta vez em clínica) e pedida nova montagem de dentes.

Na consulta posterior foi feita a entrega da prótese com verificação do suporte, estabilidade, retenção e oclusão. Foram efetuados desgastes noacrílico a distal do 2.1 e a mesial do 2.4 e desgastes oclusais/incisais nos dentes 2.4 e 2.1.



Figura 42- Consulta de inserção da prótese



Figura 43- Fotografia intraoral final frontal



Figura 45- Fotografia intraoral final da lateral esquerda



Figura 44- Fotografia intraoral final da lateral direita

Na consulta de controlo verificou-se o suporte, retenção, estabilidade, oclusão e verificação da mucosa recoberta pela prótese para averiguar qualquer tipo de alteração clínica. Foi ainda elaborado um questionário ao paciente relativamente ao conforto da prótese, tendo este demonstrado satisfação relativamente a reabilitação efetuada. Foram ainda lembradas as instruções de higiene oral e manutenção da PPR.

Discussão e conclusão:

A decisão de manter o esquema oclusal foi devido ao facto de existirem relações oclusais e intermaxilares estáveis, dimensão vertical de oclusão correta e não existirem sinais ou sintomas de disfunção, sendo que se conseguiria um maior equilíbrio oclusal se não existissem espaços edêntulos, o que permitiria uma melhoria na mastigação do paciente, assim como o bem estar geral do mesmo.

A escolha do formato do dente da prótese teve em consideração a forma dos dentes naturais.

Verificou-se que mesmo após desgaste compensatório se mantiveram prematuridades nas várias provas de dentes, o que se deve a ter existido uma errada montagem em articulador não ajustável em laboratório de prótese, o que implicou um maior tempo de consulta para o paciente. Esta situação foi posteriormente resolvida com a montagem em clínica dos modelos.

O paciente foi alertado para a manutenção de uma boa higiene oral, a necessidade de reabilitar os espaços edêntulos na arcada inferior e de manter consultas de controlo regulares na clínica universitária, assim como uma terapêutica periodontal de suporte.



Referências Bibliográficas

VI. Bibliografia

- 1- FDI's definition of oral health. FDI World Dental Federation.
<https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>. Accessed May 9, 2020.
- 2- General Dentistry and Interest Areas. <https://www.ada.org/en/education-careers/careers-in-dentistry/general-dentistry>. Accessed May 9, 2020.
- 3- Hussain A, Khan FA. History of dentistry. Arch Med Health Sci. 2014;2(1):106–10.
http://www.amhsjournal.org/temp/ArchMedHealthSci21106-4131717_112837.pdf.
Accessed June 6, 2020.
- 4- História do exercício da odontologia em Portugal.
http://ordemosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/HIST%C3%93RIA_DO_EXERC%C3%8DCIO_DA_ODONTOLOGIA_EM_PORTUGAL_Ivo_%C3%81vares_Furtado.pdf.
Accessed May 9, 2020.
- 5- Números da Ordem 2019 - Ordem dos Médicos Dentistas.
<https://www.omd.pt/observatorio/numeros/no2019/>. Accessed May 9, 2020.
- 6- Barómetro de Saúde Oral 2019 - Ordem dos Médicos Dentistas.
<https://www.omd.pt/observatorio/barometro/barometro2019/>. Accessed May 9, 2020.
- 7- Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral - Ordem dos Médicos Dentistas.
<https://www.omd.pt/pnpso/>. Accessed May 9, 2020.
- 8- Spanish observatory oral health.
https://www.consejodentistas.es/docs/attachments/SPANISH_OBSERVATORY_ORAL_HEALTH.pdf. Accessed May 9, 2020.
- 9- Quiero ser Dentista. <https://www.consejodentistas.es/ciudadanos/quiero-ser-dentista.html>.
Accessed May 9, 2020
- 10- La profesión en cifras. <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/profesion-en-cifras/item/1710-la-profesion-en-cifras.html>. Accessed May 9, 2020.
- 11- Hospital Odontologic UB. <http://www.hospitalodontologicub.cat/ca>. Accessed May 9, 2020.
- 12- Clínica Dentária Universitária. <http://www.crb.ucp.pt/cdu/>. Accessed May 9, 2020.
- 13- Falcao A, Bullón P. A review of the influence of periodontal treatment in systemic diseases. Periodontol 2000. 2019;79(1):117–128.
- 14- Jablonski S. Jablonski's dictionary of dentistry. Malabar, Fla.: Krieger Pub. Co.; 2002.

-
- 15- Banerjee A, Watson T, Kidd E, Pickard H. Pickard's manual of operative dentistry. 9th ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
 - 16- Fernandes B. bdigital UFP. Histologia e Fisiologia da dor de origem pulpar [Graduação]. Universidade Fernando Pessoa; 2015.
https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5052/1/PPG_16763.pdf. Accessed May 9, 2020.
 - 17- A Academia- APMO. <https://www.apmo.pt/web/academia/> . Accessed May 9, 2020.
 - 18- Neville B. Patologia Oral e Maxilofacial. London: Elsevier Health Sciences Brazil; 2011.
 - 19- European Federation of Periodontology. <https://www.efp.org/>. Accessed May 9, 2020.
 - 20- Steffens J, Marcantanio R. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. Revista de Odontologia da UNESP. 2018;47(4):189-197.
 - 21- Mombelli A. Maintenance therapy for teeth and implants. Periodontology 2000. 2019;79(1):190–199.
 - 22- Specialty Definitions. <https://www.ada.org/en/ncrds/b/dental-specialties/specialty-definitions/cited>. Accessed May 9, 2020.
 - 23- Macdonald R, Avery D. Odontologia pediátrica y del adolescente. 6th ed. Madrid, Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
 - 24- Cirurgia Oral. <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/folheto-omd-cirurgia-oral.pdf>. Accessed 9 May 2020.
 - 25- Dubner R, Ohrbach R, Dworkin SF. The Evolution of TMD Diagnosis: Past, Present, Future. J Dent Res. 2016;95(10):1093–1101.
 - 26- Gomes JM. Princípios de Oclusão Ideal em Diferentes Tipos de Reabilitação. 2012;324. Available from:
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26628/1/ulfmd07047_tm_Joao_Gomes.pdf
 - 27- Sociedade Portuguesa de Ortodontia. <https://sportodontia.pt/index.html>. Accessed May 9, 2020.
 - 28- Suga S, Baptista M, Zardetto C, Fonoff R, Wanderley M. Correção Da Mordida Cruzada Anterior Dentária. 2013.
 - 29- Manfredini D, Ahlberg J, Aarab G et al. Towards a Standardized Tool for the Assessment of Bruxism (STAB)—Overview and general remarks of a multidimensional bruxism evaluation system. Journal of Oral Rehabilitation. 2020.

-
- 30- Mackenzie L, Shortall ACC, Burke FJT. Direct anterior composites: a practical guide. *Dent Update*. 2009;36(2): 297-317.
- 31- Ferracane JL. Resin composite - State of the art. *Dent Mater*. 2011;27(1):29–38.
- 32- Robinson S, Nixon P, Gahan M et al. Techniques for restoring worn anterior teeth with direct composite resin. *Dent Update*. 2008;35(8): 551-558.
- 33- Pampulha I, Pitta-Lopes J, Chasqueira F et al. Inibição da polimerização de resinas compostas por materiais usados como matrizes oclusais. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2015;56(1):51–57.
- 34- GmbH M. OptraGate by Ivoclar Vivadent.
<https://www.ivoclarvivadent.com/en/p/all/accessories/optragate>. Accessed 10 June 2020.
- 35- Sattar MM, Patel M, Alani A. Clinical applications of polytetrafluoroethylene (PTFE) tape in restorative dentistry. *Br Dent J*. 2017;222(3):151–158.
- 36- Sezinando A. Looking for the ideal adhesive - A review. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2014;55(4):194–206.
- 37- Lobbezoo F, Van Der Zaag J, Van Selms M et al. Principles for the management of bruxism. *J Oral Rehabil*. 2008;35(7): 509–523.
- 38- Davenport J, Basker R, Heath J et al. Removable partial dentures: an introduction. *British Dental Journal*. 2000; 190 (6): 363–368 .
- 39- Roque E. rcaap. Avaliação dos espaços edêntulos dos pacientes da consulta de reabilitação oral [Graduação]. *Inst Super Ciências da Saúde Egas Moniz*; 2016.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12383/1/Sim%20o, Ema Alexandra Roberto.pdf>. Accessed May 9, 2020.
- 40- Carr A, Brown D. McCracken's removable partial prosthodontics. 13th edition. Riverport Lane, St. Louis, Missouri: Elsevier; 2015.
- 41- Jeyapalan V, Krishnan CS. Partial edentulism and its correlation to age, gender, socio-economic status and incidence of various Kennedy's classes– a literature review. *J Clin Diagnostic Res*. 2015;9(6): 14–17.
- 42- Gay Escoda C, Berini Aytés L. *Tratado de cirugía bucal*. Madrid: Ergón; 2004.
- 43- McGarry T, Nimmo A, Skiba J et al. Classification system for partial edentulism. *J Prosthodont*. 2002;11(3):181–193.
- 44- Helena Figueiral M, Reis Santos J, Correia A *et al*. *Manual de prótese parcial removível*. Faculdade de Medicina Dentária de Universidade do Porto; 2012.
