



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por:

Simone Paulos Santos

Viseu, Ano Letivo 2014-2015





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA**

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

Por:

Simone Paulos Santos

Orientador: Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Viseu, Ano Letivo 2014-2015



*Aos meus pais, António e Marcelina  
Pelo amor, carinho e apoio incondicionais, lições de vida e transmissão de valores pelos  
quais dirijo a minha vida enquanto mulher e profissional.  
Obrigada pela vida que me proporcionaram.*

*Aos meus irmãos, Elço e Joel,  
por todos os episódios que passámos enquanto crescíamos, pela influência que tiveram na  
pessoa que sou hoje e por me acompanharem também na vida universitária.*

*Ao meu namorado e companheiro incondicional Filipe,  
pelo amor, carinho e companheirismo, pela ajuda no meu desenvolvimento profissional e  
pessoal e por estar presente nos momentos mais marcantes da minha vida.*



## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Rui Amaral Mendes pelo ensino e incentivo. Pela disponibilidade que sempre teve.

À Universidade Católica Portuguesa e todos os meus professores pela contribuição importante dada à minha formação académica.

Aos amigos e colegas que me ajudaram.

A todos, muito obrigada!



## Resumo

No âmbito da conclusão do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa, é solicitada a realização, a apresentação e a discussão, em Prova Pública, de um Relatório de Atividade Clínica que descreva e reflita sobre a atividade clínica desenvolvida pelo aluno, durante todo o quinto ano do Curso de Medicina Dentária, no período compreendido entre Setembro de 2014 e Maio de 2015.

A formação nesta etapa é essencialmente prática, com a sedimentação dos conhecimentos até aqui adquiridos e indispensáveis à boa prática médica dentária, bem como o desenvolvimento da capacidade de autonomia em procedimentos técnicos - ser capaz de abordar o doente no contexto clínico, praticar o tratamento da doença, formular um raciocínio clínico com base nos conhecimentos adquiridos nos anos transatos e propor um plano de tratamento. Pretende-se que em cada área disciplinar se atinjam os objetivos propostos pela unidade curricular, com vista a execução de cada técnica de acordo com os protocolos definidos pelas áreas.

Durante a prática clínica, foram frequentadas diversas áreas disciplinares: Dentisteria Operatória, Ortodontia, Oclusão, Cirurgia Oral, Endodontia, Periodontologia, Prótese Removível, Prótese Fixa, Odontopediatria e Medicina Oral, divergindo as cargas horárias entre si.

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados criada pela autora, (utilizando a plataforma *EXCEL*). As variáveis em estudo são: sexo, idade, área clínica, diagnóstico, tratamento realizado, motivo da primeira consulta, índice de placa, número de escovagens diárias realizadas pelo paciente e desistências por parte dos pacientes.

É apresentado um caso clínico diferenciado, onde é explanada a história clínica, diagnóstico, plano de tratamento e respetivas fotografias e Rx.

A elaboração deste relatório deu oportunidade à reflexão dos atos clínicos praticados, da forma como foram realizados, e ruminar se a abordagem ao paciente terá sido a mais correta tendo em conta os novos avanços científicos na área da Medicina Dentária baseados na evidência.

**Palavras-Chave:** Atividade Clínica, Endodontia, Periodontologia, Medicina e patologia Oral, Dentisteria Operatória, Cirurgia Oral, Oclusão, Prostodontia, Ortodontia, Odontopediatria.



## **Abstract**

Following the completion of the Master's program in Dental Medicine at the Catholic University, one is given the opportunity to present a Clinical Activity Report that describes the clinical activity of the learner throughout the academic year at the University Dental Clinic, further portraying an analysis of its achievements, that will be publicly discussed in front of an academical jury.

This report serves to describe the main activities developed and skills acquired throughout the course of the fifth year of Dental Medicine, in the period between September 2014 and June 2015.

The formation of this phase is essentially practical, with sedimentation of knowledge until now acquired and essential to good dental health practices and to develop autonomy in technical procedures. Be able to approach the patient in the clinical setting, practicing treating the disease, formulate a clinical reasoning based on the knowledge acquired in transatos years and propose a treatment plan.

It is intended that in every subject area you reach the objectives proposed by the course, in order to perform each technique according to the protocols defined by the areas.

During clinical practice different disciplines were attended: Dentistry, Orthodontics, Occlusion, Oral Surgery, Endodontics, Periodontics, Prosthodontics Removable, Fixed Prosthodontics, Pediatric Dentistry and Oral Medicine, diverging the workloads among themselves.

The data collected was entered into a database created by the author (using EXCEL platform). The variables are: sex, age, clinical area, diagnosis, treatment performed, reason for 1<sup>a</sup> consultation, plaque index, number of daily brushings made by the patient dropouts by patients.

It is presented a differentiated clinical case, which is explained the medical history, diagnosis, treatment plan and its photos and Rx.

The preparation of this report provided an opportunity to reflect clinical acts, the way they were made, and ruminate if the approach of the patient was the most correct taking into account new scientific advances in the field of dentistry based on evidence.

**Keywords:** Activity Clinic, Endodontics, Periodontics, Oral Medicine and Pathology, Operative Dentistry, Oral Surgery, Occlusion, Prosthodontics, Orthodontics, Pediatric Dentistry.



# Índice Geral

Índice Geral.....	14
Índice de Tabelas.....	15
Índice de Gráficos.....	16
Lista de abreviaturas.....	17
1. Introdução.....	19
1.1.Saúde Oral, Saúde Oral em Portugal e Promoção da Saúde Oral.....	20
1.2.O encargo da saúde oral.....	22
1.3.Determinantes de saúde oral.....	23
1.3.1. Escovagem.....	23
1.3.2. Dieta e cárie.....	24
1.3.3. Visitas ao Médico Dentista.....	24
2. Objetivos.....	27
3. Material e Métodos.....	31
4. Resultados.....	33
4.1.Caracterização geral da amostra.....	34
4.2.Análise da amostra por área disciplinar.....	42
4.3.Ato Diferenciado.....	52
4.3.1. Periodontologia.....	52
4.4.Atividade Científica.....	57
5. Discussão dos resultados.....	59
6. Conclusão.....	63
7. Bibliografia.....	67
8. Anexos.....	71
8.1.Poster da Atividade Científica.....	71

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1-</b> Género dos doentes atendidos pelo binómio.....	34
<b>Tabela 2</b> - Idade dos pacientes observados pelo binómio.....	34
<b>Tabela 3</b> - Número de atos realizados, como operadora e assistente.....	35
<b>Tabela 4</b> - Número total de atos realizados por área disciplinar pelo binómio.....	36
<b>Tabela 5</b> - Atos realizados como operadora e assistente por áreas disciplinares.....	37
<b>Tabela 6</b> - Motivo da primeira consulta dos pacientes.....	38
<b>Tabela 7</b> - Desistências dos pacientes ao longo do ano nas diferentes áreas disciplinares.....	39
<b>Tabela 8</b> - Número de escovagens diárias e média do índice de placa. ....	40
<b>Tabela 9</b> - Atos do binómio a Prótese Removível.....	42
<b>Tabela 10</b> - Classificação das Cavidades e Tratamentos realizadas pelo binómio a Dentisteria Operatória.....	43
<b>Tabela 11</b> - Material usado para os Tratamentos realizados pelo binómio a Dentisteria Operatória.....	44
<b>Tabela 12</b> - Tratamentos realizados a Periodontologia.....	45
<b>Tabela 13</b> - Diagnósticos periodontais dos pacientes atendidos na área de Periodontologia..	45
<b>Tabela 14</b> - Tratamentos realizados a Cirurgia Oral.....	46
<b>Tabela 15</b> - Atos clínicos realizados pelo binómio em Endodontia.....	47
<b>Tabela 16</b> - Atos clínicos de Medicina Oral.....	48
<b>Tabela 17</b> – Tratamentos efetuados na área de Oclusão.....	48
<b>Tabela 18</b> - Tratamentos realizados pelo binómio em Prótese Fixa.....	49
<b>Tabela 19</b> - Tratamentos realizados na área de Odontopediatria.....	50
<b>Tabela 20</b> - Tratamentos realizados na área de Ortodontia.....	51

## **Índice de Gráficos**

<b>Gráfico 1</b> - Percentagem do género dos doentes atendidos pelo binómio.....	34
<b>Gráfico 2</b> - Percentagem dos atos realizados como operadora e assistente.....	35
<b>Gráfico 3</b> - Percentagem de atos realizados pelo binómio por área disciplinar.....	36
<b>Gráfico 4</b> - Nº de atos do autor como operadora e assistente por área disciplinar.....	37
<b>Gráfico 5</b> - Percentagens do motivo da primeira consulta dos pacientes atendidos na clínica.....	38
<b>Gráfico 6</b> - Percentagem das desistências dos pacientes ao longo do ano nas diferentes áreas disciplinares.....	40
<b>Gráfico 7</b> - Média do índice de placa e o número de escovagens realizadas diariamente pelos pacientes. ....	41
<b>Gráfico 8</b> - Percentagem de atos realizados pelo binómio a Prótese Removível.....	42
<b>Gráfico 9</b> - Percentagem dos Tratamentos e Classificações das Cavidades realizados pelo binómio a Dentisteria Operatória.....	43
<b>Gráfico 10</b> - Percentagens dos materiais usados a Dentisteria Operatória.....	44
<b>Gráfico 11</b> - Percentagem de atos realizados a Periodontologia.....	45
<b>Gráfico 12</b> - Percentagem dos diagnósticos efetuados a Periodontologia.....	46
<b>Gráfico 13</b> - Percentagem dos tratamentos realizados pelo binómio a Cirurgia Oral.....	47
<b>Gráfico 14</b> - Percentagem dos tratamentos realizados pelo binómio em Endodontia.....	48
<b>Gráfico 15</b> - Percentagem dos tratamentos efetuados em Oclusão.....	49
<b>Gráfico 16</b> - Percentagem de consultas realizadas em Prótese Fixa.....	50
<b>Gráfico 17</b> - Percentagem dos tratamentos realizados a Odontopediatria.....	51

## **Lista de abreviaturas**

BOP - Índice hemorrágico à sondagem

CRB - Centro Regional das Beiras

EGL - Enxerto gengival livre

ETC - Enxerto de tecido conjuntivo

IP - Índice de Placa

Nº - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA - Periodontite Crónica Avançada

PCL - Periodontite Crónica Leve

PCM - Periodontite Crónica Moderada

PPR - Prótese Parcial Removível

Rx - Radiografia

T.E.R. - Tratamento Endodôntico Radical

UCP - Universidade Católica Portuguesa



## **1. Introdução**

# 1. Introdução

## 1.1 Saúde Oral

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a saúde oral faz parte da saúde e do bem-estar geral do indivíduo.<sup>1,2</sup>

Consiste em estar livre de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam a cavidade oral.<sup>3</sup>

As doenças orais compartilham fatores de risco com várias doenças crónicas como as doenças cardiovasculares, neoplásicas, respiratórias e metabólicas. Fatores de risco associados com as doenças orais como a alimentação pouco saudável e cariogénica, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool também se encontram associados com o surgimento de várias doenças crónicas. Tendo em conta este facto, as doenças orais e as doenças crónicas podem ser minoradas em simultâneo, através da abordagem de fatores de risco comuns, como a prática de uma alimentação saudável. Para tal, há que:

- Diminuir o consumo de açúcares e manter uma nutrição equilibrada, evitando cáries e a perda precoce de dentes;
- Cessar os hábitos tabágicos e diminuir o consumo de álcool, reduzindo o risco de cancro oral, de doença periodontal e de perda dentária;
- Fazer um consumo correto de frutas e vegetais para que haja uma ação protetora contra o cancro oral;
- Usar equipamentos de proteção em desportos, diminuindo a ocorrência de lesões faciais.<sup>4</sup>

## Saúde Oral em Portugal

Na população Portuguesa podem-se observar estados muito graves de saúde oral, que constituem um grave problema de saúde pública, mas dos quais nem todas as pessoas têm a consciência ou noção da gravidade. Parece evidente que não existe, por parte da população em geral, a consciência da necessidade de prevenir para não tratar, ou seja os comportamentos, as atitudes e os estilos de vida não estão de acordo com a prevenção primária.

No entanto, a promoção de saúde oral em Portugal tem sido alvo de uma evolução marcada. Existe uma estratégia de intervenção, assente na promoção de saúde, prevenção das doenças orais, diagnóstico precoce e tratamento dos dentes que desenvolvem cárie dentária. Esta intervenção abrange grávidas e crianças, desde o nascimento até aos 16 anos, ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e os jovens vivem e estudam. Para se obterem ganhos consistentes em saúde oral é indispensável um investimento precoce e continuado. Por isso, a promoção de saúde oral começa com a sensibilização da mãe grávida para os cuidados orais ao bebé, logo após o nascimento. Em casa e na escola, as mensagens de prevenção das doenças orais devem ser incorporadas nos comportamentos do dia-a-dia, com sentido de responsabilidade.<sup>5</sup>

### **Promoção da Saúde Oral**

Em 1986 foi criada a carta de Ottawa que defendia a promoção da saúde como um processo de capacitação individual para que cada um possa ter um maior e melhor controlo da sua vida e conseqüentemente melhorá-la.<sup>6</sup>

A prevenção têm como objetivo a prevenção da doença, enquanto que a promoção pretende maximizar os níveis de saúde. Portanto, será lógico que a promoção englobe a prevenção.<sup>7</sup>

As doenças orais, como a cárie e as periodontopatias, são altamente prevalentes na população mundial e sabe-se que estão diretamente relacionadas com o consumo de açúcar, uma higiene oral deficiente, o consumo de tabaco e de álcool e pela presença de stresse, no entanto podem ser prevenidas.<sup>8</sup>

A abordagem destes problemas teria que ser global, através da promoção de saúde oral partindo, maioritariamente, do incentivo de mudança de atitudes e de comportamentos pelos profissionais de Medicina Oral.<sup>9</sup>

Sabe-se que os recursos monetários necessários para a sua prevenção são, comparativamente, mais baixos do que os recursos monetários necessários para o seu tratamento. Acrescentando a todos estes custos a perda que traduz o absentismo, a subprodução laboral e escolar, bem como a desregulação de doenças, compreende-se a verdadeira dimensão do problema.

As oscilações nas circunstâncias socioeconómicas têm um impacto significativo nos recursos e políticas de saúde oral. Em tempos de dificuldade económica, os recursos tendem a ser retirados dos cuidados de saúde oral e redirecionados para outras áreas e doenças, onde a

falta de tratamento leva a consequências mais rápidas e visíveis, nomeadamente a mortalidade. Além disso, os doentes tendem a atrasar as consultas e o tratamento durante crises económicas. Por outro lado, em períodos de crescimento económico verifica-se uma tendência de aumento na procura, que deve ser atendida.<sup>10</sup>

Existem várias formas de intervenção no que toca à Saúde Oral. Estas intervenções podem ir desde um nível básico, em que se educa a população a autodiagnosticar problemas e solucioná-los, até a um nível bastante complexo em que existem financiamentos por entidades responsáveis por programas públicos, como por exemplo o “cheque dentista”.<sup>11</sup>

Pela Europa existem vários sistemas de assistência dentária em que o nível de intervenção por parte do governo varia amplamente.

Em Portugal, no Chipre, na Grécia, na Itália, na Espanha e em Malta existe maioritariamente um sistema privado em que o Estado pouco interfere, no entanto, atualmente encontram-se muitas mudanças a ocorrer a esse nível. O registo de dados é feito por entidades dentárias autónomas com pouco ou sem qualquer financiamento pelo estado.<sup>12</sup>

Atualmente, com o “cheque dentista” já há alguma resposta face à Doença Oral. No entanto, mesmo este sistema necessita de reavaliação e reativação, apesar dos baixos custos apresentados. Semelhantemente, a prestação de cuidados médico-dentários nos centros de saúde ou nos hospitais face às necessidades que a população apresenta são em muito insuficientes. Desta forma, é urgente a definição de uma estratégia global para a promoção da saúde oral na população portuguesa.<sup>12</sup>

No que concerne à promoção da saúde oral, os médicos dentistas podem desempenhar um papel fulcral, partilhando a experiência na prevenção e contribuindo ativamente para um diagnóstico precoce e rastreio através do acesso regular a doentes “saudáveis”, ou pelo menos “assintomáticos”, durante consultas de diagnóstico. Os médicos dentistas estão numa posição única para aumentar a sensibilização sobre factores de risco e, conseqüentemente, promover a prevenção, bem como efetuar o rastreio de doenças, como doença cardiovascular ou diabetes, e encaminhar os doentes para os seus médicos, a fim de receberem tratamento. Os profissionais da saúde oral podem contribuir para a viabilidade e custo-eficiência da prevenção primária e secundária, enquanto participantes ativos e essenciais dos programas mundiais de diagnóstico da saúde.<sup>13</sup>

## **1.2. O encargo da saúde oral**

Historicamente, a saúde oral tem adotado uma abordagem fortemente centrada no tratamento, em detrimento da prevenção da doença e promoção da saúde oral. Esta abordagem apresenta, no entanto, limitações. Globalmente, o encargo com as doenças orais permanece elevado e o tradicional modelo curativo de cuidados de saúde oral apresenta custos demasiado elevados, em termos de recursos humanos e financeiros, para permanecer viável face à crescente procura. A nível mundial, a doença oral é a quarta doença mais dispendiosa de tratar; a cárie dentária afeta a maioria dos adultos e entre 60- 90% as crianças em idade escolar causando anualmente, milhões de faltas escolares, e permanece como uma das comuns doenças crónicas mais comuns; globalmente, a periodontite é das principais causas da perda de dentes nos adultos, e o cancro oral é o oitavo mais comum e mais dispendioso.<sup>14</sup>

### **1.3. Determinantes de saúde oral**

Há uma forte evidência de que as doenças orais estão relacionadas com os comportamentos de saúde oral e a prevalência de cárie dentária e doenças periodontais entre as populações. Estas patologias podem diminuir com a melhoria significativa da higiene oral e a diminuição do consumo de alimentos açucarados.<sup>15</sup>

#### **1.3.1. Escovagem**

A placa bacteriana é uma película pegajosa de bactérias que se forma nos dentes e gengivas. Após uma refeição, as bactérias da placa libertam ácidos que atacam o esmalte dentário. E ataques repetidos podem enfraquecê-lo e causar cárie. A placa bacteriana, quando não é removida diariamente, pode endurecer, transformando-se em cálculo ou tártaro. A placa bacteriana produz também substâncias que irritam a gengiva, tornando-a edemaciada ou facilmente sangrante, nos casos mais ligeiros, ou permitir a formação de bolsas e perda de osso alveolar em casos mais severos.<sup>16</sup>

Ainda que diferentes dispositivos de limpeza tenham sido utilizados em diversas culturas, a escova convencional é o instrumento mais frequentemente utilizado para remover a placa dentária. A eficácia da escovagem com a relação à remoção da placa dentária é baseada em três principais factores: (1) o desenho da escova, (2) a habilidade do indivíduo em usá-la, (3) a frequência e duração da escovagem.

Se a escovagem do dente for realizada utilizando uma escova convenientemente desenhada, com uma técnica efetiva e durante um tempo adequado, o controle de placa pode ser alcançado por um longo período de tempo.

Assim, o controle da placa bacteriana é um dos fatores mais importante para obter e manter uma boa saúde oral. A placa bacteriana pode ser removida diariamente com escovas dentárias e outros dispositivos interdentários. Cabe ao médico dentista instruir os seus pacientes a desenvolverem competências correctas de higiene oral. É importante que as instruções de higiene oral fornecidas para o controle da placa bacteriana sejam individualizadas para cada paciente, tendo em conta as suas condições orais e biopsicossociais, de modo a que seja assegurada a aderência aos autocuidados orais.<sup>17</sup>

### **1.3.2. Dieta e cárie**

Reconhece-se que o açúcar é um dos fatores etiológicos para o desenvolvimento da cárie dentária. Sabe-se, agora, que o açúcar é um substrato favorável para o desenvolvimento de bactérias cariogénicas que residem na placa bacteriana, nomeadamente os *Streptococci mutans*, e que o ácido produzido pelo seu processo metabólico induz a desmineralização do esmalte. Quanto maior o consumo de açúcar, maior será a probabilidade de surgimento de cáries e maior será a sua gravidade.<sup>18</sup>

O consumo elevado de açúcares tem vindo a ser mais representativo nos países industrializados. Há que evitar o consumo excessivo de bebidas/alimentos que contêm açúcar, especialmente no intervalo das refeições.<sup>19</sup> Por outro lado, o consumo de frutas e vegetais deveria ser mais frequente, visto que previne o surgimento de cancro das estruturas da cavidade oral, assim como deveria haver mais consumo de leite e seus derivados, para diminuir a ocorrência de cárie.<sup>20</sup>

### **1.3.3. Visitas ao médico dentista**

A visita periódica ao médico dentista deve ser regular, ocorrendo, pelo menos duas vezes por ano, com um intervalo de seis meses entre cada uma delas, para que possa haver um diagnóstico precoce de patologias orais, fornecimento de instruções de cuidados orais e aplicação de tratamentos preventivos primários. A instrução e motivação dos pacientes são pontos-chave para a obtenção de comportamentos de saúde oral corretos.

Vários são os fatores que podem influenciar a ida, ou não, ao médico dentista, como sendo: a autopercepção das necessidades de visitas regulares ao médico dentista, o medo, o

elevado custo dos tratamentos dentários, o nível de escolaridade, a condição e estatuto socioeconómico ou a ausência de odontalgia. Muitos estudos revelam que a maioria das pessoas recorre aos cuidados médico-dentários em situações de emergência ou de surgimento de odontalgia.<sup>21</sup>



## **2.Objetivos**

## 2. Objetivos

Pretende-se que no final da elaboração deste trabalho, da recolha e da discussão de toda a atividade clínica Médica Dentária, que o aluno ou o futuro Médico Dentista deva ser capaz de se tornar competente na tomada de decisões, no raciocínio clínico e na capacidade crítica, de forma a desenvolver diagnósticos diferenciais, através da interpretação e correlação de dados da história clínica, do exame clínico e radiográfico e de outros testes de diagnóstico, tendo sempre em conta o contexto social e cultural do paciente. Deve ser capaz de desenvolver um diagnóstico e um plano de tratamento para pacientes de todas as idades e necessidades, mas também deve reconhecer tratamentos que estão para além das suas capacidades e, quando necessário, reencaminhar os pacientes para outro colega, especialista em determinada área da Medicina Dentária.

Ser capaz de adquirir e utilizar a informação, de uma forma crítica, científica e eficaz:

- Ser competente para a utilização das tecnologias da informação atuais para documentação, educação contínua, comunicação, gestão de informação e aplicações relacionadas com cuidados de saúde;
- Ser capaz de proteger os dados confidenciais dos pacientes;
- Ser competente para avaliar regularmente os seus conhecimentos pessoais e procurar informação adicional, corrigindo as suas lacunas de conhecimento;
- Conseguir reconhecer as suas limitações clínicas e saber reencaminhar os pacientes apropriadamente;
- Ser capaz de avaliar corretamente a relação riscos/benefícios de produtos e técnicas;
- Ser capaz de avaliar a investigação científica clínica e básica publicada e integrar essas informações de forma a melhorar a saúde oral dos pacientes;
- Ser competente para saber aplicar a experiência, o conhecimento e os métodos científicos de forma a encontrar soluções para os problemas de saúde oral;

Deverá, também, possuir conhecimentos e entender claramente as ciências biomédicas, técnicas e clínicas para ser capaz de identificar aspetos relevantes normais e patológicas, importantes para situações clínicas. Deverá ainda:

- Possuir conhecimentos e entender as bases científicas da Medicina Dentária, incluindo as ciências básicas e biomédicas, os mecanismos de aquisição de conhecimentos, métodos científicos e avaliação da evidência. Ser capaz de utilizar esses conhecimentos para interpretar a evolução na área e aplicar os benefícios relevantes na prática clínica;
- Ter conhecimentos dos princípios científicos de esterilização, desinfecção e antissépsia, de forma a prevenir infecções cruzadas na prática clínica;
- Possuir conhecimentos na área de biomateriais dentários e das suas limitações, bem como das questões ambientais relevantes para a sua utilização (biocompatibilidade);
- Conhecer o perigo das radiações ionizantes e dos seus efeitos nos tecidos biológicos, bem como os regulamentos relativos à sua utilização, incluindo o tipo de radiação, proteção e quantificação da radiação;
- Entender os processos relacionados com a doença, incluindo infecções, inflamações, alterações do sistema imunitário, neoplasias, distúrbios metabólicos e mutações genéticas;
- Estar familiarizado com as características patológicas e relevância dentária da maioria dos distúrbios dos diferentes sistemas de órgãos, além de conhecer as manifestações orais das doenças sistémicas;
- Conhecer a etiologia e os processos patológicos das doenças orais, de forma a facilitar a sua prevenção, diagnóstico e tratamento;

Todas estas competências são essenciais para a integridade profissional de um Médico Dentista. De facto, se todas as características mencionadas anteriormente fizerem parte da sua capacidade profissional, este estará apto para ser um excelente Médico Dentista, com boas capacidades comunicativas, científicas e técnicas.



### **3. Material e Métodos**

### **3. Material e Métodos**

Este relatório terá em conta toda a atividade clínica desenvolvida na Clínica Universitária do Centro Regional das Beiras (CRB) da UCP, de Viseu. A recolha de dados foi feita ao longo do ano letivo, durante o primeiro semestre, entre Setembro de 2014 e Janeiro de 2015, e durante o segundo semestre, entre Fevereiro até Abril de 2015.

A recolha de dados foi feita através do preenchimento ficha e história clínica dos pacientes que se encontram no programa informático de gestão clínica *Newssoft 2.0*.

Foram ainda recolhidos meios auxiliares de diagnóstico através do programa *Dimaxis*. Todos os pacientes que se dirigem à Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa procedem ao preenchimento de um questionário seguido de um exame radiográfico panorâmico, sempre efetuado na consulta de avaliação de Medicina Oral procedendo-se à recolha da história clínica e à realização de um exame clínico sistematizado.

Posteriormente os pacientes são referenciados para as diferentes áreas disciplinares e enquadrados segundo o plano de tratamento aí efetuado.

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados, utilizando a plataforma *Microsoft Excel*.

As variáveis em estudo são: sexo, idade, área clínica, diagnóstico, tratamento realizado, motivo da primeira consulta, índice de placa, hábitos de higiene oral (número de escovagens realizadas diariamente), desistências dos pacientes nas diferentes áreas disciplinares.

## **4.Resultados**

## 4. Resultados

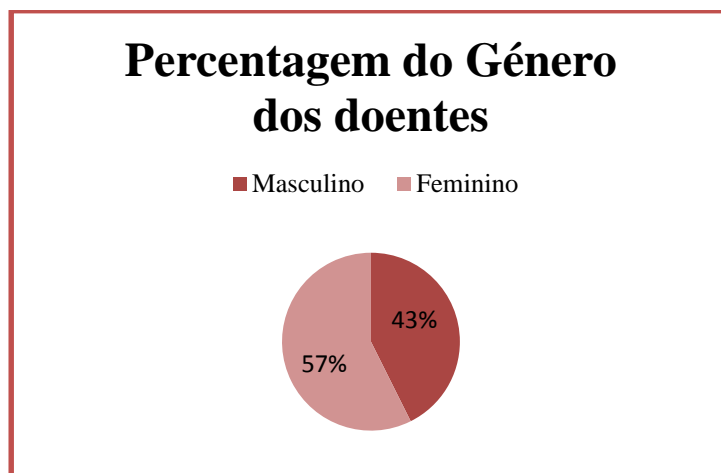
### 4.1. Caracterização geral da amostra

Na **tabela 1** observa-se os géneros dos doentes atendidos pelo binómio. Dos 61 doentes, 35 são do sexo feminino e os restantes 26 são do sexo masculino.

**Tabela 1** – Género dos doentes atendidos pelo binómio.

Género	Frequência	Percentagem Valida
Feminino	35	57,4
Masculino	26	42,6
Total	61	100

No **Gráfico 1** podemos observar as percentagens de género dos doentes observados pelo binómio. Da população observada, 57% são do sexo feminino, enquanto 43% da população é do sexo masculino.



**Gráfico 1** – Percentagem do género dos doentes atendidos pelo binómio.

Na **tabela 2** verifica-se a média de idades dos doentes que o binómio observou. A média observada foi de 45,8 e desvio padrão de 20,63.

**Tabela 2** – Idade dos binómios observados pelo binómio.

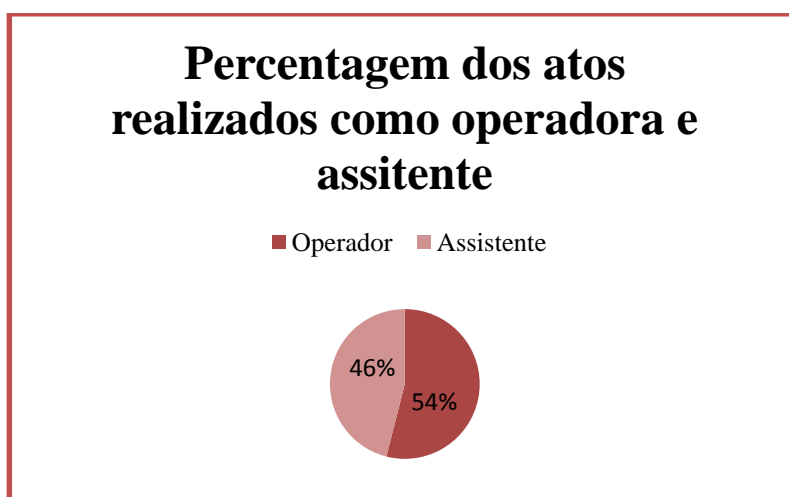
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	61	8	84	45,8	20,63

Na **tabela 3** verifica-se o número total de atos realizados, tendo feito 54 vezes de operadora e 52 de assistente.

**Tabela 3** – Número de atos realizados, como operadora e assistente.

Função	Frequência	Percentagem Válida
Operadora	68	53,9
Assistente	58	46,1
Total	126	100

No **gráfico 2**, observa-se a percentagem dos atos realizados como operadora e assistente.



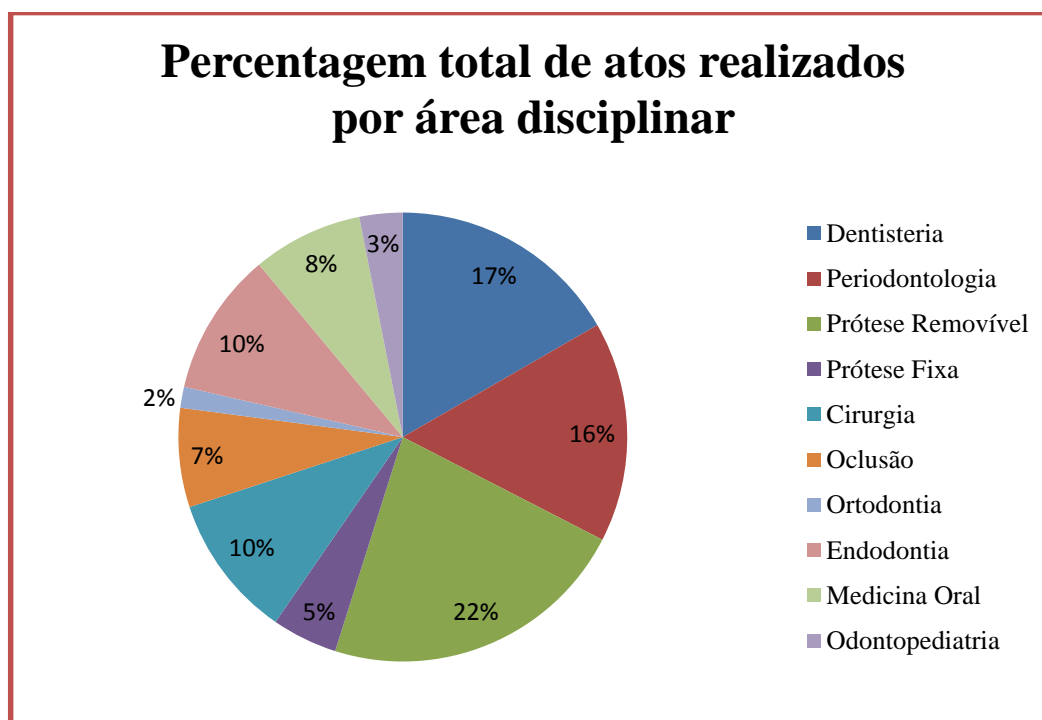
**Gráfico 2** – é possível observar a percentagem de atos. Enquanto operadora, trabalhou em 51% das vezes e enquanto assistente 49%.

Na **tabela 4** estão presentes os atos clínicos do binómio, consoante a área disciplinar. Assim, a área onde realizou mais atos foi na Prótese Removível, com 28 atos clínicos efetuados, seguindo-se da Dentisteria Operatória com 22 atos, a Periodontologia com 20 atos, Cirurgia Oral e a Endodontia com 13 atos. Ainda, a Medicina Oral com 10 atos, a Oclusão com 9 atos, a prótese Fixa com 6, a Odontopediatria com 4, e por último, a Ortodontia com apenas 2 consultas.

**Tabela 4** – Número total de atos realizados por área disciplinar pelo binómio.

Área Disciplinar	Frequência	Percentagem Válida
Prótese Removível	28	22,2
Dentisteria	22	16,6
Periodontologia	20	15,8
Cirurgia	13	10,3
Endodontia	13	10,3
Medicina Oral	10	7,9
Oclusão	9	7,1
Prótese Fixa	6	4,7
Odontopediatria	4	3,1
Ortodontia	2	1,5
Total	126	100

No **gráfico 3** comportam as percentagens de atos realizados, pelo binómio, por área disciplinar. A maior percentagem, 22%, corresponde à área da Prótese Removível, seguida de Dentisteria Operatória com 17%. Periodontologia com 16%. Posteriormente, segue-se a Endodontia e Cirurgia com 10%, a Medicina Oral com 8 %, a Oclusão com 7%, a Odontopediatria com 3% e por fim a Ortodontia apenas com 2%.



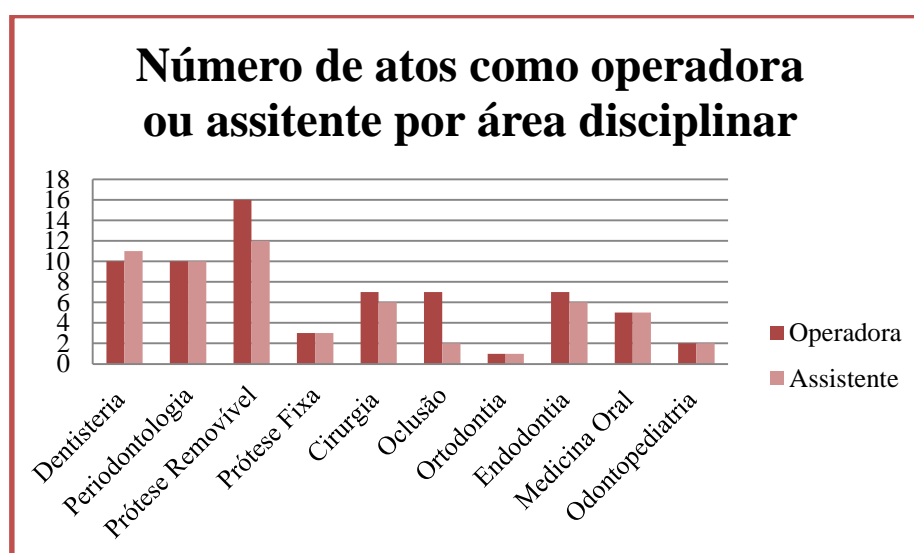
**Gráfico 3** - Percentagem de atos realizados pelo binómio por área disciplinar.

Na **tabela 5** podemos observar os atos realizados como operadora ou como assistente por áreas disciplinares, efetuados pelo binómio.

**Tabela 5** – Atos realizados como operadora e assistente por áreas disciplinares.

		Função		Total
		Operadora	Assistente	
Área Disciplinar	Prótese Removível	16	12	28
	Dentisteria Operatória	11	11	22
	Periodontologia	10	10	20
	Cirurgia	7	6	13
	Endodontia	7	6	13
	Medicina Oral	5	5	10
	Oclusão	7	2	9
	Prótese Fixa	3	3	6
	Odontopediatria	2	2	4
	Ortodontia	1	1	2
<b>Total</b>		68	58	126

No **gráfico 4** observam-se os atos por área disciplinar em que a autora desempenhou como operadora ou como assistente. Como operadora, efectuou mais atos clínicos nas áreas de Prótese Removível, Dentisteria Operatória, Periodontologia, enquanto que como assistente realizou mais atos em Prótese Removível, Periodontologia e Dentisteria Operatória.



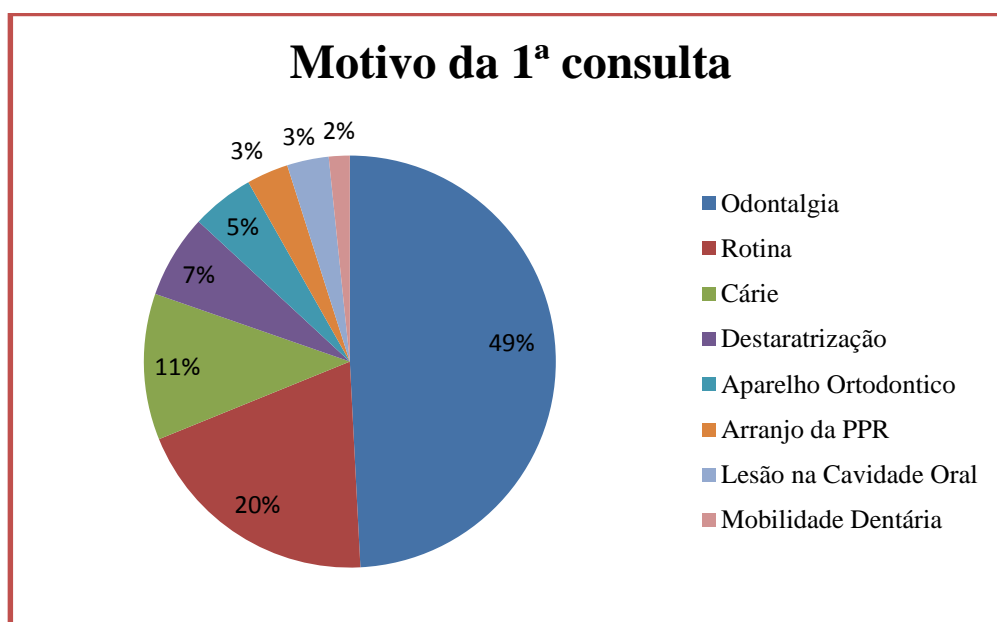
**Gráfico 4** - Nº de atos da autora como operadora e assistente por área disciplinar.

Na **tabela 6** podemos observar o motivo da primeira consulta dos pacientes atendidos na clínica. Assim, a queixa principal dos pacientes foi a odontalgia, seguida de 12 consultas de rotina. A cárie com 7 queixas, destartarizações com 4, colocação de aparelho ortodôntico 3, arranjo da prótese parcial removível (PPR) e as lesões na cavidade oral tiveram 2 e por último com 1 temos a mobilidade dentária.

**Tabela 6** - Motivo da primeira consulta dos pacientes.

Motivo da 1ª consulta	Frequência	Percentagem Válida
<b>Odontalgia</b>	30	49,1
<b>Rotina</b>	12	19,6
<b>Cárie</b>	7	11,4
<b>Destartarização</b>	4	6,6
<b>Aparelho Ortodôntico</b>	3	4,9
<b>Arranjo da PPR</b>	2	3,2
<b>Lesão na Cavidade Oral</b>	2	3,2
<b>Mobilidade Dentária</b>	1	1,6,3
<b>Total</b>	61	100

No **gráfico 5** constam as percentagens do motivo da primeira consulta dos pacientes atendidos na clínica. Assim, com maior percentagem, 49%, temos a odontalgia, seguida de 20 % de consultas de rotina. A cárie com 11% queixas, destartarizações com 7%, colocação de aparelho ortodôntico 5%, arranjo da PPR e as lesões na cavidade oral com 3% e por último com 2% temos a mobilidade dentária.



**Gráfico 5** - Percentagens do motivo da primeira consulta dos pacientes atendidos na clínica.

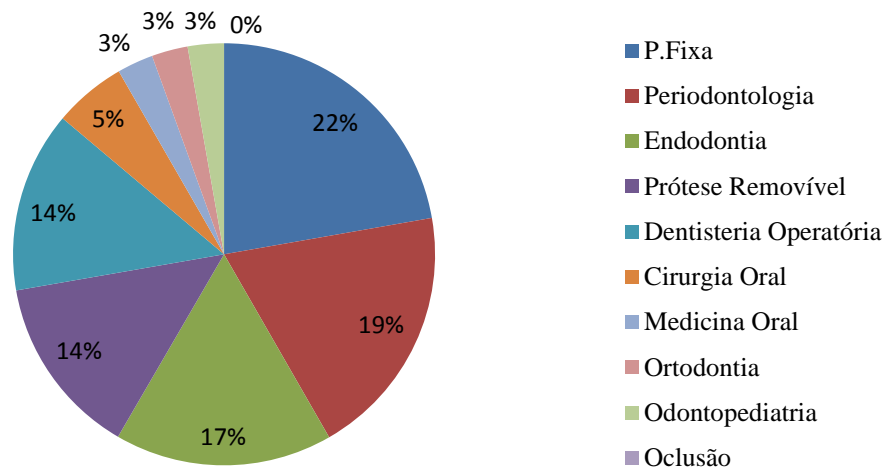
Na **tabela 7**, constam as faltas dadas pelos pacientes ao longo de todo o ano, às diferentes áreas disciplinares. Com 8 faltas temos Prótese Fixa, a Periodontologia temos 7 faltas, Endodontia com 6 faltas, Prótese Removível e Dentisteria Operatória com 5 faltas, Cirurgia Oral com apenas 2 faltas e, por último, com 1 falta temos Medicina Oral, Odontopediatria e Ortodontia.

**Tabela 7** - Desistências dos pacientes ao longo do ano nas diferentes áreas disciplinares.

<b>Desistências dos pacientes nas diferentes áreas disciplinares</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem Válida</b>
<b>Prótese Fixa</b>	8	22,24
<b>Periodontologia</b>	7	19,46
<b>Endodontia</b>	6	16,68
<b>Prótese Removível</b>	5	13,88
<b>Dentisteria Operatória</b>	5	13,88
<b>Cirurgia Oral</b>	2	5,55
<b>Medicina Oral</b>	1	2,77
<b>Ortodontia</b>	1	2,77
<b>Odontopediatria</b>	1	2,77
<b>Oclusão</b>	0	0
<b>Total</b>	36	100

No **gráfico 6**, constam as percentagens de faltas dadas pelos pacientes ao longo do ano. Com 22% de faltas temos Prótese Fixa, seguida de Periodontologia com 19%, Endodontia com 17%. Com 14% temos Prótese Removível e Dentisteria Operatória, Cirurgia Oral tem 5%, com 3% temos Medicina Oral, Ortodontia e Odontopediatria. Por último, com 0% de faltas temos Oclusão.

## Desistências dos pacientes nas diferentes áreas disciplinares



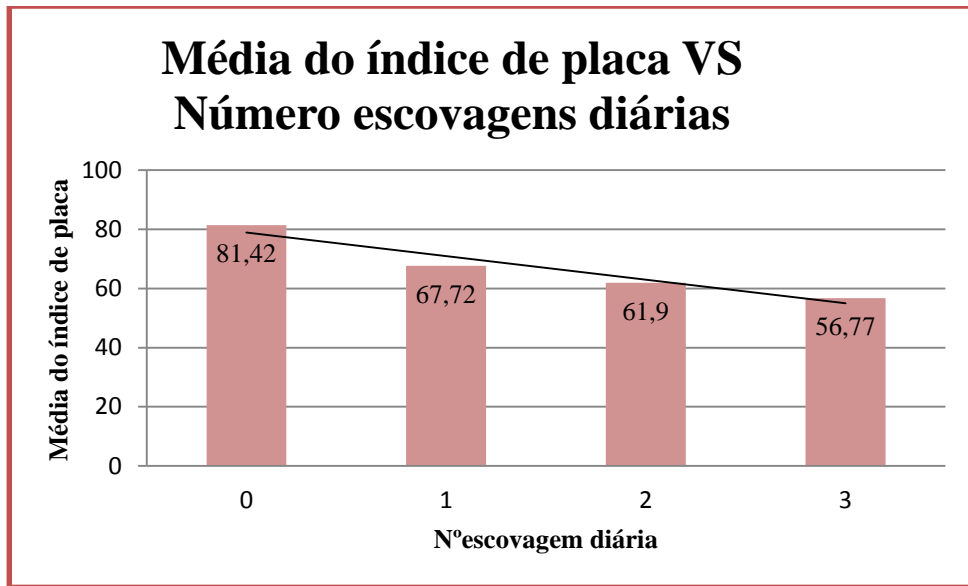
**Gráfico 6** - Percentagem das desistências dos pacientes ao longo do ano nas diferentes áreas disciplinares.

Na **tabela 8**, podemos observar o número de escovagens efetuadas diariamente pelos pacientes e a média do índice de placa. O número mínimo de escovagem é 0 vezes ao dia e o máximo é de 3 vezes ao dia. No total de 61 pacientes atendidos pelo binômio, 20 pacientes não apresentavam o preenchimento do índice de placa, logo a amostra reduziu-se a 41 pacientes.

**Tabela 8** – Número de escovagens diárias e média do índice de placa.

Nº de Pacientes	Nº de escovagem	Média do Índice de placa
3	0	81,42
9	1	67,72
23	2	61,9
6	3	56,77

O **gráfico 7** comporta a média do índice de placa e o número de escovagens realizadas diariamente pelos pacientes. Como vemos no gráfico, os pacientes que não escovam os dentes nenhuma vez ao dia, apresentam maior índice de placa 81,42%. Os que escovam uma vez ao dia, apresentam uma média de índice de placa de 67,72%, os que escovam duas vezes ao dia apresentam uma média de 61,9% e, por último, com uma escovagem diária de três vezes ao dia, apresentam uma menor média de índice de placa 56,77%.



**Gráfico 7** – Média do índice de placa e o número de escovagens realizadas diariamente pelos pacientes.

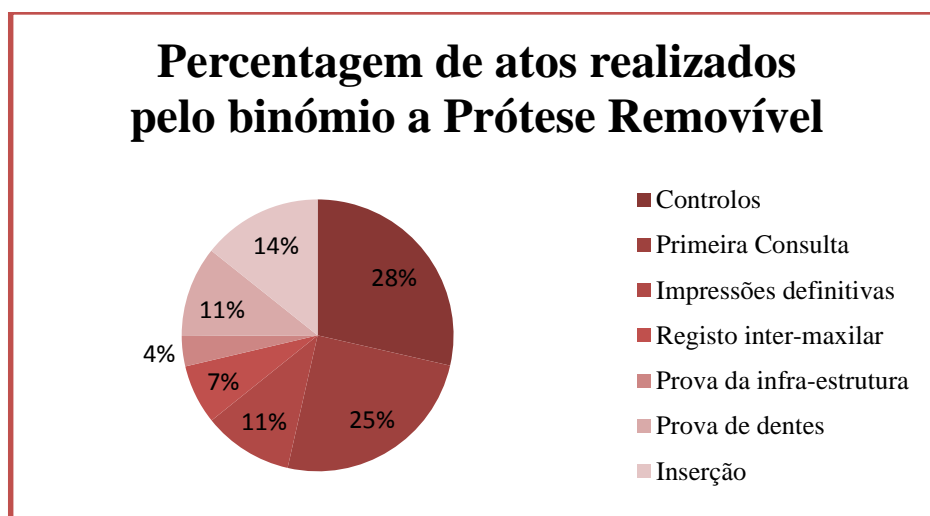
## 4.2. Análise da amostra por área disciplinar

Na **Tabela 9** constam os atos do binómio a Prótese Removível. Assim, de um total de 28 atos clínicos, o binómio realizou 8 controlos, 7 primeiras consultas, 3 consultas de impressões definitivas, 2 consultas de registo inter-maxilar, 1 consulta de prova de infra-estrutura, 3 de prova de dentes e 4 consultas de inserção da prótese.

**Tabela 9** - Atos do binómio a Prótese Removível

Tratamentos de Prótese Removível	Frequência	Percentagem válida
Controlos	8	28,6
Primeira Consulta	7	25
Impressões definitivas	3	10,7
Registo intermaxilar	2	7,1
Prova da infra-estrutura	1	3,6
Prova de dentes	3	10,8
Inserção da prótese	4	14,3
Total	28	100

No **gráfico 8** comportam as percentagens dos atos realizados pelo binómio a Prótese Removível. A maior percentagem, 28%, corresponde às consultas de controlo, seguida da primeira consulta com 25%. Consulta de inserção da prótese com 14%. Posteriormente segue-se a consulta de prova de dentes e impressões definitivas com 11%, com 7% temos a consulta de registo intermaxilar e por último temos com 4% a consulta prova de infra-estrutura.



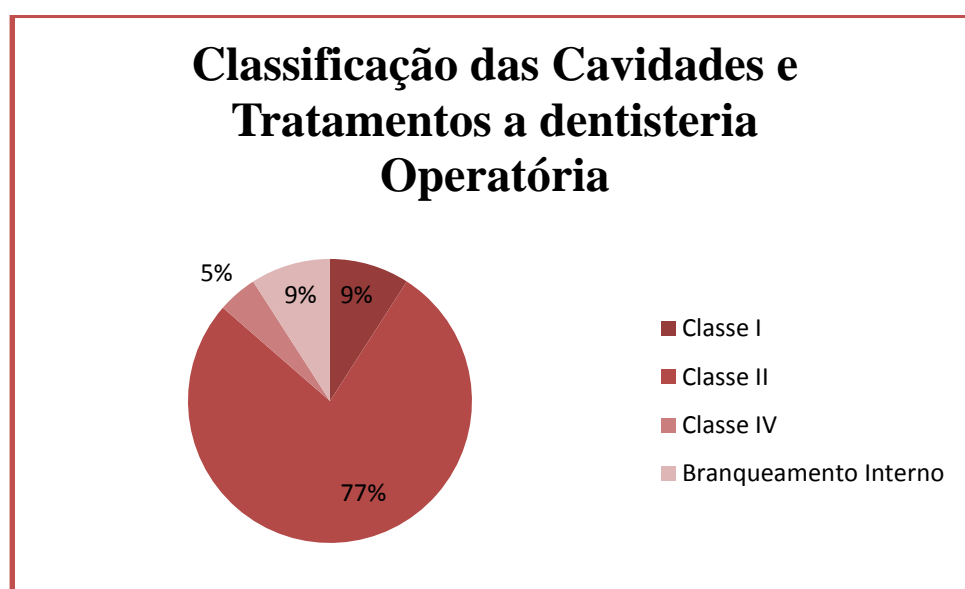
**Gráfico 8**– Percentagem de atos realizados pelo binómio a Prótese Removível.

Na **tabela 10** está presentes a Classificação das Cavidades e tratamentos realizados pelo binómio a Dentisteria Operatória. Assim, num total de 22 classificações, 17 são classe II, 2 são classe I, e com o menor número temos 1 classe IV e, por último, temos 2 branqueamentos internos.

**Tabela 10** - Classificação das Cavidades e Tratamentos realizadas pelo binómio a Dentisteria Operatória.

Classificação das Cavidades e Tratamentos a Dentisteria Operatória	Frequência	Percentagem Válida
Classe II	17	77,3
Classe I	2	9,1
Branqueamento Interno	2	9,1
Classe IV	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

No **gráfico 9** comportam as percentagens dos Tratamentos e Classificação das Cavidades realizadas pelo binómio a Dentisteria Operatória. A maior percentagem, 77%, corresponde às cavidades de classe II, seguida da classe I e branqueamento interno com 9%. Por último, temos a classe IV respectivamente com 5%.



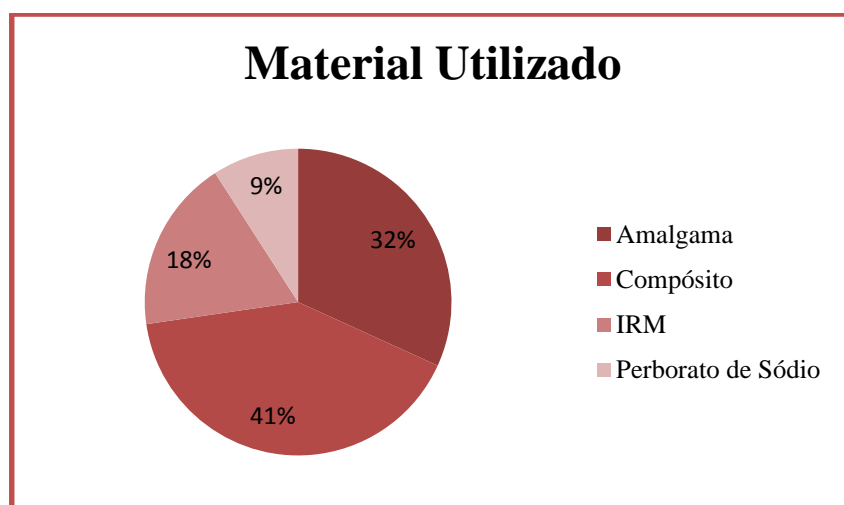
**Gráfico 9** – Percentagem dos Tratamentos e Classificações das Cavidades realizados pelo binómio a Dentisteria Operatória.

Na **tabela 11** podemos observar o material usado para os tratamentos realizados pelo binómio a Dentisteria Operatótia. Com o maior número de uso o compósito com 9 vezes, seguido da amálgama com 7, o IRM foi usado apenas 4 vezes, e por fim, o perborato de sódio com 2 utilizações.

**Tabela 11** - Material usado para os Tratamentos realizados pelo binómio a Dentisteria Operatótia.

Material Utilizado	Frequência	Percentagem Válida
Compósito	9	40,9
Amálgama	7	31,8
IRM	4	18,2
Perborato de Sódio	2	9,1
Total	22	100

No **gráfico 10** contém as percentagens dos materiais usados a Dentisteria Operatória. A maior percentagem, 41%, corresponde ao compósito, seguida da amálgama com 32%, IRM com 18% e, por último, o perborato de sódio com 9%.



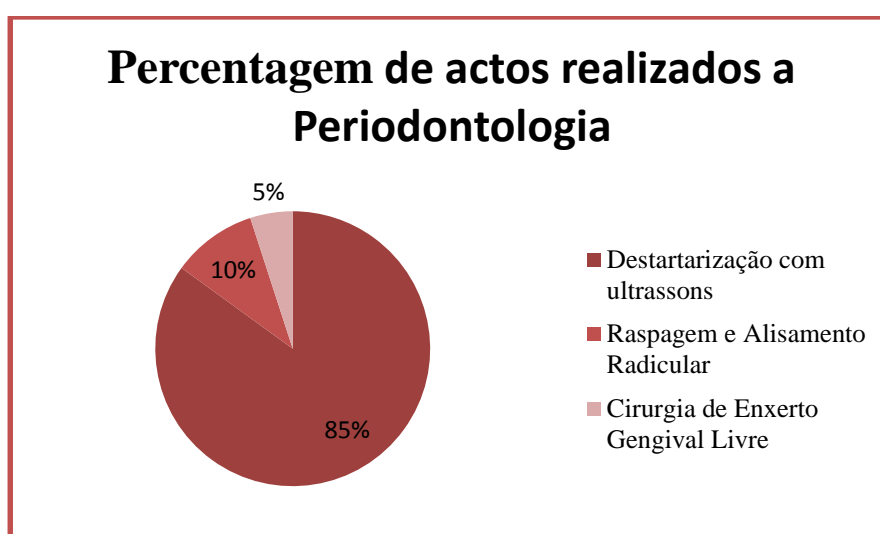
**Gráfico 10** - Percentagens dos materiais usados a Dentisteria Operatória.

Na **tabela 12** podemos observar os atos realizados a Periodontologia, num total de 20 atos, foram efetuados 17 destartarizações com recurso a ultra-sons, 2 raspagens e alisamentos radiculares com ajuda de curetas e ultra-sons e, por último, uma cirurgia periodontal.

**Tabela 12** – Tratamentos realizados a Periodontologia

Tratamentos Periodontologia	Frequência	Percentagem Válida
Destartarização com ultrassons	17	85
Raspagem e Alisamento Radicular	2	10
Cirurgia Periodontal	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

O gráfico 11 comporta a percentagem dos atos realizados a Periodontologia, a destartarização com ultra-sons com maior percentagem 85%, seguindo-se a raspagem e alisamento radicular com 10% e, por último, a cirurgia periodontal com 5%.



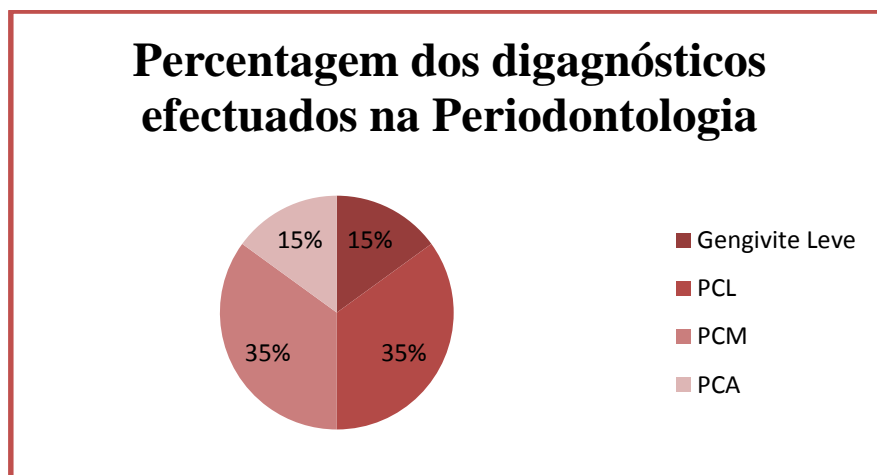
**Gráfico 11** – Percentagem de actos realizados a Periodontologia

Na **tabela 13** observa-se os diagnósticos feitos na área de Periodontologia. De entre os 20 atos clínicos efetuados, foram tratadas 3 Periodontites Crónicas Avançadas (PCA), 7 Periodontites Crónicas Moderadas (PCM), 7 Periodontites Crónicas Leves (PCL), e 3 Gengivites Leves.

**Tabela 13** – Diagnósticos periodontais dos pacientes atendidos na área de Periodontologia.

Diagnóstico Periodontal dos pacientes atendidos	Frequência	Percentagem Válida
Gengivite Leve	3	15
PCL	7	35
PCM	7	35
PCA	3	15
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

O **gráfico 12** abrange as percentagens de diagnósticos feitos na área de Periodontologia. Com 15% temos a Periodontite Crónica Avançada (PCA) e Gengivite Leve. Com 35% temos Periodontite Crónica Moderada (PCM) bem como a Periodontite Crónica Leve (PCL).



**Gráfico 12** – Percentagem dos diagnósticos efectuados a Periodontologia.

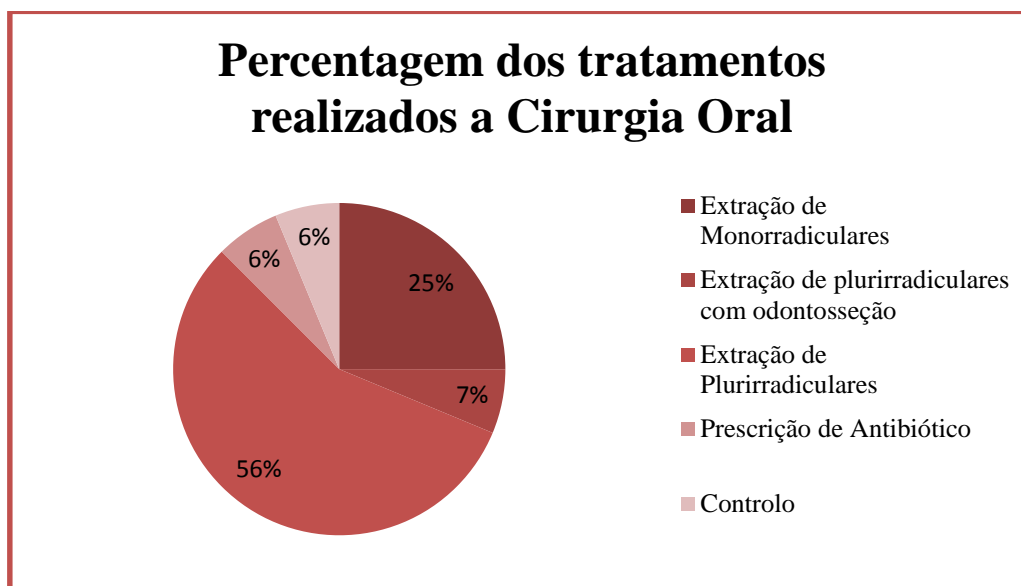
Na **tabela 14** encontram-se os atos do binómio a Cirurgia Oral. De um número total de 16 atos clínicos efetuados, foram feitas 4 extrações de monorradiculares, 10 extrações de multirradiculares, uma extração de multirradicular com odontosecção e uma consulta de controlo, bem como uma consulta para prescrição de antibiótico.

**Tabela 14** – Tratamentos realizados a Cirurgia Oral

Tratamentos Cirurgicos	Frequência	Percentagem Válida
Extração de Multirradiculares	9	56,2
Extração de Monorradiculares	4	25
Extração de Multirradiculares com odontosecção	1	6,25
Prescrição de Antibiótico	1	6,25
Controlo	1	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

No **gráfico 13** podemos observar as percentagens dos tratamentos realizados a Cirurgia Oral. Com 56% a extração de multirradiculares, 25% extração de monorradiculares,

por último com 1% temos a extração de multirradiculares com odontosecção, prescrição de antibiótico e controlo.



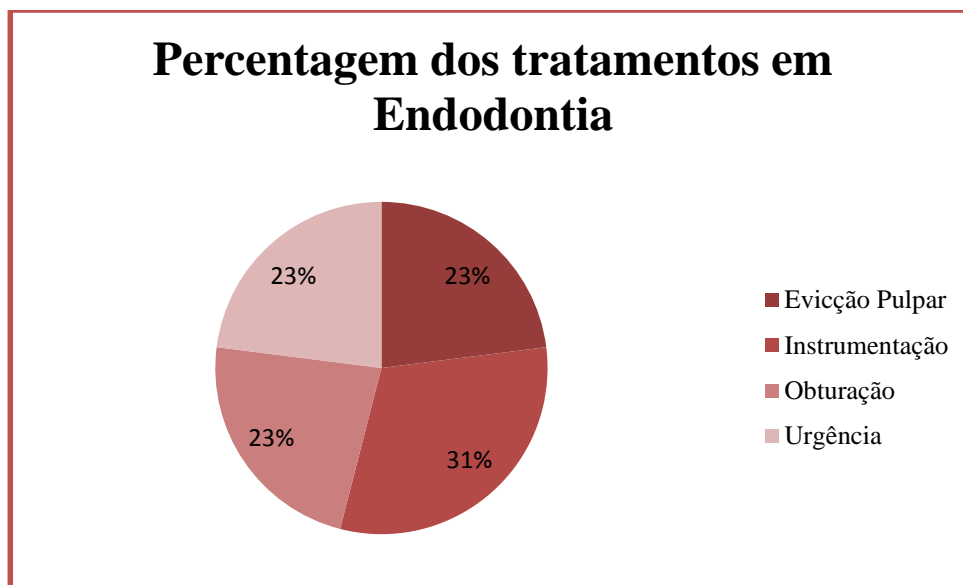
**Gráfico 13** – Percentagem dos tratamentos realizados pelo binómio a Cirurgia Oral.

Na **tabela 15** encontram-se os atos clínicos realizados em Endodontia pelo binómio. Foram, assim, efetuadas 13 atos no total. Quatro instrumentações radiculares, 3 evicções pulpaes, 3 obturações e 3 consultas de urgência.

**Tabela 15** – Atos clínicos realizados pelo binómio em Endodontia.

Tratamento efectuado	Frequência	Percentagem Válida
<b>Instrumentação Manual</b>	4	31
<b>Evicção Pulpar</b>	3	23
<b>Obturação</b>	3	23
<b>Urgências</b>	3	23
<b>Total</b>	13	100

O **gráfico 14** contém a percentagem dos tratamentos realizados pelo binómio em Endodontia. Com percentagem mais alta, de 31%, temos a instrumentação manual radicular, seguindo-se da evicção pulpar, obturação e urgências com 23%.



**Gráfico 14** - Percentagem dos tratamentos realizados pelo binómio em Endodontia.

Na **tabela 16** constam os atos clínicos de Medicina Oral efetuados pelo binómio. Aí, foram observados 10 doentes, tendo-se realizado 10 primeiras consultas.

**Tabela 16** - Atos clínicos de Medicina Oral.

Tratamentos Medicina Oral	Frequência	Percentagem Válida
1ª consulta	10	100

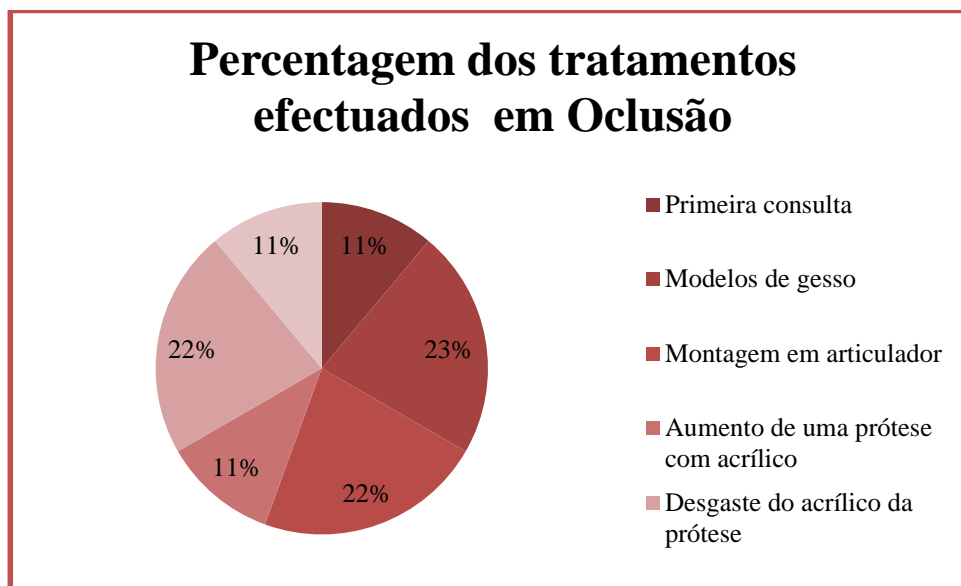
Na **tabela 17** apresentam-se os doentes observados pelo binómio na área de Oclusão. Realizou se 1 consulta de primeira vez, 2 consultas para execução de modelos de gesso e 2 consultas para montagem em articulador. Foi, ainda, executado uma consulta para aumento de uma prótese com acrílico e 2 consultas para posterior desgaste do excesso de acrílico. Por último, 1 consulta onde se realizou um ajuste oclusal.

**Tabela 17** – Tratamentos efetuados na área de Oclusão.

Tratamentos efectuados	Frequência	Percentagem Válida
Primeira consulta	1	11,11
Modelos de gesso	2	22,22
Montagem em articulador	2	22,22
Aumento de uma prótese com acrílico	1	11,11
Desgaste do acrílico da prótese	2	22,22

<b>Ajuste Oclusal</b>	1	11,11
<b>Total</b>	9	100

No **gráfico 15** consta a percentagem de tratamentos realizados pelo binómio na área de Oclusão. Com uma percentagem de 22% temos as consultas de execução de modelos de gesso, montagem em articulador e desgaste do acrílico da prótese. Com 11% das consultas temos primeira consulta, aumento da oclusão de uma prótese com acrílico e ajuste oclusal.



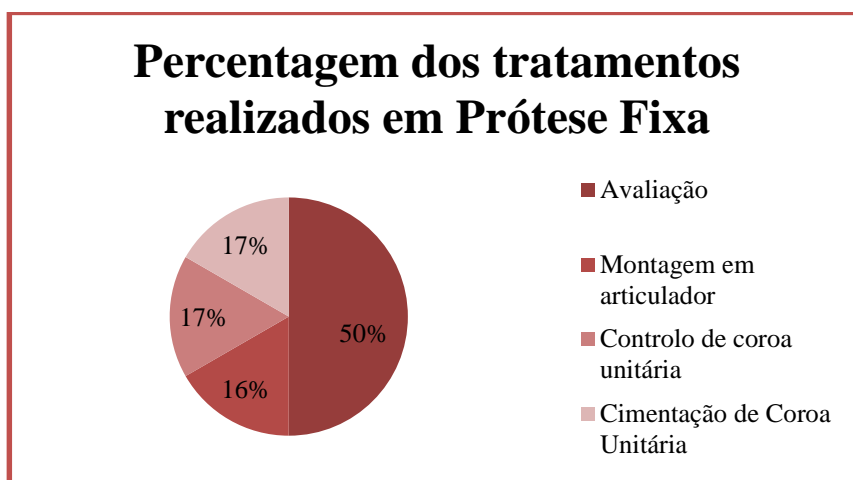
**Gráfico 15** – Percentagem dos tratamentos efectuados em oclusão.

Na **tabela 18**, observa-se os tratamentos realizados pelo binómio em Prótese Fixa. Do total das 6 consultas, 3 consultas foram de avaliação, 1 consulta em que se realizou montagem em articulador. Uma consulta de cimentação de uma coroa unitária e, por último, uma consulta de controlo de uma coroa, realizada na clínica universitária, com o respectivo preenchimento de inquérito de satisfação.

**Tabela 18** - Tratamentos realizados pelo binómio em Prótese Fixa.

<b>Tratamento efectuado</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem Válida</b>
<b>Avaliação</b>	3	50
<b>Montagem em articulador</b>	1	16,66
<b>Controlo de coroa unitária</b>	1	16,66
<b>Cimentação de coroa unitária</b>	1	16,66
<b>Total</b>	6	100

No **gráfico 16**, constam as percentagens de consultas concernentes a Prótese Fixa. Com 50% temos as consultas de avaliação e com 17% temos consulta montagem em articulador, controlo de coroa unitária e cimentação de coroa unitária.



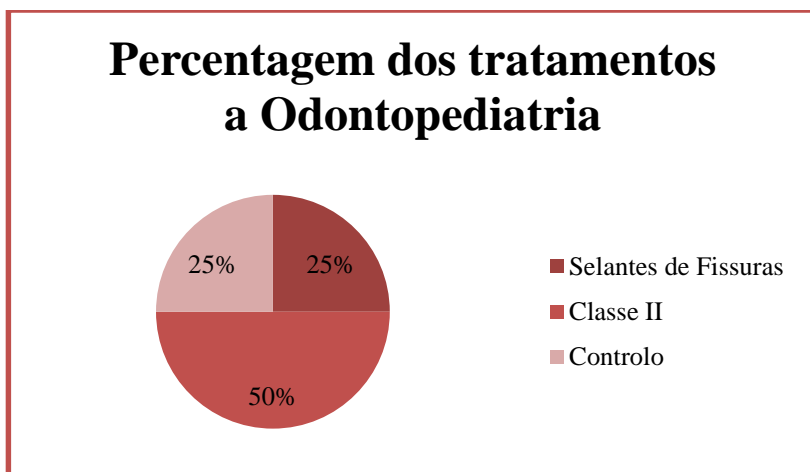
**Gráfico 16** - Percentagem de consultas realiza em Prótese Fixa.

Na **tabela 19**, observam-se os tratamentos realizados na área disciplinar de Odontopediatria. Assim, do total das 4 consultas foi realizada uma consulta para colocação de selantes de fissuras, 2 consultas para restauração de duas classes II a compósito e, por último, 1 consulta de controlo.

**Tabela 19** - Tratamentos realizados na área disciplinar de Odontopediatria.

Tratamentos Realizados	Frequência	Percentagem Válida
Selantes de Fissuras	1	25
Restauração compósito de Classe II	2	50
Controlo	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

No **gráfico 17**, podemos observar as percentagens dos tratamentos realizados na consulta de Odontopediatria. 50% das consultas são restaurações a compósito de classe II. E 25% colocação de selantes de fissuras e consultas de controlo.



**Gráfico 17** – Percentagem dos tratamentos a Odontopediatria.

Na **tabela 20**, podemos observar os tratamentos realizados pelo binómio na área de Ortodontia, com apenas duas consultas, uma de avaliação e outra de orçamento.

**Tabela 20** - Tratamentos realizados na área de Ortodontia.

Tratamentos Ortodontia	Frequência	Percentagem Válida
Avaliação	1	50
Orçamento	1	50
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

## 4.3. Actos Diferenciados

### 4.3.1. Periodontologia

#### Frenectomia e Recobrimento Gengival da Recessão com enxerto gengival livre

História clínica: A.R.D., sexo feminino, 21 anos, ASA I, não fumadora, motivada e colaborante, compareceu à consulta de Periodontologia, em Novembro de 2014, com queixa de hipersensibilidade radicular a estímulos térmico e à escovagem dentária. A paciente realizou uma cirurgia periodontal, associando o recobrimento gengival da recessão por tunelização e ETC, em Maio de 2013, contudo, não se verificou aumento da espessura da gengiva aderida, nem recobrimento total da recessão.

Diagnóstico periodontal: gengivite leve ou inicial induzida por placa e periodontite crónica leve localizada no 5º sextante (IP 42% e BOP 8,66%). Apresentava recessão classe III de Miller de 3,5mm em vestibular no dente 41.

Hipótese de tratamento: Frenectomia e cirurgia de recobrimento gengival da recessão com enxerto gengival livre (EGL).



Figura 1 – Ortopantomografia (2013)

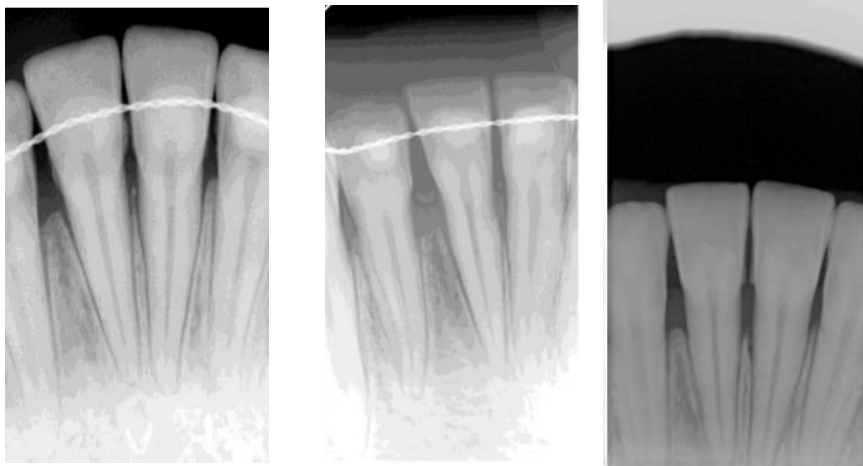


Fig. 2,3 e 4 – Rx periapicais do 4.1 (data 2011, 2013 e 2014)





Fig. 5, 6, 7, 8 e 9 – Fotografias Intraorais, pré-operatórias (recessão de 3,5mm no 4.1)

Descrição do procedimento: O procedimento foi executado pelo Mestre Nuno Santos e tive como função assistir no procedimento. Foi dada a anestesia infiltrativa bilateral mentoniana, anestesia infiltrativa do nervo palatino maior esquerdo e nervo nasopalatino. Após a anestesia, foi feita uma desepitelização até ao fundo do vestíbulo, realizou-se uma preparação radicular através de odontoplastia com brocas *PerioSet* de contra-ângulo, aplicou-se tetraciclina para desinfecção e redução da carga bacteriana e removeu-se a smear layer do dente. Procedeu-se a execução das incisões e remoção do enxerto de tecido conjuntivo na zona média esquerda do palato, de forma rectangular correspondente ao padrão pretendido. Após remoção do retalho, este ficou preservado em soro fisiológico até à sua implantação. Fez-se compressão na zona do leito doador para controlar a hemorragia e colocação da goteira de acrílico para melhorar o conforto. Aplicou-se o enxerto na zona pretendida e fez-se a estabilização com sutura. Para o sucesso da implantação do retalho é requisito primordial a completa imobilização do mesmo, sendo de extrema importância a sutura. A paciente fez medicação pós-operatória com anti-inflamatório (ibuprofeno 600mg) e corticosteroide (metilprednisolona).<sup>22</sup>



Fig.10- Desepitelização



Fig.11- Odontoplastia



Fig. 12- Aplicação de tetraciclina



Fig.13- Leito receptor



Fig.14 e 15- Incisões no palato e remoção do enxerto

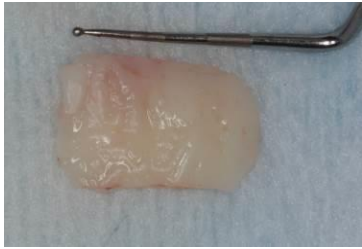


Fig.16- Enxerto EGL



Fig.17- Colocação do enxerto na zona pretendida



Fig.18,19 e 20- Suturas e estabilização do enxerto

Controlo pós-operatório: 1 semana, 2 semanas, 1 mês, 4 meses e 6 meses.



Fig.21 e 22- Controlo após 1 semana

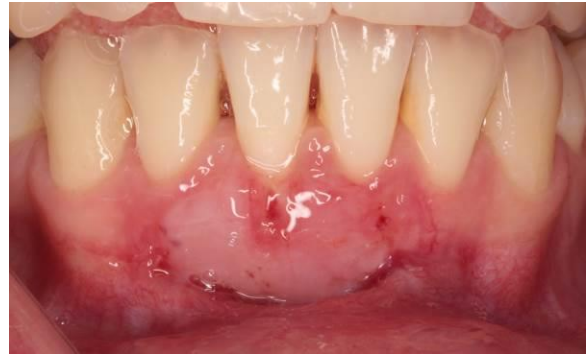
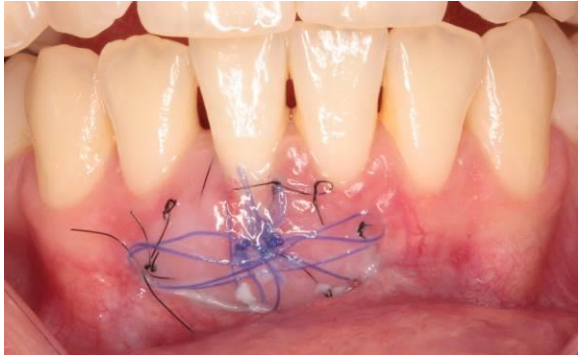


Fig.23 e 24- Controlo após 2 semana



Fig.25- Controlo após 1 mês



Fig.26 e 27- Controlo após 4 meses



Fig.28- Controlo após 6 meses

## 4.4. Atividade Científica

### Cirurgia Periodontal Plástica: Recobrimento de Recessão: Enxerto de Tecido Conjuntivo vs. Enxerto Gengival Livre - Relato de Caso Clínico

Ana Rita Dias<sup>1</sup>, Simone Santos<sup>1</sup>, Ana Teresa Senra<sup>1</sup>, Nuno Santos<sup>2</sup>, Tiago Marques<sup>2</sup>, Manuel de Sousa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)

<sup>2</sup> Professor convidado da área disciplinar de Periodontologia, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)

<sup>3</sup> Regente da área disciplinar de Periodontologia, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)

#### **Introdução**

Devolver o aspecto funcional e estético, são os requisitos fundamentais para a indicação da cirurgia periodontal plástica.<sup>23</sup>

O enxerto de tecido conjuntivo (ETC) permite resultados estéticos satisfatórios, cobrir amplas áreas de recessão e menor trauma no local dador.<sup>24</sup>

Contudo, quando é necessário aumentar a espessura de gengiva aderida e não é essencial uma correspondência de cor com o local receptor, como no quinto sextante, opta-se pelo enxerto gengival livre (EGL).<sup>24</sup>

#### **Descrição do caso clínico**

Paciente do sexo feminino, 21 anos, ASA I, não fumadora, motivada e colaborante, compareceu à consulta de Periodontologia, em Maio de 2013, com queixa de hipersensibilidade radicular a estímulos térmicos. O diagnóstico periodontal foi gengivite leve ou inicial induzida por placa e periodontite crónica leve localizada no 5º sextante (IP 42% e BOP 8,66%). Apresentava recessão classe III de Miller de 6mm em vestibular no dente 4.1. Pensa-se que os movimentos ortodônticos e a inserção dos freios e dos músculos sejam os fatores etiológicos prováveis.<sup>23, 25</sup>

Após fase higiênica, foi programada a cirurgia periodontal, associando o recobrimento gengival da recessão por tunelização e ETC. Após dez dias, observou-se uma boa cicatrização. Contudo, não se verificou aumento da espessura da gengiva aderida, nem recobrimento total da recessão.

Em Outubro de 2014, realizou-se nova cirurgia para recobrir a recessão com 3,5mm através do EGL. Duas semanas depois, observou-se boa cicatrização, aumento da espessura da gengiva aderida e recobrimento parcial da recessão, expectando-se o recobrimento total até 1 ano após a cirurgia, através do *creeping attachment*.<sup>26</sup>

### **Conclusão**

Neste caso, apesar da recessão ser de 3,5mm e o EGL ter sido colocado sobre a raiz, que não é vascularizada, conseguiu-se obter um recobrimento quase total como resultado da revascularização através do *bridging*.<sup>26, 27</sup> Através do EGL, consegue-se ainda obter o *creeping attachment*,<sup>28, 29</sup> apesar da sua quantidade ser imprevisível.<sup>30</sup>

### **Palavras-chave**

Cirurgia periodontal, recobrimento, recessão, enxerto de tecido conjuntivo, enxerto gengival livre, *creeping attachment*.

## **5. Discussão dos Resultado**

## 5. Discussão dos Resultados

O número de doentes atendidos em relação ao número de consultas realizadas, indica que vários doentes foram a mais do que uma consulta, na mesma Área Disciplinar ou em Áreas Disciplinares diferentes. De um total de 61 doentes diferentes, foram efetuados 126 atos clínicos diferentes, nas várias áreas disciplinares, dos quais 68 foram atos em que a autora desempenhou a função de operadora e 58 vezes o papel de assistente. Dentro desses 61 doentes observados, 57% foram do sexo feminino, correspondendo a 35 doentes, e 43% do sexo masculino, correspondendo a 26 doentes. A média de idades dos pacientes foi de 45,8 anos. A idade mínima foi de 8 anos e a máxima de 84 anos. Demonstrando uma média alta.

As Áreas Disciplinares de Prótese Removível, Dentisteria Operatória e de Periodontologia foram as que tiveram mais atos clínicos efetivamente realizados, quer individualmente, como operadora, quer pelo binómio e, neste caso, como assistente. As Áreas Disciplinares com menor afluência foram as de Ortodontia e de Odontopediatria.

O motivo principal da primeira consulta, com uma percentagem de 49%, foi a odontalgia seguida da rotina com 20%, isto demonstra que a maioria das pessoas recorre aos cuidados médico-dentários em situações de emergência ou de surgimento de odontalgia. Vários são os fatores que podem influenciar essa ida tardia, como por exemplo, o medo, o custo elevado dos tratamentos, entre outros factores.

As áreas disciplinares com maior percentagem de desistência foram a Prótese Fixa com 22%, Periodontologia 19% e Endodontia 17%, no total foram 36 consultas não realizadas, estas podem impossibilitar ou mesmo retardar o diagnóstico e a realização de tratamento, o que pode levar a um agravamento da condição oral do paciente. São muitos os motivos no qual os pacientes, por vezes, adiam ou faltam às consultas, como por exemplo, experiências desagradáveis na infância que podem ter efeitos ainda na vida adulta. Às vezes, as pessoas herdaram medos dos seus pais, cujas experiências com médicos dentistas podem ter sido traumáticas. O factor socioeconómico da pessoa, o facto de não existir sintomatologia.

Os pacientes que têm por hábito fazer uma escovagem diária de três vezes ao dia, apresentam resultados mais baixos de índice de placa, 57%, do que os que não escovam diariamente os dentes, apresentando piores resultados, uma média de índice de placa superior a 80%. No gráfico sete podemos ver a média do índice de placa a diminuir consoante o

aumento de número de escovagens realizadas diariamente. Porém, estes dados não podem ser considerados credíveis, visto os pacientes, muitas vezes, mentirem em relação ao número de escovagens que executam diariamente.

Quanto à análise da amostra por área disciplinar, em Prótese Removível foram realizadas 28 consultas no total, em que oito foram consultas de controlo, sete foram de primeiras consultas, três impressões definitivas, duas consultas de registos intermaxilares e uma prova de infraestrutura. Desde o primeiro semestre até ao último dia da recolha de dados, o binómio realizou três próteses, duas próteses acrílicas superiores e uma esquelética inferior. Na tabela 8 podemos ver que o binómio inseriu quatro próteses, uma delas foi usado o esqueleto metálico do paciente e foi só feita a substituição dos dentes.

Na Dentisteria Operatória, o binómio efetuou no total 22 atos clínicos, dos quais 17 foram classes II, duas classes I e uma classe IV e realizou ainda duas sessões de branqueamento interno. O material mais utilizado para as restaurações foi o compósito com percentagem de 41%, seguido da amálgama com 32%, foi usado 18% de IRM e 9% de perborato de sódio.

Dentro da Periodontologia, no total foram executadas 20 consultas em que foram realizadas 17 destarizações com recurso a ultra-sons, duas raspagens e alisamentos radiculares através de curetas e ultra-sons. Foi executado, ainda, uma cirurgia periodontal - este caso está referenciado nos casos diferenciados. Foram atendidos sete casos de periodontite crónica leve e periodontite crónica moderada, três casos de gengivite leve bem como três casos de periodontite crónica avançada.

Relativamente à Cirurgia Oral, foram efetuadas 16 procedimentos, nos quais nove foram extrações de dentes multirradiculares, quatro de dentes monorradiculares, a extração de um dente multirradicular com odontosecção, uma consulta em que se prescreveu antibiótico devido a um processo periapical crónico e realizou-se ainda uma consulta de controlo.

Dentro da Endodontia, foram realizadas três consultas em que se executou abertura camaral e evicção pulpar, quatro consultas em que se realizou a instrumentação manual dos canais e três consultas para obturação dos canais. Por último, foram efetuadas três consultas de emergência. No total foram realizados três tratamentos endodonticos radicais a três dentes, dois molares inferiores e um pré-molar superior, foi ainda realizado a abertura camaral, evicção pulpar e instrumentação manual de um molar inferior, mas a paciente não

compareceu à terceira sessão. Um dos molares inferiores realizados já vinha com a abertura camaral executada, foi somente necessário fazer a instrumentação e obturação.

Nas consultas de Medicina Oral, foram feitas 10 primeiras consultas, com preenchimento da história clínica, captação de radiografia panorâmica, execução do plano de tratamento adequada a cada paciente e o respetivo encaminhamento para cada uma das áreas disciplinares necessárias.

Em oclusão, foram realizadas 9 consultas no total. Uma consulta de ajuste oclusal, em que se realizou o desgaste de algumas cúspides de molares superiores. Foi feita ainda uma consulta de primeira vez. Foram realizadas duas consultas para obtenção de modelos de gesso e duas consultas para posterior montagem em articulador. Executou-se, ainda, uma consulta para aumentar o acrílico de uma prótese esquelética inferior, após isso, foram realizadas duas consultas para posterior desgaste do excesso do acrílico.

Na Prostodontia Fixa, foram realizadas um total de seis consultas, três consultas de avaliação, uma consulta para montagem em articulador, foi ainda realizado um controlo de uma coroa unitária, e uma consulta para cimentação de uma coroa unitária.

Em Odontopediatria, no total, foram realizadas quatro consultas, duas consultas foram para a restauração de um dente definitivo 2.6 e um dente decíduo 6.4, em ambos eram uma classe II. Realizou-se, ainda, uma consulta de controlo e uma consulta para a colocação de selantes de fissuras, neste caso foram colocados em dois pré-molares 1.5 e 2.5.

Por último, com apenas dois atos realizados temos a ortodontia, em que se realizou uma consulta de avaliação, na qual foram recolhidos dados do paciente, fotografias intra e extraorais, modelos de gesso, para posterior avaliação e elaboração de um plano de tratamento. Após ter o orçamento e o plano de tratamento definido, marcou-se uma consulta para discussão do caso com a mãe da criança, na qual esta não mostrou interesse em seguir o tratamento para o filho.

## **6. Conclusão**

## 6. Conclusão

O 5º ano de medicina dentária é um ano excepcional, relativamente ao restante percurso académico no Mestrado Integrado em Medicina Dentária. É um dos anos mais produtivos em termos de atividade clínica, permitindo o contacto diário com pacientes diferentes, com diversas patologias, treinando a destreza clínica e manual, que com o conhecimento científico constituem o auge da boa prática na Medicina Dentária, independentemente da área de especialização. A reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas das diferentes áreas disciplinares revelou-se extremamente construtiva, enriquecedora e produtiva, permitindo a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado, possibilitando a diminuição de determinados erros praticados na prática clínica.

Na maior parte dos casos observados na prática clínica, os pacientes aparecem predominantemente em situações de urgência. A presença de dor foi um dos fatores principais, e os pacientes não se apercebem da necessidade da realização de consultas de rotina, para que o Médico Dentista possa atuar precocemente. Essa frequência de urgências permitiu o desenvolvimento do raciocínio clínico e da capacidade de diagnosticar mais rapidamente, de modo a reconhecer as situações emergentes e assim respeitar os tempos de atuação terapêutica.

Foi igualmente possível observar uma preocupação por parte de alguns pacientes com a sua saúde oral e a preocupação com a estética do sorriso como parte integrante da sua imagem pessoal, não só nos jovens, mas também em alguns pacientes de faixas etárias mais avançadas.

Durante o processo de aprendizagem, a própria instituição incentiva os alunos a procurar e analisar novos métodos que permitam atingir as melhores estratégias de tratamento e prognóstico, baseadas nas mais recentes evidências científicas, bem como melhorar a abordagem de pacientes, descartando diagnósticos e terapêuticas que já não se encontram válidas.

O aluno e futuro profissional deve procurar perceber os seus erros, práticos e teóricos. É necessário um investimento na formação, e fazê-lo de forma a potenciar as qualidades enquanto médico dentista e colmatar as suas limitações. Hoje em dia é impensável considerar

que a formação não seja contínua. O avanço da ciência exige uma constante atualização dos conhecimentos e só assim é que se pode projetar o sucesso.

A realização deste relatório permitiu a reflexão sobre a inovação na área de Medicina Dentária, tendo oportunidade de realizar os atos clínicos, procurando soluções clínicas de acordo com as necessidades do paciente e proporcionar, assim, um tratamento de excelência à população abrangente.



## **7. Bibliografia**

## 7. Bibliografia

1. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dental Health*, 2005;22:71-74.
2. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005; 83 (9): 711-718.
3. World Health Organization. Oral Health, Fact sheet N.º 318, February 2007.
4. World Health Organization. Oral health: Action plan for promotion and integrated disease promotion. WHO – Sixtieth World Health Assembly, March 2007.
5. DGS-Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, 2005.
6. Sala Emili GP, *Odontologia preventiva y comunitária*. 3ªEdição. Masson, S.A.: 2005
7. Ordem do Médico Dentistas. Plano nacional de saúde 2011-2016 estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implantar (projecto conceptual) 2011; 2-29.
8. Sala Emili GP, *Odontologia preventiva y comunitária*. 3ªEdição. Masson, S.A.: 2005.
9. World Dental Federation. FDI Visão 2020 – Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral (<http://www.ond.pt/futuro>).
10. Harris NO, García-Godoy F. *Primary preventive dentistry*. 6ªEdição. Cohen M, editor. Julie Levin Alexander; 2004.
11. Sala Emili GP, *Odontologia preventiva y comunitária*. 3ªEdição. Masson, S.A.: 2005.
12. Ordem do Médico Dentistas. Plano nacional de saúde 2011-2016 estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implantar (projecto conceptual) 2011; 2-29.
13. World Dental Federation. FDI Visão 2020 – Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral (<http://www.ond.pt/futuro>).
14. Al-Ansari J, Honkala E, Honkala S. Oral health knowledge and behaviour among male health sciences college students in Kuwait. *BMC Oral Health*, 2003; 3: 2.
15. American Dental Association. ADA Cleaning your teeth and gums (oral hygiene). [www.ada.org/public/topics/cleaning\\_faq.asp](http://www.ada.org/public/topics/cleaning_faq.asp).
16. Daniel SJ, Harfst SA, Wilder RS. *Mosby's Dental Hygiene: Concepts, Cases and Competencies*. Mosby Elsevier, 2008.
17. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005; 83 (9): 711-718.


18. Harris NO, García-Godoy F. Primary Preventive Dentistry. Pearson, Prentice Hall, 2004.
19. Burt BA, Pai S. Sugar Consumption and Cáries Risk: A Systematic Review. *Journal of Dental Education*, 2001; 65 (10): 1017-1022.
20. Axelsson P. Preventive Materials, Methods, and Programs. Quintessence Books, 2004.
21. World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st Century – the approach of the WHO global oral health programme. Geneva, 1999.
22. Homayoun HZ. Minimally Invasive Treatment of Maxillary Anterior Gingival Recession Defects by VISTA and PDGF BB. 2011; 31(6):653-660.
23. Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. 1ª ed. São Paulo: Artmed; 2002. Cap.4, p.117-36.
24. Sonick M. Root coverage: a comparison of techniques: the free gingival graft versus the subepithelial connective tissue graft. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1992; 4(8): 39-48.
25. Newman MG, Takei HH, Carranza FA. Carranza's clinical periodontology, 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2002. Cap. 66, p.851-52.
26. Sullivan HC, Atkins JH. The role of free gingival grafts in periodontal therapy. *Dent Clin North Am* 1969; 13(1): 133-48.
27. Sulvian HC ,Atkin JH. Free autogenous gingival grafts. III. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics* 1968; 6: 152-60.
28. Matter J. Creeping attachment of free gingival grafts. A five-year follow-up study. *J Periodontol* 1980; 51(12):681-5.
29. Bell LA, Valluzzo TA, Garnick JJ, Pennel BM. The presence of “creeping attachment” in human gingiva. *J Periodontol* 1978; 49(10): 513-7.
30. Harris RJ. Creeping attachment associated with the connective tissue with partial-thickness double pedicle graft. *J Periodontol* 1997; 68(9): 890-9.



## **8. Anexos**

## 8. Anexos


### 8.1. Atividade Científica: Cirurgia Periodontal Plástica: Recobrimento de Recessão: Enxerto de Tecido Conjuntivo vs. Enxerto Gengival Livre - Relato de Caso Clínico



#### Cirurgia Periodontal Plástica: Recobrimento de Recessão: Enxerto de Tecido Conjuntivo e Enxerto Gengival Livre Relato de Caso Clínico

**Ana Rita Dias<sup>1</sup>, Simone Santos<sup>1</sup>, Ana Senra<sup>1</sup>, Nuno Santos<sup>2</sup>, Tiago Marques<sup>2</sup>, Manuel de Sousa<sup>3</sup>**

1 - Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu) Contacto: rita.dias85@gmail.com  
2 - Professor convidado da área disciplinar de Periodontologia, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)  
3 - Regente da área disciplinar de Periodontologia, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa (Viseu)



**INTRODUÇÃO**

Devolver o aspecto funcional e estético são os requisitos fundamentais para a indicação da cirurgia periodontal plástica.<sup>1</sup>  
O enxerto de tecido conjuntivo (ETC) permite resultados estéticos satisfatórios, cobrir amplas áreas de recessão e menor trauma no local dador.<sup>2</sup>  
Contudo, quando é necessário aumentar a espessura de gengiva aderida e não é essencial uma correspondência de cor com o local receptor, como no quinto sextante, opta-se pelo enxerto gengival livre (EGL).<sup>2</sup>

**DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO**

**DADOS CLÍNICOS:**

- Sexo feminino, 21 anos, ASA I, não fumadora
- Motivo da consulta: hipersensibilidade radicular durante a escovagem e a estímulos térmico

**DIAGNÓSTICO PERIODONTAL INICIAL: (05/2013)**

- Gengivite leve induzida por placa (PI 42% e BOP 8,66%) e Periodontite Crónica Leve localizada no 5º sextante
- Recessões classes III de Miller de 6mm em vestibular no dente 41

**PLANO DE TRATAMENTO:**

- Fase higiénica
- 1ª Cirurgia Periodontal Plástica: Frenectomia, Tunelização e ETC (05/2013)
- 2ª Cirurgia Periodontal Plástica: EGL (11/2014)




Figura 1: Inicial/pré-operatória I (recessão 6mm)







Figura 2: Enxerto ETC

Figura 3: 1 mês

Figura 4: Pré-operatória II (recessão 3,5mm)

Figura 4: Pré-operatória II (recessão 3,5mm)







Figura 6: Deseptelização

Figura 7: Enxerto EGL

Figura 8: Sutura e estabilização do enxerto

Figura 9: 1 semana







Figura 10: 2 semanas

Figura 11: 1 mês

Figura 12: 4 meses

Figura 13: 6 meses

**CONCLUSÃO**

- Neste caso, apesar da recessão ser de 3,5mm e o EGL ter sido colocado sobre a raiz, que não é vascularizada, conseguiu-se obter um recobrimento quase total como resultado da revascularização através do bridging.<sup>3, 4</sup>
- Através do EGL, consegue-se ainda obter o creeping attachment.<sup>5, 6</sup> apesar da sua quantidade ser imprevisível.<sup>7</sup>

**BIBLIOGRAFIA**

1 - Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. 1ª ed. São Paulo: Artmed; 2002. Cap.4, p.117-36.  
2 - Sonick M. Root coverage: a comparison of techniques: the free gingival graft versus the subepithelial connective tissue graft. Pract Periodontics Aesthet Dent. 1992; 4(8): 39-48.  
3 - Sullivan HC, Atkins JH. The role of free gingival grafts in periodontal therapy. Dent Clin North Am 1969; 13(1): 133-48.  
4 - Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. III. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. Periodontics 1968; 6: 152-60.  
5 - Matter J. Creeping attachment of free gingival grafts. A five-year follow-up study. J Periodontol 1980; 51(12):681-5.  
6 - Bell LA, Valluzzo TA, Garnick JJ, Pennel BM. The presence of "creeping attachment" in human gingiva. J Periodontol 1978; 49(10):513-7.  
7 - Harris RJ. Creeping attachment associated with the connective tissue with partial-thickness double pedicle graft. J Periodontol 1997; 68(9): 890-9.

