



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:
Francisco João Soares Pereira

Viseu, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por:
Francisco João Soares Pereira

Orientador: Professora Doutora Joana Barros

Viseu, 2016

Resumo

O presente relatório é referente à atividade clínica realizada na Clínica Universitária do Instituto de Ciências da Saúde de Viseu (ICS) da Universidade Católica Portuguesa, no 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, durante o ano letivo 2015/2016.

As situações expostas descrevem, por área disciplinar, todo o processo de aprendizagem envolvido no atendimento de cada paciente, os procedimentos efetuados nas diferentes variantes de alterações clínicas e os conhecimentos adquiridos. Especificamente, o que se pretende é expor o registo do desempenho do binómio 11 ao longo do ano letivo pela descrição e análise por área disciplinar bem como uma breve descrição da amostra dos pacientes observados. Os resultados obtidos são apresentados em gráficos e/ou tabelas com dados registados.

Como casos clínicos diferenciados, foram selecionadas duas grandes restaurações realizadas na área disciplinar de Dentisteria Operatória. O primeiro caso clínico é referente a uma restauração a amálgama recorrendo a matriz individual em aro de cobre; no segundo caso clínico, utilizou-se um espigão intraradicular e, o terceiro caso clínico é referente a uma ponte de três elementos realizada na área disciplinar de Prostodontia Fixa. Todos os tratamentos realizados são uma prática frequente nas consultas da Clínica Universitária da UCP de Viseu.

Abstract

This report refers to the clinical activity carried out at the University Clinic of Sciences Institute of Viseu Health (ICS) of the Portuguese Catholic University in the 5th year of the MSc in Dental Medicine, during the school year 2015/2016.

Exposed situations describe, by subject, the whole learning process involved in the care of each patient, the procedures performed in the different variants of the clinic and acquired knowledge.

The aim is to expose the performance of the group number 11 throughout the year by describing and analysing each subject and as well a brief description of the sample of patients observed. The results obtained are presented in graphs or tables with the data registered.

The clinical cases selected to be presented are two major restorations in the subject of Dentistry. The first clinical case reports an amalgam restoration using a copper ring as individual matrix; in the second clinical case, it was used a post and the third clinical case refers to a bridge of three elements held in the area Prosthodontics. All these treatments are a common practice in the University Clinic in Viseu .

Lista de Abreviaturas

- **ATM** – Articulação Temporo-Mandibular
- **CDP/DTM** – Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporo-Mandibulares
- **CEP** – Classificação de Edentulismo Parcial
- **CO** – Cirurgia Oral
- **CU** – Clínica Universitária
- **DO** – Dentisteria Operatória
- **Fig.** – Figura
- **GUNA** – Gengivite Ulcero Necrosante Aguda
- **ICS** – Instituto de Ciências da Saúde
- **IPO** – Instituto Português de Oncologia
- **M-D** – Mésio-Distal
- **PCA** – Periodontite Crónica Avançada
- **PCL** – Periodontite Crónica Leve
- **PCM** – Periodontite Crónica Moderada
- **PF** – Prostodontia Fixa
- **PR** – Prostodontia Removível
- **PSR** – *Periodontal Screening and Recording*
- **PUNA** – Periodontite Ulcero Necrosante Aguda
- **RAR** – Raspagem e Alisamento Radicular
- **Rx** – Raio-x
- **Tab.** - Tabela
- **TAC** – Tomografia Axial Computorizada
- **TER** – Tratamento Endodontico Radicular
- **UCP** – Universidade Católica Portuguesa

Índice

Resumo.....	I
Abstract.....	III
1. Introdução.....	1
2. Atividade Clínica.....	5
2.1. Desempenho clínico.....	5
2.2.2. Género.....	7
2.2.3. Profissão.....	7
2.3. Áreas disciplinares.....	8
2.3.1. Medicina Oral.....	9
2.3.2. Odontopediatria.....	10
2.3.3. Periodontologia.....	11
2.3.4. Dentisteria Operatória.....	13
2.3.5. Prótese Removível.....	15
2.3.6. Prótese Fixa.....	17
2.3.7. Endodontia.....	18
2.3.8. Cirurgia Oral.....	21
2.3.9. Oclusão.....	22
2.3.10. Ortodontia.....	23
3. Casos Clínicos Diferenciados.....	27
3.1. Dente extensamente destruído, restaurado a amálgama com recurso a matriz individual em aro de cobre.....	27
3.1.1. Introdução.....	27
3.1.2. Descrição do caso clínico.....	28
3.1.3. Discussão e Conclusão.....	33
3.2. Dente extensamente destruído, restaurado com espigão.....	35
3.2.1. Introdução.....	35
3.2.2. Descrição do caso clínico.....	35
3.2.3. Discussão e Conclusão.....	38
3.3. Restauração de espaço edêntulo com ponte, em prótese fixa	39
3.3.1. Introdução.....	39

3.3.2.	Descrição do caso clínico	39
3.3.3.	Discussão e conclusão	47
4.	Referências bibliográficas	51
Anexos	55

Índice de figuras

Figura 1 - Número de pacientes e atos clínicos do Binómio e do aluno.....	5
Figura 2 - Papel desempenhado pelo aluno nos atos realizados pelo Binómio. 6	6
Figura 3 - Grupos etários dos pacientes observados.	6
Figura 4 – Distribuição dos pacientes por género.	7
Figura 5 - Divisão dos pacientes por quatro grupos relacionados com a profissão: estudantes, empregados, desempregados e reformados.....	8
Figura 6 - Atos distribuídos pelas áreas disciplinares com expressão clínica. ...	9
Figura 7 - Macromodelo e Escova da CU.	12
Figura 8 - Percentagem de ocorrência dos diagnósticos em Periodontologia. .	13
Figura 9 - Percentagem de ocorrência dos tratamentos restauradores em Dentisteria Operatória.	15
Figura 10 - Percentagem de ocorrência dos trabalhos efetuados em Prostodontia Removível.	17
Figura 11 - Fantoma Pré-clínico.	19
Figura 12 – Distribuição dos TER realizados pelo aluno.....	20
Figura 13 – Dentes extraídos por localização na arcada.	22
Figura 14 – Raio-x periapical inicial do dente 1.4.....	28
Figura 15 – Exodontia do fragmento palatino.....	29
Figura 16 – Remanescente dentário do dente 1.4.	29
Figura 17 – Adaptação e contorno do aro de cobre, com alicata próprio.	30
Figura 18 – Aro de cobre ajustado ao dente com cunhas.	30
Figura 19 – Aro de cobre colocado.	31
Figura 20 – Introdução e condensação do amálgama na matriz individual.....	31
Figura 21 – Corte no aro de cobre para remoção do mesmo.....	32
Figura 22 – Amálgama de prata cristalizado.	32
Figura 23 – Raio-x periapical final do dente 1.4.	33
Figura 24 – Raio-x do início da remoção de guta.....	36
Figura 25 – Raio-x pós-remoção de guta.	37
Figura 26 - Dois espaços edêntulos, vista oclusal.....	40
Figura 27 - Espaço edêntulo do 35, vista vestibular.....	41
Figura 28 - Preparos, vista oclusal.	42
Figura 29 - Preparos, vista vestibular.....	42

Figura 30 - Cimentação provisória, vista oclusal.	43
Figura 31 – Infraestrutura em troquel.	43
Figura 32 – Prova da infraestrutura.	44
Figura 33 – Seleção de cor.	44
Figura 34 – Ponte em troquel, vista vestibular.	45
Figura 35 - Ponte em troquel, vista oclusal.	45
Figura 36 – Ponte em troquel, vista lingual.	46
Figura 37 – Cimentação definitiva, vista oclusal.	46
Figura 38 – Cimentação definitiva, vista lingual.	47
Figura 39 – Cimentação definitiva, vista vestibular.	47

Índice de tabelas

Tabela 1 – Atos de Medicina Oral.	10
Tabela 2 - Atos clínicos de Odontopediatria.....	11
Tabela 3 - Diagnósticos das consultas de Periodontologia.	13
Tabela 4 - Tratamentos efetuados em Dentisteria Operatória.....	14
Tabela 5 - Protocolo de Prostodontia Removível com as fichas clínicas preenchidas em cada procedimento.	16
Tabela 6 - Trabalhos efetuadas a Prostodontia Removível.....	16
Tabela 7 - Protocolo de Prostodontia Fixa com as fichas clínicas preenchidas em cada procedimento.	18
Tabela 8 - Protocolo e exames complementares usados em Endodontia.....	20
Tabela 9 – Dentes extraídos nos atos cirúrgicos realizados.	21
Tabela 10 – Procedimentos e Tratamentos realizados nos atos realizados em Oclusão.	22
Tabela 11 – Anomalias com indicação de correção precoce, segundo Brusola e Proffit.....	23

INTRODUÇÃO

1. Introdução

O presente relatório é referente à atividade clínica realizada na Clínica Universitária do Instituto de Ciências da Saúde de Viseu (ICS) da Universidade Católica Portuguesa no 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, durante o ano letivo 2015/2016.

A atividade Clínica tem como objetivo dar seguimento à aprendizagem e colocar em prática todo o conhecimento teórico adquirido desde o início da etapa académica. Nesta fase prática, os pacientes são indispensáveis para o exercício dos atos clínicos dos alunos que frequentam o Mestrado Integrado de Medicina Dentária do ICS de Viseu. No processo de formação, o aluno esforça-se para responder e assegurar as expectativas dos pacientes. A interação com os pacientes não passa apenas pelo tratamento. O motivo da consulta desencadeia todo o processo que se inicia no primeiro contato com o paciente, realizado na consulta de rastreio na área disciplinar de Medicina Oral, em que o aluno realiza o plano de tratamento e encaminha o paciente para as respetivas áreas de especialidade, mais indicadas ao seu tratamento.

Todas as etapas inerentes às consultas são de grande importância, não só para a formação do aluno mas também para a futura prática clínica como profissionais, pois para além da experiência prática adquirida, também prepara o aluno para a resolução de problemas que venham a surgir no futuro.

A etapa final, o *follow-up*, não só representa a finalização e o controlo do trabalho realizado mas também o acompanhamento do paciente, de forma a que se possa intervir com a brevidade possível, em algum problema que possa surgir entre as consultas de controlo.

O objetivo deste relatório é descrever, analisar e autocriticar o trabalho efetuado nas diferentes unidades clínicas que têm componente prática e que representam o trabalho clínico realizado na Clínica Universitária do Instituto de Ciências da Saúde de Viseu (ICS) da Universidade Católica Portuguesa.

Importa referir a relação de toda a estrutura e fisiologia humana com a cavidade oral. Assim, todo o conhecimento obtido está interrelacionado e não restringido apenas à boca. A valorização da história médica é uma etapa

fundamental na consulta de Medicina Dentária, uma vez que, pequenas alterações da normalidade podem ser impeditivas ou levar a alguma modificação nos protocolos de atuação. Qualquer tratamento realizado na prática clínica deve responder corretamente a um diagnóstico e ir ao encontro do plano de tratamento estabelecido. Todas as fases de um tratamento devem ser englobadas num todo.

ATIVIDADE CLÍNICA

2. Atividade Clínica

A apresentação dos dados relativos aos pacientes atendidos pelo Binómio 11, na Clínica Universitária do ICS de Viseu foi auxiliada pelo recurso ao programa de software *Newsoft*. Este programa informático fornece a informação de marcação de pacientes (agenda) e as fichas clínicas dos pacientes, com toda a informação de anamnese e histórico dos tratamentos realizados. Os dados clínicos recolhidos foram alvo de uma análise geral tendo sido analisado o número de atos clínicos efetuados e a idade, género e profissão dos pacientes acompanhados. Desta forma, o desempenho do binómio 11 ao longo do ano letivo 2015/2016 é assim exposto, ao mesmo tempo que é realizada uma breve descrição da amostra dos pacientes observados.

2.1. Desempenho clínico

O número de pacientes que o binómio 11 atendeu, no primeiro semestre do ano letivo de 2015/2016, foi de 94. Relativamente aos atos clínicos realizados pelo mesmo binómio, o número foi de 124. Restringindo apenas aos atos do aluno responsável pela elaboração do presente relatório este realizou 59 atos clínicos. (Fig. 1)

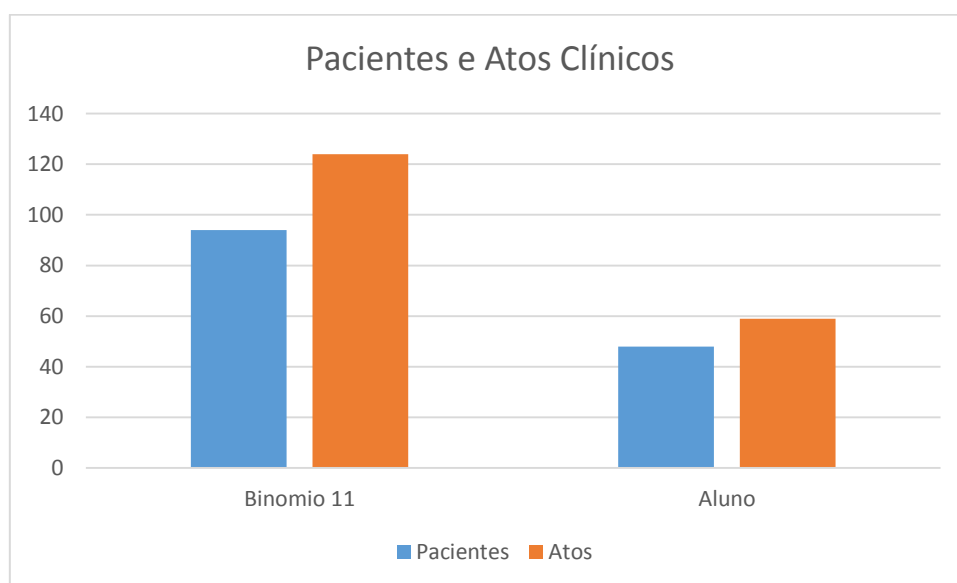


Figura 1 - Número de pacientes e atos clínicos do Binómio e do aluno.

De uma forma geral, o desempenho do binómio 11 pode ser observado na figura 2.



Figura 2 - Papel desempenhado pelo aluno nos atos realizados pelo Binómio.

2.2. Pacientes e Atos Clínicos

2.2.1. Idades

A idade dos pacientes observados encontra-se dentro dos intervalos estabelecidos na Figura 3.

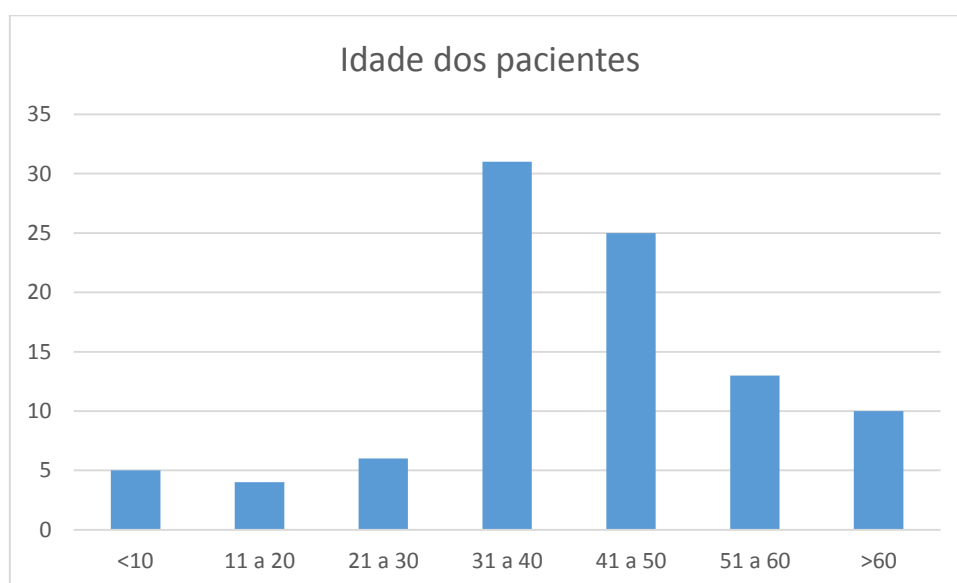


Figura 3 - Grupos etários dos pacientes observados.

Como é possível observar na figura 3, a maioria dos pacientes observados tinha idades compreendidas entre 31-50 anos (59,6%). As crianças e jovens com idade inferior a 20 anos, representam a minoria da amostra (9,6%), ou seja a afluência dos pacientes mais jovens à consulta é menor.

2.2.2. Género

A figura 4 representa a distribuição dos pacientes por género. Foi possível observar que o número pacientes atendidos do género masculino (49) foi superior ao género feminino (45), o que corresponde a uma percentagem de 52,1% e 47,9%, respetivamente.

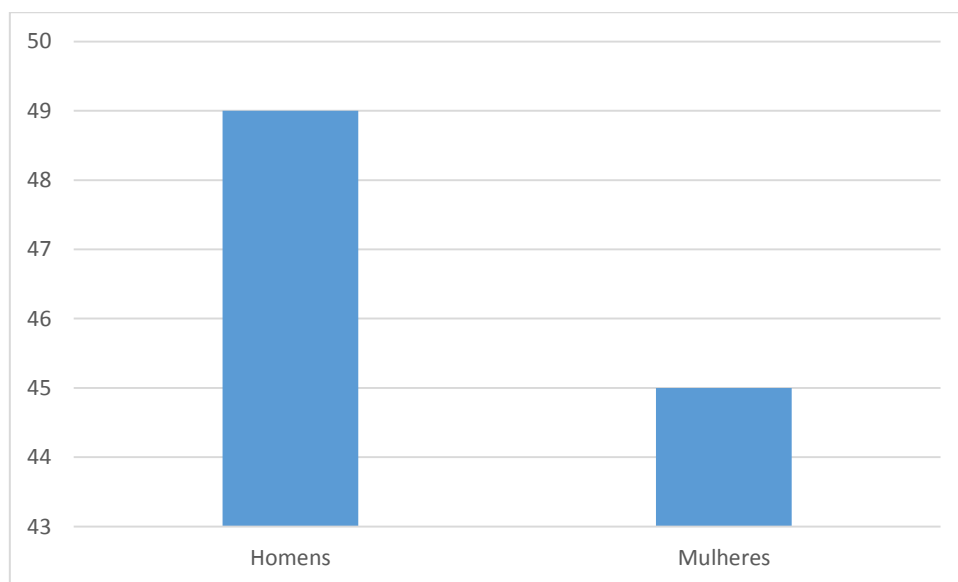


Figura 4 – Distribuição dos pacientes por género.

2.2.3. Profissão

Em relação à profissão dos pacientes observados, foi decidido não especificar a profissão de cada paciente, dividindo os mesmos por apenas quatro grupos: estudantes, empregados, desempregados e reformados. (fig. 4)

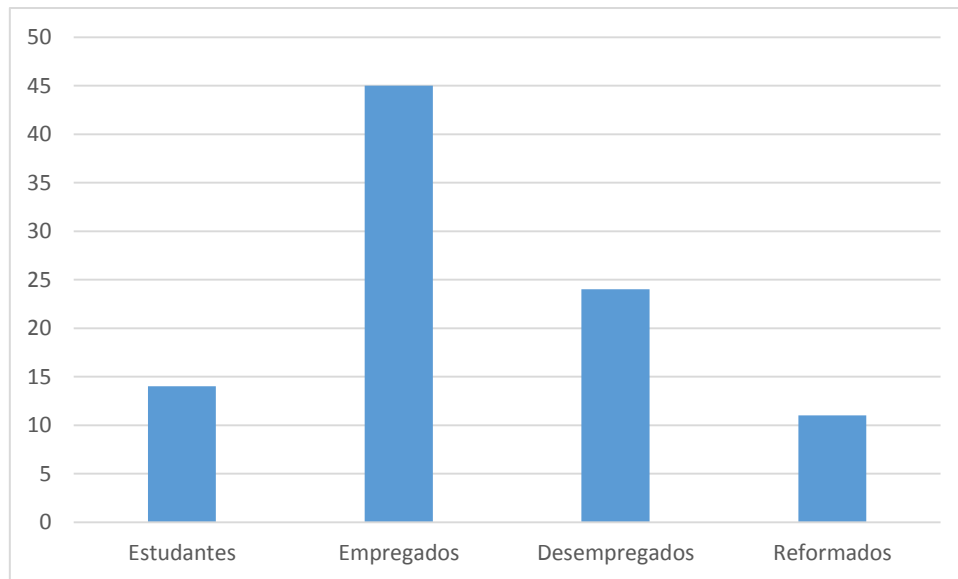


Figura 5 - Divisão dos pacientes por quatro grupos relacionados com a profissão: estudantes, empregados, desempregados e reformados.

A maioria dos pacientes observados encontrava-se em atividade laboral (45) o que corresponde a 47,9% da amostra, já os pacientes reformados representam a minoria, com 11 pacientes observados, ou seja 11,7%.

2.3. Áreas disciplinares

Na figura 6 estão representados os atos clínicos distribuídos pelas diferentes áreas disciplinares que têm expressão na Clínica Universitária do ICS de Viseu.

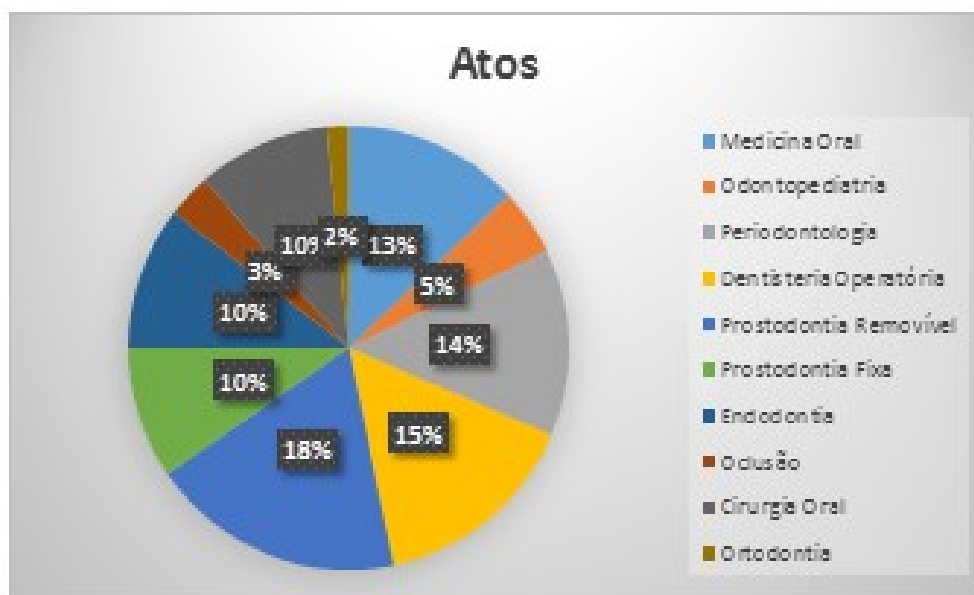


Figura 6 - Atos distribuidos pelas áreas disciplinares com expressão clínica.

Importa referir que, no que diz respeito aos atos clínicos realizados pelo binómio, destacam-se as áreas de prótese removível e dentística operatória pelo facto de serem as que proporcionaram a realização de mais atos clínicos. Pela razão oposta, destacam-se as áreas disciplinares de ortodontia e oclusão, uma vez que combinadas apenas representam 5% da amostra final.

De seguida, é exposto o trabalho realizado no âmbito das diferentes áreas disciplinares. Em primeiro lugar será referida a área disciplinar em análise, e depois o(s) tratamento(s) e o número de vezes que foram realizados nessa mesma área disciplinar. Uma vez que foram realizados diversos atos clínicos, há tratamentos similares ou até mesmo iguais, no entanto, foram realizados em pacientes diferentes.

2.3.1. Medicina Oral

Na CU os pacientes são sempre sujeitos a uma primeira consulta, que é realizada nesta mesma área disciplinar com o objetivo de realizar uma avaliação do estado de saúde oral e estruturas anexas, tal como recolher qualquer informação que seja relevante para a elaboração da história clínica.

Nesta avaliação, podem assim ser detetadas e registadas quaisquer anomalias e/ou patologias presentes.

Toda a informação recolhida sobre os pacientes é inserida no *software* adotado pela CU. Nesse *software* está o relatório (Anexo 1) que é protocolo preencher nesta consulta.

Quanto a exames complementares de diagnóstico, a ortopantomografia faz parte do protocolo da consulta, no entanto se for necessário mais algum tipo de exame radiográfico, tal como radiografias Bitewings, Periapicais e Oclusais podem ser realizadas no momento. No que diz respeito às biopsias, este procedimento pode ser realizado pelos alunos, com supervisão dos professores, e depois a amostra/peça é enviada para um laboratório anatomopatológico que, posteriormente, envia os resultados para a CU. Em casos de patologias de maior gravidade, como por exemplo um carcinoma, os pacientes são encaminhados para local apropriado (IPO no caso do carcinoma).

Esta consulta termina com a elaboração do plano de tratamento dos pacientes, considerando toda a informação recolhida de forma a encaminhar os pacientes para as áreas disciplinares apropriadas.

Tabela 1 – Atos de Medicina Oral.

	Atos
Operador	8
Assistente	8
Total	16

2.3.2. Odontopediatria

O nome desta área é proveniente do grego, *Odontos* (dente) + *Pais/Paidos* (criança) + *Iatria* (medicina/tratamento), ou seja, como o próprio nome indica esta área é destinada ao tratamento de crianças.

Os tratamentos efetuados (Tab. 2) nesta área vão de encontro às necessidades apresentadas pelos mais jovens, como extrações dentárias,

remoção de cáries e restaurações, colocação de selantes de fissuras, destartarizações e pulpectomias. De forma preventiva, também gestão de espaços nas arcadas é observada e registada. A odontopediatria tem relação direta com a área de ortodontia, pelo facto de terem em comum as idades dos pacientes. Assim, sempre que necessário é feito o encaminhamento para esta área.

É de referir que a odontopediatria é a mais recente especialidade na ordem dos médicos dentistas portuguesa.

Tabela 2 - Atos clínicos de Odontopediatria.

Tratamento	Operador	Assistente
Restauração a compósito do dente 36	X	
Restauração a compósito do dente 85		X
Colocação de selantes de fissuras*	X	X
Extração do dente 85	X	
Destartarização		X

*Foram colocados selantes nos 4 primeiros molares definitivos. Foi feito a dois pacientes.

2.3.3. Periodontologia

Nesta área disciplinar o objetivo é preservar e promover a saúde gengival e dos outros tecidos de suporte. Assim, além das limpezas orais denominadas como destartarizações, é feita a monitorização e manutenção aos pacientes portadores de defeitos ósseos e patologias associadas aos tecidos de suporte.

Atualmente, a equipa de docentes da área permite aos alunos a observação e assistência de cirurgias periodontais. Estas cirurgias podem ser realizadas por aconselhamento da periodontologia aos pacientes ou por solicitação da área de prótese removível. Esta última, com o objetivo de preparar os tecidos para a colocação da(s) prótese(s).

Nas consultas há um protocolo a seguir, devendo as mesmas começar com a sondagem para medir as bolsas e receções gengivais, seguido da colocação de revelador de placa com vista a obter o índice de placa, e terminar esta fase com o preenchimento do PSR. Todos estes valores são introduzidos no *software* da clínica, que tem um periograma específico para isso (Anexo 2). A avaliação dos valores obtidos, junto com a avaliação da ortopantomografia, permite elaborar o diagnóstico e definir o plano de tratamento. Aos pacientes com defeitos ósseos é feito o *status* radiográfico, que é composto por várias periapicais (Anexo 3).

A segunda fase do protocolo corresponde à fase higiénica que é composta pela destartarização e polimento dentário. Aos pacientes com cálculos infragengivais é feita uma RAR. Com base no diagnóstico (Tab. 3 e fig. 8) é decidido o tempo entre a próxima consulta, podendo a periodicidade variar dos 3 aos 6 meses, sendo assim feito o *follow-up*. A instrução ou motivação do paciente para a escovagem também faz parte da consulta, e para esse efeito existe um macromodelo e uma escova apropriada (1), (fig. 7).



Figura 7 - Macromodelo e Escova da CU.

Tabela 3 - Diagnósticos das consultas de Periodontologia.

Patologia	Quantidade
Gengivite	2
PCL	4
PCM	8
PCA	3
GUNA + PUNA	0

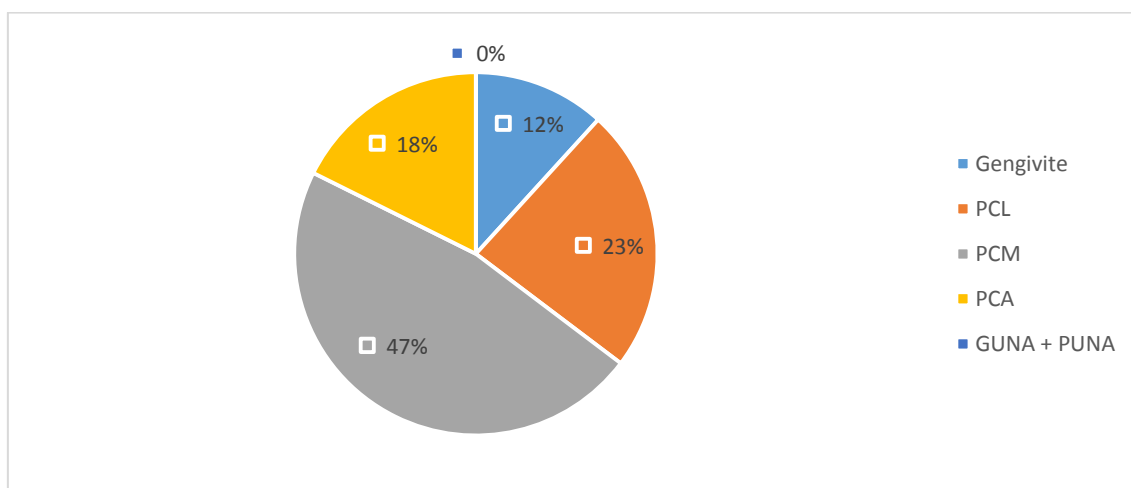


Figura 8 - Percentagem de ocorrência dos diagnósticos em Periodontologia.

2.3.4. Dentisteria Operatória

A dentisteria operatória é a área onde são realizadas as restaurações que devolvem aos dentes a sua anatomia, estética e função. Os dentes a restaurar são dentes normalmente destruídos por lesões cariosas, mas podem também ser destruídos por outro tipo de lesões como abrasão, erosão ou abfração. A área de endodontia no final dos tratamentos endodônticos radiculares também encaminha os pacientes para a dentisteria para que sejam restaurados os dentes tratados e assim o tratamento seja concluído.

O diagnóstico assume um papel fundamental e de extrema importância na avaliação das alterações pulpares. Os primeiros testes complementares de diagnóstico a usar são os testes térmicos que, em conjunto com radiografias periapicais e avaliação clínica, permitem chegar a um diagnóstico.

O plano de tratamento é então elaborado de acordo com o diagnóstico, mas dependente da extensão da cárie e conseqüentemente do nível de restaurabilidade do dente em causa. A profundidade e localização da cavidade são fatores considerados pelo operador. O material selecionado para a realização da restauração definitiva obriga o conhecimento das vantagens e desvantagens de cada material para cada caso específico. Os materiais mais utilizados na UC são o compósito e a amálgama.

De referir, que os alunos têm permissão para realizar grandes restaurações, sob supervisão de um dos docentes da equipa de dentisteria, responsável por determinado binómio (Tab. 4 e fig. 9). O acesso a este tipo de tratamentos beneficia bastante os alunos no que diz respeito à sua formação e experiência nesta área. Posteriormente, neste relatório, serão expostos dois casos clínicos diferenciados de grandes restaurações.

Tabela 4 - Tratamentos efetuados em Dentisteria Operatória.

Tratamento restaurador	Quantidade
Com espigão	1
Classes I	0
Classes II	10
Classes III	3
Classes IV	2
Classes V	2
Grandes restaurações	2*

*Nas grandes restaurações foi incluído o tratamento feito com a colocação do espigão.

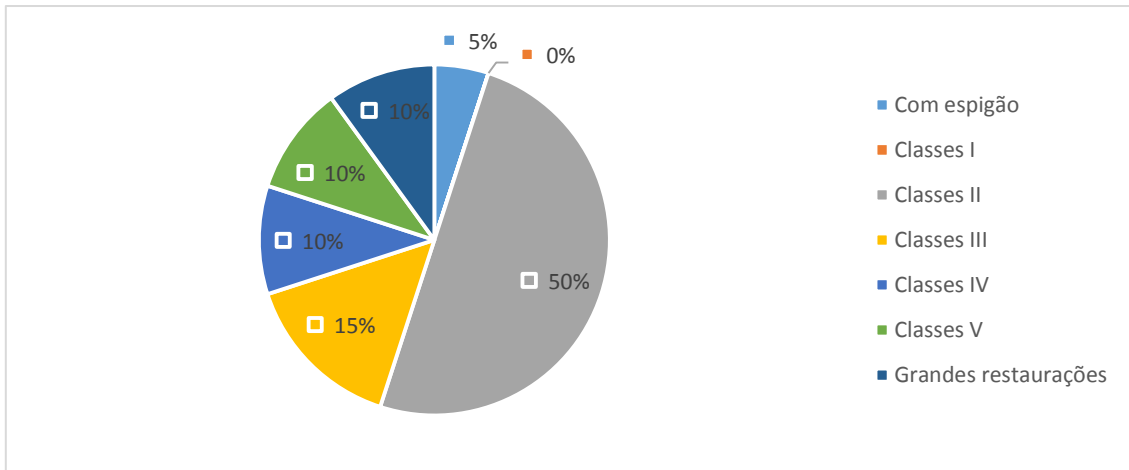


Figura 9 - Percentagem de ocorrência dos tratamentos restauradores em Dentisteria Operatória.

2.3.5. Prostodontia Removível

É uma área em que é feita a reabilitação de espaços edêntulos, reabilitação essa que é realizada pela confecção de próteses acrílicas ou esqueléticas. A escolha do material vai depender de diferentes fatores como os espaços edêntulos e a quantidade e qualidade dos dentes pilares para possível retenção da prótese. Na CU só são colocadas pelos alunos próteses de três tipos de suporte: mucosuportadas, dentosuportadas e mucodentosuportadas.

Como em outras áreas disciplinares, a prostodontia removível tem um protocolo que os alunos devem seguir nas consultas. Na figura 10 está exposto o protocolo detalhado e as fichas clínicas que estão agregadas a ele.

Na tabela 5 é apresentado o protocolo de PR e na tabela 6 são apresentados os trabalhos efetuados nas consultas do binómio e a sua avaliação quantitativa.

Tabela 5 - Protocolo de Prosthodontia Removível com as fichas clínicas preenchidas em cada procedimento.

Consultas	Procedimentos	Fichas clínicas
1 ^a	Impressões preliminares para modelos de estudo	CEP (Anexo 4), Ficha de laboratório (Anexo 5)
2 ^a	Preparação pré-protética e impressões definitivas	Não se aplica
3 ^a	Registo intermaxilar com placa base	Ficha de laboratório (Anexo 5)
4 ^a	Prova de esqueleto	Ficha de laboratório (Anexo 5)
5 ^a	Prova de dentes	Ficha de laboratório (Anexo 5)
6 ^a	Colocação da prótese	Não se aplica
7 ^a	Controlo	Ficha de controlo (Anexo 6)

Tabela 6 - Trabalhos efetuadas a Prosthodontia Removível.

Trabalhos efetuados	Quantidade
Próteses Acrílicas	0
Próteses Esqueléticas**	2
Avaliações pré-protéticas	6*
Rebasamento provisório (FITT)	1
Rebasamento definitivo (acrílico)	1
Controlo	4*

*Nas avaliações pré-protéticas e consultas de controlo são contabilizados os pacientes que colocaram prótese esquelética com o binómio.

**Os pacientes foram sujeitos a todas as consultas que fazem parte do protocolo.

Na figura 10 estão representados os trabalhos efetuados de acordo com a sua percentagem de ocorrência.

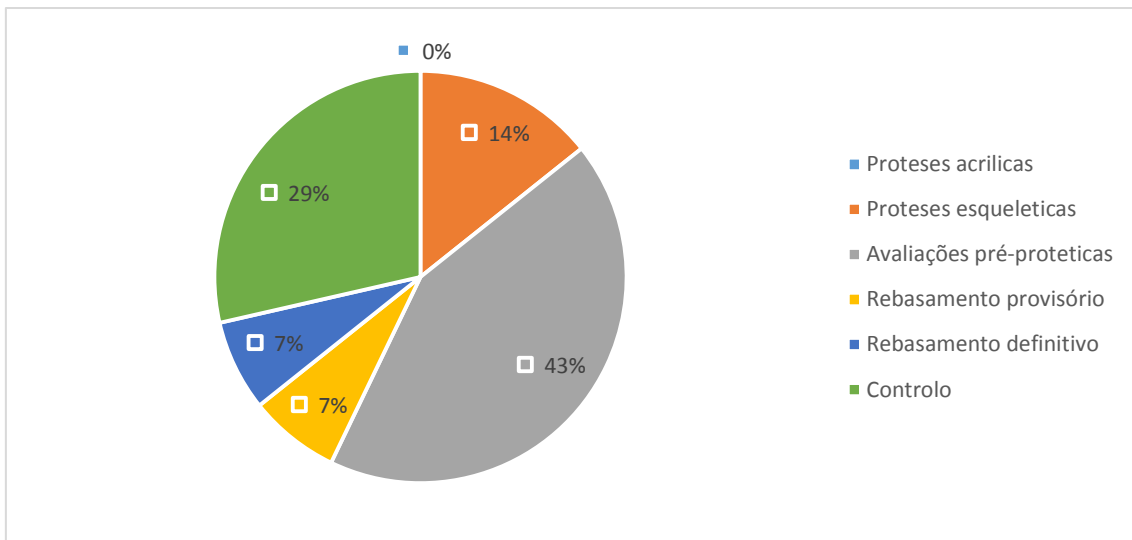


Figura 10 - Percentagem de ocorrência dos trabalhos efetuados em Prótese Removível.

Além dos trabalhos efetuados mencionados, os alunos também estão aptos a atender pacientes com a necessidade de efetuar consertos nas próteses que já possuem como acrescentar dentes as mesmas. Durante o decorrer das consultas, os protésicos com acordo com a CU estão presentes na clínica de forma a poder haver um contacto direto com os mesmos, para que os resultados finais obtidos sejam o quanto melhor possível.

2.3.6. Prótese Fixa

Em prótese fixa, são realizadas restaurações de dentes unitários extensamente destruídos e/ou de espaços edêntulos. Em casos de dentes unitários, as restaurações são feitas com coroas unitárias, já em espaços edêntulos a reabilitação passa pela realização pontes.

Na tabela 7 é apresentado o protocolo seguido nas consultas de PF, junto com as fichas clínicas preenchidas em cada consulta.

Tabela 7 - Protocolo de Prostodontia Fixa com as fichas clínicas preenchidas em cada procedimento.

Consultas	Procedimentos	Fichas clínicas
1 ^a	Diagnóstico e plano de tratamento	Avaliação pré-reabilitação (Anexo 7), CEP (Anexo 4), Classificação de extensamente destruídos (Anexo 8), Relatório base (Anexo 9), Plano de tratamento (Anexo 10)
2 ^a	Preparação dentária e restauração provisória	Tabela de dimensões das reduções (Anexo 11)
3 ^a	Impressões definitivas	Ficha de laboratório (Anexo 12)
4 ^a	Provas	Não se aplica
5 ^a	Cimentação definitiva	Não se aplica
6 ^a	Controlo 10 dias	Inquérito de satisfação do paciente (Anexo 13), Avaliação pós-reabilitação (Anexo 14)
7 ^a	Controlo 6 meses	Não se aplica

Como em PR, as restaurações são confeccionadas num laboratório e com materiais específicos. Na área de prótese fixa os materiais mais usados são vários tipos de cerâmicas e alguns metais para as infraestruturas. A escolha do tipo de restauração e conseqüentemente dos materiais a utilizar, é realizada consoante a zona a restaurar.

2.3.7. Endodontia

A endodontia é a área responsável pelos tratamentos endodónticos, tratamento este que é normalmente efetuado em dentes com polpa necrosada ou em pulpíte irreversível. O TER só é realizado se o dente em causa for restaurável no fim do tratamento endodóntico. De referir que a formação e

preparação dos alunos para a CU, tal como nas outras áreas, é feita em pré-clínico com uso de fantomas (fig. 11). A única diferença é que em endodontia os alunos trabalham em dentes naturais, com o objetivo de mimetizar e facilitar a transição para a clínica. Outra particularidade é que os pacientes são agendados pela equipa de docentes da área.



Figura 11 - Fantoma Pré-clínico.

Na tabela 8 é apresentado o protocolo utilizado nesta área, assim como os exames complementares usados em cada etapa do tratamento.

Tabela 8 - Protocolo e exames complementares usados em Endodontia.

Consultas	Procedimento	Exames complementares
1 ^a	Diagnóstico e Remoção de tecido cariado	Rx 1 e testes de vitalidade
	Evicção pulpar	Não se aplica
	Odontometria	Rx 2
	Odontometria de trabalho	Rx 3
	Instrumentação	Não se aplica
2 ^a	Conometria	Rx 4
	Obturação	Rx 5
	Restauração provisória	Não se aplica

No final dos tratamentos, os alunos devem preencher o relatório (Anexo 15) fornecido pelos docentes de forma a terminar o momento avaliativo do ato realizado. Para complementar a formação em endodontia, foram proporcionadas aos alunos algumas formações de instrumentação assistida, nomeadamente dos seguintes sistemas: Irace (FKG®), Reciproc (VDW®), Pro-Taper universal (Dentsply).

Ao aluno foi possível realizar dois TER, sendo um deles num dente monocanal e o outro num dente pluricanal, de 3 canais. Estes dados podem ser analisados na figura 12.

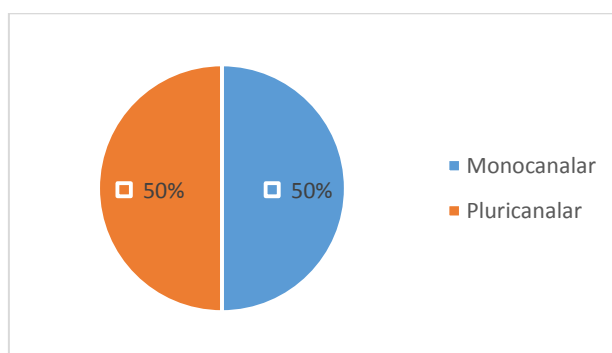


Figura 12 – Distribuição dos TER realizados pelo aluno.

2.3.8. Cirurgia Oral

Em cirurgia oral são realizadas as extrações dos elementos dentários. Nesta área as consultas devem ser preparadas previamente, isto consoante o diagnóstico obtido, não só para o material necessário estar disponível, mas também para haver uma melhor análise da história clínica e conseqüentemente um bom planeamento da cirurgia. Os exames radiográficos analisados no diagnóstico são a ortopantomografia e o raio-x periapical (e, por vezes, TAC).

O planeamento deve abranger todo o ato clínico, começando pela técnica anestésica e os ramos nervosos alvo, e passando pela decisão sobre a técnica cirúrgica (aberta ou fechada) e todo o procedimento. A necessidade de realização de sutura da ferida cirúrgica deve fazer parte do planeamento, tal como os aconselhamentos pós-operatórios.

A tabela 9 apresenta os dentes extraídos pelo binómio 11.

Tabela 9 – Dentes extraídos nos atos cirúrgicos realizados.

Dentes extraídos	Quantidade
1.5	1
1.6	1
1.8	1
2.5	1
2.6	1
2.7	1
3.5	2
3.7	1
3.8	1
4.4	1
4.5	1

A figura 13 distribui os dentes extraídos pela localização dos mesmos na arcada.

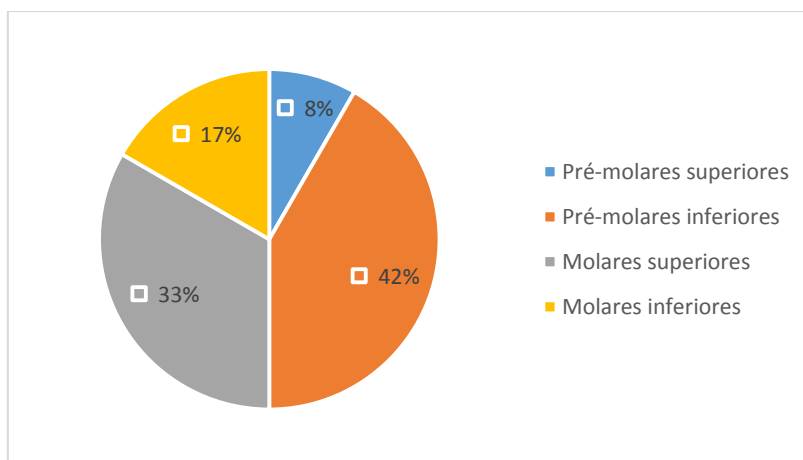


Figura 13 – Dentes extraídos por localização na arcada.

2.3.9. Oclusão

A área de oclusão diagnostica e trata as disfunções da articulação temporomandibular (ATM) e, auxilia outras áreas, como a PR.

Na consulta os alunos devem fazer o preenchimento da ficha clínica CDP/DTM (Anexo 16) e a montagem em articulador, de forma a obter um diagnóstico, e assim planejar o tratamento adequado.

Na tabela 10 estão representados os tratamentos realizados, junto com o procedimento utilizado.

Tabela 10 – Procedimentos e Tratamentos realizados nos atos realizados em Oclusão.

Procedimento	Tratamento Realizado
CDP/DTM (Anexo 16) e Montagem em articulador	Goteira de relaxamento
Montagem em articulador	Estudo da DVO para PR

2.3.10. Ortodontia

A consulta de ortodontia da CU é limitada a pacientes com idade até aos 12 anos e tem como objetivo o diagnóstico de anomalias dentárias, esqueléticas e/ou funcionais. Quanto aos tratamentos apenas é realizada a correção das anomalias que têm indicação de correção precoce (2, 3), conforme se pode verificar na tabela 11.

Tabela 11 – Anomalias com indicação de correção precoce, segundo Brusola e Proffit.

Anomalias com indicação de correção precoce
Mordida cruzada posterior unilateral e bilateral
Classe III com hipoplasia maxilar
Mordida cruzada anterior
Classe III funcional
Eliminação de hábitos
Overjet muito aumentado
Classe III esquelética
Mordida aberta
Alterações musculares
Diminuição da dimensão M-D da zona de suporte

O aluno foi operador num dos atos na área disciplinar e assistiu a outro ato clínico. Em ambas as consultas, o protocolo foi seguido de forma a fazer o estudo dos pacientes. O protocolo inclui fotografias intra e extra-orais, realização de Ortopantomografia e Teleradiografia, impressões e modelos de estudo, e preenchimento da ficha de diagnóstico de ortodontia (Anexo 17).

Após a conclusão do estudo ortodôntico, os alunos preparam e realizam uma apresentação dos casos para que os docentes façam as correções necessárias. Essa apresentação faz parte do momento avaliativo dos alunos.

CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS

3. Casos Clínicos Diferenciados

Como casos clínicos diferenciados, foram selecionadas duas grandes restaurações feitas em DO, numa delas tendo recorrido a um espigão e a outra é uma restauração a amálgama recorrendo a matriz individual em aro de cobre, e uma Ponte colocada em PF.

3.1. Dente extensamente destruído, restaurado a amálgama com recurso a matriz individual em aro de cobre

3.1.1. Introdução

As grandes restaurações a amálgama são uma prática frequente nas consultas de Dentisteria Operatória na CU da UCP de Viseu. Na presença de um dente posterior com fratura dentária, lesão de cárie extensa ou restauração insatisfatória o médico dentista deve ponderar considerações biomecânicas (4), anatómicas (4), estéticas (4), financeiras (4) e, ainda, a longevidade da restauração (4, 5) e do dente e as suas consequências na saúde oral, de forma a selecionar um plano de tratamento possível. Devido às suas excelentes qualidades, tais como propriedades mecânicas e baixo custo, o amálgama é ainda um material de escolha para restaurar dentes posteriores (4, 6).

Os dentes extensamente destruídos necessitam preferencialmente de uma matriz individual que permita assegurar os seguintes parâmetros (4):

- 1) Manutenção do material na cavidade;
- 2) Possibilidade de condensar o material
- 3) Adaptação anatómica do material restaurador nas margens da cavidade;
- 4) Estabelecimento de pontos de contacto;
- 5) Correto contorno externo da restauração;
- 6) Possibilitar restaurações infragengivais não transbordantes.

As matrizes individuais em aro de cobre têm a capacidade de preencher todos esses requisitos; têm vários tamanhos e podem ser cortados e

devidamente modelados conforme a anatomia externa do dente a ser restaurado (4).

3.1.2. Descrição do caso clínico

Paciente de 44 anos do sexo masculino, dirigiu-se à Clínica Dentária do ICS da UCP tendo sido encaminhado para a unidade curricular de Dentisteria Operatória, em regime de consulta de urgência. Após o exame clínico e exames auxiliares de diagnóstico, radiografia panorâmica e radiografia periapical (fig. 14), confirmou-se a extensão da fratura vertical no dente 1.4.



FIGURA 14 – RAIIO-X PERIAPICAL INICIAL DO DENTE 1.4.

Como plano de tratamento optou-se primeiro pela exodontia do fragmento palatino (figs. 15 e 16) que apresentava mobilidade, seguida da realização de uma grande restauração a amálgama, com recurso a um aro de cobre, previamente moldado ao colo do dente (fig. 17).



Figura 15 – Exodontia do fragmento palatino.



Figura 16 – Remanescente dentário do dente 1.4.



Figura 17 – Adaptação e contorno do aro de cobre, com alicate próprio.

Não foi necessário proceder a uma gengivectomia, pois a matriz individual apresentava-se bem adaptada retraíndo a gengiva e permitindo visualizar a linha de acabamento da futura restauração (figs. 18 a 22). De forma a criar retenção adicional para esta cavidade complexa utilizaram-se as entradas dos canais endodonciados (fig. 23), sendo elas preenchidas também com o material restaurador.



Figura 18 – Aro de cobre ajustado ao dente com cunhas.



Figura 19 – Aro de cobre colocado.



Figura 20 – Introdução e condensação do amálgama na matriz individual.



Figura 21 – Corte no aro de cobre para remoção do mesmo.



Figura 22 – Amálgama de prata cristalizado.

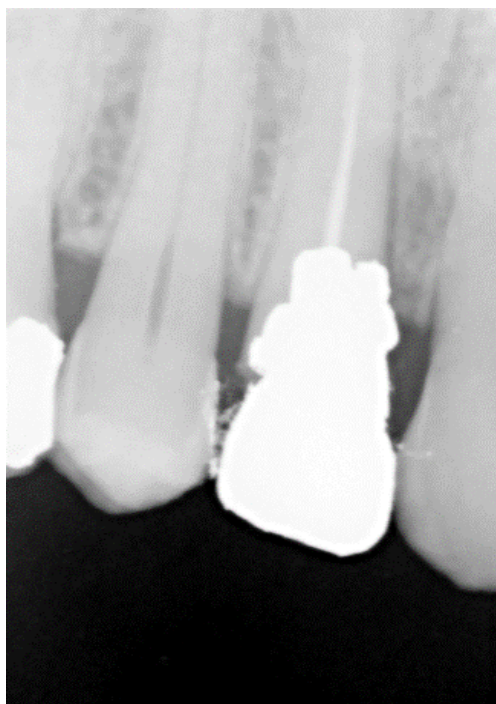


Figura 23 – Raio-x periapical final do dente 1.4.

3.1.3. Discussão e Conclusão

As restaurações de amálgama continuam a ser uma opção conservadora e viável clinicamente, apresentando inúmeras vantagens (4, 6). A técnica de restauração com recurso a matriz individual em aro de cobre e mecanismo de retenção adicional permitiu solucionar o caso sem necessidade de extrair o elemento dentário, satisfazendo assim a prioridade máxima do paciente, manter o dente.

Este caso clínico foi apresentado em forma de póster nas XI jornadas de Medicina dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu (Anexo 18).

3.2. Dente extensamente destruído, restaurado com espigão

3.2.1. Introdução

O tratamento de todos os dentes sujeitos a TER termina com a realização da restauração definitiva. No entanto, nem todos os dentes têm o remanescente dentário ideal para a retenção do material restaurador (7, 8), o que muitas vezes representa um desafio para o clínico. Na tentativa de alcançar o máximo de suporte e retenção, ideais à restauração de um dente com TER, o canal radicular desempenha um papel fundamental (9). Reunidas as condições necessárias para o uso de um espigão, o clínico utiliza muitas vezes este meio auxiliar para preconizar a restauração final (9).

O uso do espigão deve ser considerado apenas em dentes com estrutura radicular suficiente, pois caso contrário em vez de reforçar o dente aumenta o risco de fraturas (7, 9). A localização do dente também tem influência no tipo de espigão a utilizar, pois requer características diferentes (10). A oferta de espigões, em fibra de vidro, metálicos e em carbono, permite ao clínico selecionar o melhor material de acordo as características que o dente apresenta (9, 11).

3.2.2. Descrição do caso clínico

Paciente do sexo masculino, com 66 anos de idade. Marcou presença numa consulta da área de dentisteria operatória, com a coroa do dente 2.1 fraturada. Esse dente já tinha sido previamente restaurado a compósito, mas fraturou, provavelmente, por falta de retenção para o material restaurador. O dente 2.1, já tinha o tratamento endodôntico realizado, tendo este sido realizado fora do âmbito da Clínica Universitária. O tratamento endodôntico estava nas condições ideais.

De forma a elaborar o plano de tratamento e restaurar a estética e função do dente 2.1, optou-se por dar ao paciente duas opções: novo tratamento restaurador com a colocação de um espigão ou tratamento restaurador na área de Prótese Fixa. O paciente, que apresentava um comportamento um pouco agitado, insistiu que pretendia uma solução

económica, mesmo após exposição das vantagens e desvantagens de ambas as opções sugeridas. A primeira opção, realização de uma restauração com colocação de espigão, foi definida como plano de tratamento.

O protocolo para o tratamento restaurador, é composto pelo controlo radiográfico, isolamento adequado, remoção de guta-percha para colocação do espigão (figs. 24 e 25), escolha do tamanho de espigão ideal, cimentação do espigão e elaboração de coto numa primeira fase. A segunda fase, corresponde à restauração definitiva, propriamente dita.

Depois da obtenção do raio-x periapical inicial determinou-se o comprimento do canal e analisou-se a quantidade de guta a remover do canal, com o objetivo de preservar apenas 5mm em apical, como é recomendado (12).



Figura 24 – Raio-x do início da remoção de guta.



Figura 25 – Raio-x pós-remoção de guta.

Após a remoção da guta e a seleção do espigão de fibra de vidro, foi aplicado o sistema adesivo em ambos, canal e espigão, de forma a garantir uma camada fina mas eficaz na adesão ao material de cimentação e no selamento dos túbulos dentinários. Posteriormente, foi realizado um coto em compósito, de forma a conferir maior robustez à estrutura do remanescente dentário.

Na segunda consulta, o paciente regressou à CU para realizar a restauração definitiva, a qual foi feita recorrendo a uma coroa de acetato previamente selecionada, de forma a ser o mais harmoniosa possível com o dente contra lateral. Na coroa de acetato foi feito um orifício em incisal para extravasamento e foi preenchida (não na totalidade) com compósito (Synergy) A2, também este selecionado de acordo com a cor dos dentes do setor anterior. A polimerização foi a etapa clínica, facilitada pelo material da coroa, com a duração de 40 segundos, por vestibular e por palatino. Para terminar o tratamento, foi removida a matriz com um pequeno corte na mesma e fizeram-se os acabamentos na coroa. Especificamente em cervical, na transição dente-compósito, houve uma preocupação acrescida de forma a eliminar possíveis

zonas de retenção e impactação alimentar. Terminou-se com um polimento final.

3.2.3. Discussão e Conclusão

Os espigões são uma opção viável para quando é necessário obter alguma retenção em dentes com escassez de estrutura dentária remanescente (13, 14). A fibra de vidro é um bom material para os espigões usados nos dentes anteriores devido às suas características e resultados apresentados (15, 16).

No final, foi então possível verificar que a estética estava agradável e o paciente ficou satisfeito com o trabalho realizado. No entanto, o sucesso do tratamento apenas deve ser avaliado com o tempo, sendo o follow-up o meio para essa avaliação. O importante para avaliação do sucesso é a durabilidade e o restabelecimento da função (17).

3.3. Restauração de espaço edêntulo com ponte, em prostodontia fixa

3.3.1. Introdução

Os dentes extensamente destruídos e os espaços edêntulos representam a maioria das situações com necessidade de restaurações na área da PF (18). Os dentes extensamente destruídos e/ou os dentes com função de pilares têm de ter um remanescente dentário suficiente para uma reabilitação bem sucedida (19).

Se os dentes pilares reunirem as condições necessárias para a realização de uma ponte, este tratamento deve ser considerado e sugerido pelo clínico sempre que se adequar. Os dentes a substituir e a sua localização na arcada estão diretamente relacionados com o material restaurador e a técnica utilizados para o caso. Cada dente tem as suas exigências quanto ao material e cada material, por sua vez, tem os seus requisitos quanto ao preparo (20).

As restaurações confeccionadas em laboratório de prótese podem ser realizadas com recurso a diferentes materiais. Como materiais é possível utilizar uma gama variada de cerâmicas e metais (desde nobres a não-nobres) sendo possível também unir ambos os materiais, criando restaurações metalocerâmicas (21).

3.3.2. Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, com 53 anos. Como motivo de consulta, pretendia fechar dois espaços edêntulos (fig. 26), um do dente 3.5 e outro dos dentes 4.6 e 4.7. A paciente referiu que já tinha usado prótese removível, mas que tinha fraturado. Ainda, fez questão de referir que a reabilitação por prótese removível estava fora de questão por não ter a adaptação e conforto que ela pretendia.



Figura 26 - Dois espaços edêntulos, vista oclusal.

A paciente optou pela reabilitação de caráter fixo, uma vez que tinha a melhor relação preço/retenção/adaptação em relação à PR e à reabilitação recorrendo à implantologia.

Foram então feitos os testes aos dentes pilares, medição das bolsas, avaliação das restaurações prévias e presença de cárie, mobilidade e grau de destruição coronária, e ao espaço edêntulo, teste de perda óssea e apuramento da lei de Ante, selecionado como prioritário para restaurar do dente 3.5 (fig. 27), de forma a recolher informação para ser feito o estudo do caso. Os dentes pilares 3.4 e 3.6 estavam vitais e não apresentavam história de sintomatologia dolorosa. O 3.6 tinha uma restauração a amálgama MOD, que afetava aproximadamente 60% da coroa, sem envolvimento das cúspides, mas com infiltração. O índice da lei de Ante (20) era de 77,87%. Em relação à CEP (Anexo 4) foi classificado Classe I. O material utilizado para a confecção da ponte foi uma conjugação de metal e cerâmica, devido a ser uma zona intermédia da arcada na vertente horizontal, onde é pretendido obter um resultado estético aceitável mas que ao mesmo tempo garantisse robustez e resistência (20, 22).



Figura 27 - Espaço edêntulo do 35, vista vestibular.

Como primeira etapa optou-se por substituir a restauração do dente pilar 3.6 por nova restauração a amálgama, com recurso a dois pinos dentinários para aumento de retenção. A segunda etapa correspondeu à elaboração dos preparos dentários com reduções ideais para metalocerâmicas de acordo com Shillingburg (figs. 28 e 29). A impressão a putty para matriz e a confecção e cimentação do provisório também fizeram parte desta etapa clínica. O material utilizado na confecção do provisório foi o acrílico. No entanto, como a restauração definitiva ia levar algum tempo até ser colocada devido à proximidade do período de férias e, o provisório teria que aguentar cerca de mês/mês e meio em boca, foi decidido marcar mais uma consulta para cimentação de um novo provisório que foi elaborado pelo aluno, segundo técnica indireta (fig. 30). O material utilizado também foi o acrílico mas o resultado, como esperado, foi superior ao obtido pela técnica direta.



Figura 28 - Preparos, vista oclusal.



Figura 29 - Preparos, vista vestibular.



Figura 30 - Cimentação provisória, vista oclusal.

Após o período de férias referido anteriormente, foram então realizadas as impressões definitivas, o ensaio de infraestrutura (figs. 31 e 32) e a seleção da cor da cerâmica (fig. 33). Uma vez que a infraestrutura estava bem adaptada e a restauração final quando provada demonstrou estar como era esperado, na consulta seguinte foi realizada a cimentação definitiva da ponte (figs. 34, 35, 36, 37, 38 e 39), com cimento de ionómero de vidro. A seleção do cimento deveu-se ao facto do dente pilar 3.6 se encontrar vital (23).



Figura 31 – Infraestrutura em troquel.



Figura 32 – Prova da infraestrutura.



Figura 33 – Seleção de cor.



Figura 34 – Ponte em troquel, vista vestibular.



Figura 35 - Ponte em troquel, vista oclusal.



Figura 36 – Ponte em troquel, vista lingual.



Figura 37 – Cimentação definitiva, vista oclusal.



Figura 38 – Cimentação definitiva, vista lingual.



Figura 39 – Cimentação definitiva, vista vestibular.

No controlo após uma semana, a paciente respondeu ao inquérito de satisfação do paciente (Anexo 12) e foi feita a avaliação pós reabilitação (Anexo 13). O próximo controlo foi agendado, decorridos 6 meses.

3.3.3. Discussão e conclusão

A prótese fixa em forma de ponte demonstra ser uma boa opção para a restauração de espaços edêntulos, no entanto, os resultados dependem em grande parte do estado dos dentes pilares e do TER, no caso de serem dentes previamente submetidos a esse tratamento (24). Em caso de dentes pilares vitais é necessário ponderar bem os riscos a que serão expostos e se é

benéfico ou não, efetuar o tratamento endodôntico previamente à reabilitação. Uma vez que a reabilitação exige a realização da preparação com redução dentária associada, a própria técnica pode representar uma agressão e desencadear uma resposta pulpar (25, 26).

O resultado final atingiu as expectativas da paciente e dos próprios alunos responsáveis pela execução do plano de tratamento. O resultado da satisfação foi registado na consulta de controlo com reflexo direto no preenchimento do inquérito de satisfação. A adaptação, a cor selecionada e a restauração foram parâmetros alcançados com sucesso. A nível geral e pela observação da reabilitação realizada, o resultado ficou similar aos dentes adjacentes tal como era desejado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4. Referências bibliográficas

1. Lang NP, Lindhe J. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, 2 Volume Set: John Wiley & Sons; 2015.
2. Brusola JAC. Ortodontia clínica y terapéutica. 2000(2ª):698.
3. William R. Proffit HWF, David M. Sarver. Ortodontia Contemporânea. 2008(4ª):701.
4. Conti ECG, Alencar EA, de Andrade LE, Sierpinski LMG, Araújo LCO, Jardim PS, et al. 11 Restaurações de Amálgama em Cavidades Complexas. 2003.
5. Laske M, Opdam NJ, Bronkhorst EM, Braspenning JC, Huysmans MCD. Longevity of direct restorations in Dutch dental practices. Descriptive study out of a practice based research network. Journal of dentistry. 2016;46:12-7.
6. Rodriguez-Farre E, Testai E, Bruzell E, De Jong W, Schmalz G, Thomsen M, et al. The safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users. Regulatory toxicology and pharmacology : RTP. 2016;79:108-9.
7. Pina-Vaz I, Barros J, Noites R, de Carvalho MF, Villa-Vigil A, Lordelo J. Restauração de dentes com tratamento endodôntico: importância da estrutura dentária remanescente. 2011.
8. Schwartz RS, Robbins JW. Post placement and restoration of endodontically treated teeth: a literature review. Journal of endodontics. 2004;30(5):289-301.
9. Ramos JC, Palma PJ, Santos JM. Restauração de dentes com terapêutica endodôntica.
10. Wegner PK, Freitag S, Kern M. Survival rate of endodontically treated teeth with posts after prosthetic restoration. Journal of endodontics. 2006;32(10):928-31.
11. Fernandes AS, Shetty S, Coutinho I. Factors determining post selection: a literature review. The Journal of prosthetic dentistry. 2003;90(6):556-62.
12. Moshonov J, Slutzky-Goldberg I, Gottlieb A, Peretz B. The effect of the distance between post and residual gutta-percha on the clinical outcome of endodontic treatment. Journal of endodontics. 2005;31(3):177-9.
13. Barbero JGeA, J. J. . Reconstrucción Del Diente Endodonciado. Endodoncia – Técnicas clínicas y base científicas. 2001:331-8.
14. Wagnild GeM, K. . Restauração de Dentes com Tratamento Endodôntico. 2007(9ª):786-821.
15. Schmitter M, Huy C, Ohlmann B, Gabbert O, Gilde H, Rammelsberg P. Fracture resistance of upper and lower incisors restored with glass fiber reinforced posts. Journal of endodontics. 2006;32(4):328-30.
16. Cheung W. A review of the management of endodontically treated teeth: Post, core and the final restoration. Journal of the American Dental Association. 2005;136 (5):611-9.
17. Opdam N, Loomans B, Roeters F, Bronkhorst E. Five-year clinical performance of posterior resin composite restorations placed by dental students. Journal of dentistry. 2004;32(5):379-83.
18. ELERATI EL, ASSIS P, COSTA SC, Batista dos REIS WCF. Rehabilitation with dental implants and fixed prosthesis for esthetic and occlusal correction in partially edentulous patients. Dental Press Implantology. 2013;7(2).
19. Mithridate Davarpanah HM MK, Jean-François Tecuceanu. Clinical Manual of Implant Dentistry. 2003:133-8.
20. Shillingburg HT. Fundamentos de Prótese Fixa. 2007(4ª):472.
21. Brasileiros PEP. Materiais Dentários Utilizados em Prótese. RGO. 2000;48(2):77-81.
22. Pegoraro LF. Prótese Fixa. 1998;7:313.
23. Edelhoff D, Özcan M. To what extent does the longevity of fixed dental prostheses depend on the function of the cement? Working Group 4 materials: cementation. Clinical oral implants research. 2007;18(s3):193-204.
24. Aquilino SA, Shugars DA, Bader JD, White BA. Ten-year survival rates of teeth adjacent to treated and untreated posterior bounded edentulous spaces. The Journal of prosthetic dentistry. 2001;85(5):455-60.
25. Patel P, Lynch CD, Sloan AJ, Gilmour ASM. Treatment planning for replacing missing teeth in UK general dental practice: current trends. Journal of oral rehabilitation. 2010;37(7):509-17.

26. Tan K, Pjetursson BE, Lang NP, Chan ES. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. *Clinical Oral Implants Research*. 2004;15(6):654-66.

ANEXOS

Anexos

Anexo 1 - Relatório Medicina Oral

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA

Relatório Médico

1. ANAMNESE (História Clínica)

1.1. Motivo da Consulta

1.2. História da Doença Actual

Data (aproximada) do início dos sintomas:

Localização:

Irradiação:

Duração (min, horas, dias):

Intensidade: Fraca Moderada Forte Muito Forte

Frequência:

Frequência:

Modo: Súbito Lento Insidioso Por Surtos

Evolução: Aguda Crónica Recidivante

Outros Sintomas:

1.3. ANTECEDENTES

1.3.1. PESSOAS GERAIS

Visita regularmente algum médico? Sim Não

Porque razão?

Fez análises pela última vez em que data?

Foram detectados valores anormais?

Não

Sim

Indique quais:

Está a tomar algum medicamento (incluindo anticoncepcionais)?

Não

Sim

Indique quais:

Serhoras, diga se está grávida:

Não

Sim

Quantos meses:

Em:

Tem problemas cardíacos? Sim Não

Quais?

Tem tensão alta? Sim Não

Qual o valor da última vez que mediu?

Min: Máx:

Em:

Sofre de Diabetes? Sim Não

Se Sim, qual o tipo?

Tem doenças de sangue? Sim Não

Anemia

Hemofilia

Outras

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

Faz (pisaduras) hematomas com facilidade? Não Sim

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

Tem alguma doença infecto-contagiosa? Não Sim

Se Sim, qual o tipo?

Hepatite Tipo

Tuberculose

VIH

Sífilis

Outra

Tem doenças de fígado? Sim Não

Quais?

Tem problemas de estômago? Sim Não

Quais?

Tem problemas renais? Não Sim

Tem epilepsia? Não Sim

Sofre de alguma destas doenças: Asma Urticária Pólen Sinusite Outras

É alérgico a algum medicamento ou dispositivo médico? Sim Não

Aspirina Penicilinas Sulfamidas Tetraciclina Anestésicos

Níquel Crómio/Cobalto Acrílico Látex Outros

Sofreu de alguma doença cancerígena? Sim Não

Que região foi afectada?

Foi submetido a algum tratamento de radioterapia ou quimioterapia? Sim Não

Indique qual:

Há quanto tempo?

Existem na família doenças como:

Cancro Diabetes D. Cardíacas Alergias Outras

Quais:

Hábitos

Alcoólicos Tabágicos Cigarros/Dia

Fio Dentário Higiene Oral X/Dia

Tem outros problemas de saúde não mencionados acima? Não Sim

Quais?

Observações

1.3.2. PESSOAS DENTÁRIOS

1.3.3. FAMILIARES E DENTÁRIOS

2. EXAME CLÍNICO

2.1. Extra-Oral

Face:

Adenopatias:

Cicatrizes:

Edemas:

Tumefacções:

Assimetrias:

Outros:

2.2. Intra-Oral

Lábios:	<input type="text"/>	Pavimento da Boca:	<input type="text"/>
Língua:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Direita:	<input type="text"/>
Palato Duro:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Esquerda:	<input type="text"/>
Palato Mole:	<input type="text"/>	Gengivas:	<input type="text"/>
Vestibulos e Freios:	<input type="text"/>	Prótese:	<input type="text"/>
		Higiene Oral:	<input type="text"/>
ATM		GLÂNDULAS SALIVARES:	
Sintomatologia:	<input type="text"/>	Parótidas:	<input type="text"/>
Abertura da Boca:	<input type="text"/>	Submaxilares:	<input type="text"/>
Classe de Angle:	<input type="text"/>	Sublinguais:	<input type="text"/>
		Menores:	<input type="text"/>
		Ductos Excretorios (Stenon, Warton):	<input type="text"/>
		Saliva:	<input type="text"/>

PSR

NOTA: Todos os dentes são examinados. Cada sextante é classificado de acordo com a "pior" situação encontrada nesse sextante

- Code 0 Sem Sangramento/Saudável
- Code 1 Sangramento (com placa)
- Code 2 Cálculos Supra ou Infra
- Code 3 Bolsas entre 3,5 e 5,5 mm
- Code 4 Bolsas com mais de 5,5 mm
- * Envolvimento de furca/recessões/problemas mucogengivais

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações - Avaliação Intra-Oral

Anexo 2 - Periograma

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>															
Envolvimento de Furca															
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>															
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>															
Mobilidade Dentária															
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>															
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>															
Envolvimento de Furca															
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>															
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>															
Envolvimento de Furca															
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>															
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>															

Data: -- : :

Índice de Placa:

18	17	16	15	14	13	12	11
21	22	23	24	25	26	27	28
38	37	36	35	34	33	32	31
41	42	43	44	45	46	47	48

Índice de Sangramento:

P.S.R.

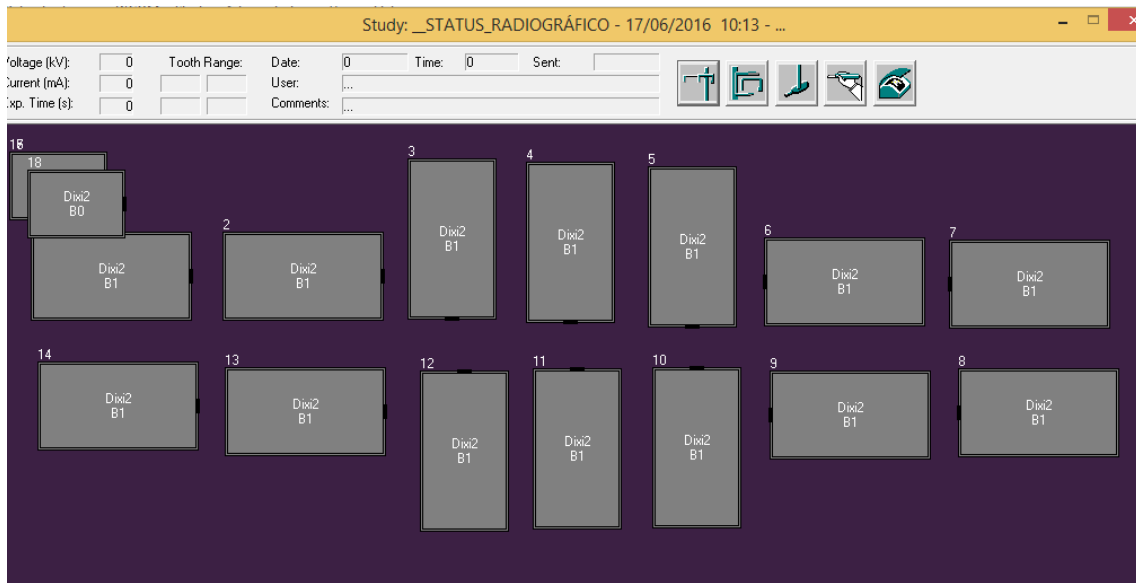
1º Sextante	2º Sextante	3º Sextante
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> *	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> *	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> *
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> *	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> *	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> *
6º Sextante	5º Sextante	4º Sextante

Mais próximo da imagem do dente
 Profundidade de Sonda

Mais afastado da imagem do dente
 Recessão

B Sangramento
S Supuração
 Click em B ou S

Anexo 3 – Status radiográfico



Anexo 4 – Classificação Edentulismo Parcial

CLASSIFICAÇÃO DO EDENTULISMO PARCIAL

Critério	Descritivo	Classe			
		I	II	III	IV
<i>Localização e extensão das áreas edêntulas</i>	uma arcada com dano mínimo		■	■	■
	Ambas as arcadas com dano moderado	■		■	■
	Dano considerável + 3 dentes	■	■		■
	danos severos - prognóstico reservado	■	■	■	
	Defeitos maxilo-mandibulares congénitos ou adquiridos	■	■	■	
<i>Dentes pilares - condição</i>	Dano mínimo		■	■	■
	dano moderado 1 a 2 sextantes	■		■	■
	Dano considerável -3 sextantes	■	■		■
	Danos muito graves - 4 ou mais sextantes	■	■	■	
<i>Oclusão</i>	Danos mínimo - s/ necessidade de ajustes oclusais		■	■	■
	Dano moderado - ajuste oclusal mínimo	■		■	■
	Dano grave - ajuste oclusal gobal	■	■		■
	Danos muito grave (com alterações da DVO)	■	■	■	
<i>Rebordo alveolar</i>	Class I Siebert - perda tecidual <3mm		■	■	■
	Class II Siebert - perda tecidual de 3 a 6 mm	■		■	■
	Class III Siebert - perda tecidual de 3 a 6 mm	■	■		■
	Class IV - perda tecidual > 6 mm	■	■	■	
<i>Prognóstico reservado</i>	Manifestações orais das doenças sistémicas - graves	■	■	■	
	Maxilomandibular disquinésias e/ou ataxias	■	■	■	
	Doente problemático	■	■	■	

NOTA: Não esquecer de identificar adequadamente o tipo de complicação, na síntese da consulta

Guias de utilização

1. O doente é classificado pelo critério da classe mais elevada.
2. Procedimentos terapêuticos ou tratamentos futuros não interessam para esta classificação
3. Dentes perdidos ou com indicação para exodontia, não interessam para a classificação
4. Tratamentos ou terapias próteses iniciais podem alterar a classificação
5. Majoração de 1 nível nas classes I e II se existirem preocupações estéticas
6. Majoração de 1 nível nas classes I e II se existirem distúrbios na ATM
7. Classificação individual de cada arcada no caso do doente apresentar uma desdentação total da maxila

Anexo 5 – Ficha de laboratório

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
 Área do Conhecimento de Reabilitação Oral
 Unidade Curricular de Prostodontia Removível



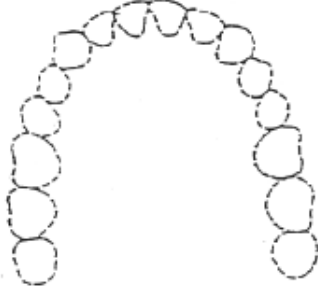

PROSTODONTIA REMOVÍVEL

Ficha de Laboratório

1. IDENTIFICAÇÃO

Aluno Responsável _____ Contacto TM: _____
 Nome do Paciente _____ Processo n.º _____
 Data de início trab. _____

2. REQUISIÇÃO

Desenho da prótese <small>(indicar zonas desdentadas, tipo de conectores, retentores directos e indirectos e apoios oclusais)</small>	Descrição do trabalho pedido <small>(indicar zonas desdentadas, tipo de conectores, retentores directos e indirectos e apoios oclusais)</small>
 <p>Classe Kennedy _____ P.P.R. Acrílica <input type="checkbox"/> P.P.R. Esquelética <input type="checkbox"/> P. Total <input type="checkbox"/></p>	<p>Maxilar superior – Tipo de prótese _____ Zonas desdentadas: _____ Conectores: _____ Retentores: _____ Apoios oclusais: _____ Dentes cor _____ Forma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0</p>
 <p>Classe Kennedy _____ P.P.R. Acrílica <input type="checkbox"/> P.P.R. Esquelética <input type="checkbox"/> P. Total <input type="checkbox"/></p>	<p>Maxilar inferior – Tipo de prótese _____ Zonas desdentadas: _____ Conectores: _____ Retentores: _____ Apoios oclusais: _____ Dentes cor _____ Forma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0</p>
<p>NOTAS</p>	

3. OUTROS TRABALHOS:

- Rebasamento _____
- Acrescentar Dente(s) _____
- Conserto _____

2014-2015

4. REGISTO DOS TRABALHOS

Data Envio	Trabalho (descrição sucinta)	Data Entrega	Aluno	Docente

Anexo 6 – Ficha controlo

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
 Área do Conhecimento de Reabilitação Oral
 Unidade Curricular de Prótese Removível
 Regente: Prof. Doutor André Correia ; Docentes: Mestre Filipe Araújo, Cristina Figueiredo e Ana Margarida Silva



PROSTODONTIA REMOVÍVEL

Consulta de Controlo

A consulta de controlo assume particular importância para o sucesso da reabilitação protética. Esta consulta exige uma observação clínica rigorosa de forma a examinar e avaliar os tecidos de suporte da prótese (dentes, gengiva, mucosas...) bem como os aspetos técnicos e condições da reabilitação protética. Todas as queixas do paciente devem ser alvo de cuidada análise e eventualmente valorização.

ESTUDANTES: _____ Data da consulta: ___/___/___

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: ___ SEXO F M Processo n.º _____

Nº DE ANOS COMO PORTADOR DE PRÓTESE: _____

Nº DE PRÓTESES USADAS ANTERIORMENTE: Maxila _____ Mandíbula _____

DATA DE INSERÇÃO DA ATUAL PRÓTESE REMOVÍVEL: ___/___/___

Nº DE CONSULTAS DE CONTROLO REALIZADAS APÓS INSERÇÃO: _____

ARCADA REABILITADA

Maxila Classe de Kennedy: _____; Mandíbula Classe de Kennedy: _____

TIPO DE PRÓTESE

Maxila: Esquelética Acrílica Parcial: Total:
 Mandíbula: Esquelética: Acrílica: Parcial: Total:

ESTADO DA PRÓTESE REMOVÍVEL

Higiene da prótese	Prótese Superior		Prótese Inferior	
	Boa	Má	Boa	Má
Desgaste dos dentes da prótese	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Adaptação da base da prótese	Adaptada	Não adaptada	Adaptada	Não adaptada
Oclusão	Satisfatória	Não satisfatória	Satisfatória	Não satisfatória
Retenção	Satisfatória	Não satisfatória	Satisfatória	Não satisfatória
Estabilidade	Satisfatória	Não satisfatória	Satisfatória	Não satisfatória

OPINIÃO DO PACIENTE

(de 1 a 5, sendo 1 muito mau e 5 muito bom)

	1	2	3	4	5
De um ponto de vista estético, como considera que está a sua prótese sup.? ...e a prótese inferior?					
De um ponto de vista de mastigação, como considera que está a sua prótese sup.? ...e a prótese inferior?					
De um ponto de vista fonético, como considera que está a sua prótese sup.? ...e a prótese inferior?					

COMPLICAÇÕES PROTÉTICAS

Prótese Superior	Prótese Inferior
Complicações mecânicas	
Dente da prótese fraturado ou descolado <input type="checkbox"/>	Dente da prótese fraturado ou descolado <input type="checkbox"/>
Fratura da base da prótese <input type="checkbox"/>	Fratura da base da prótese <input type="checkbox"/>
Fratura de retentores diretos (ganchos) <input type="checkbox"/>	Fratura de retentores diretos (ganchos) <input type="checkbox"/>
Descoloração dos dentes/ gengiva artificiais <input type="checkbox"/>	Descoloração dos dentes/ gengiva artificiais <input type="checkbox"/>
Outras <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Complicações biológicas	
Inflamação/ ulceração provocada pela prótese <input type="checkbox"/>	Inflamação/ ulceração provocada pela prótese <input type="checkbox"/>
Estomatite protética <input type="checkbox"/>	Estomatite protética <input type="checkbox"/>
Epulis fissuratum <input type="checkbox"/>	Epulis fissuratum <input type="checkbox"/>
Hiperplasia papilar inflamatória <input type="checkbox"/>	Hiperplasia papilar inflamatória <input type="checkbox"/>
Cárie no dente pilar <input type="checkbox"/>	Cárie no dente pilar <input type="checkbox"/>
Alteração periodontal no dente pilar <input type="checkbox"/>	Alteração periodontal no dente pilar <input type="checkbox"/>
Falta de retenção <input type="checkbox"/>	Falta de retenção <input type="checkbox"/>
Nada a assinalar <input type="checkbox"/>	Nada a assinalar <input type="checkbox"/>

Anexo 7 – Avaliação pré-protética



Centro Regional das Beiras - Universidade Católica Portuguesa
MESTRADO INTEGRADO DE MEDICINA DENTÁRIA
ÁREA DISCIPLINAR DE PROSTODONTIA FIXA

PARÂMETROS DE DIAGNÓSTICO (AVALIAÇÃO PRÉ-REABILITAÇÃO) DENTE:

A - Higiene Oral†			
0	Índice de Placa inferior a 20%		
1	Índice de Placa 20 – 30%		
2	Índice de Placa superior a 30%		
B - Sangramento à sondagem (BOP)*			
a) Geral (totalidade de dentes da cavidade oral)	b) Local (dente a restaurar)		
0	BOP inferior a 30%	0	Ausência de sangramento à sondagem
1	BOP 30 - 50%	1	Presença de um só ponto de hemorragia
2	BOP superior a 50%	2	Presença de vários pontos de hemorragia
		3	Presença de hemorragia em todo o triângulo interdentário
		4	Hemorragia importante, em todo o sulco
C) Profundidade do Sulco /Bolsa Periodontal* (dente a restaurar)			
0	Profundidade entre 1 – 3 mm		
1	Profundidade entre 3 – 6mm		
2	Profundidade superior a 6mm		
D) Altura de Gengiva Aderida** (dente a restaurar)			
a)Dentes Anteriores		b)Dentes Posteriores	
0	Superior a 4,5 mm na maxila / 4 mm na mandíbula	0	Superior a 4 mm na maxila / 2 mm na mandíbula
1	3,5 a 4,5 mm na maxila / 3,3 a 3,9 mm na mandíbula	1	3 a 4mm na maxila / 2 a 3,5 mm na mandíbula
2	Inferior a 3,5 mm na maxila / 3,3 mm na mandíbula	2	Inferior a 3mm na maxila / 2 mm na mandíbula
E) Presença /Ausência de Cárie‡ (dente a restaurar)			
0	Ausência de cárie		
1	Sonda exploradora prende ou resiste à remoção após inserção; visualização de opacidade ou mancha branca, evidência de desmineralização		
2	Lesão cavitária visível ao exame clínico ou restauração provisória		

†Utilização de revelador de placa e espelho

*Utilização de espelho intra-oral e sonda periodontal OMS

‡Utilização de espelho intra-oral e sonda exploradora

**Utilização de sonda periodontal OMS e tração do lábio

RESULTADOS					
A.	B. a)	B. b)	C.	D.	E.

--	--	--	--	--	--

Classificação Final: _____

Frazão, Susana Margarida da Conceição Godinho. Análise Sistemática das Falhas em Prótese Dentária Fixa. UCP, Julho de 2009. DISSERTAÇÃO (Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa, 2009).

Anexo 8 – Classificação extensamente destruídos

CLASSIFICAÇÃO DOS DENTES EXTENSAMENTE DESTRUÍDOS

PARÂMETROS	CLASSE 1		CLASSE 2		CLASSE 3	
	Valores		Valores		Valores	
1. Altura / espessura do anel de reforço						
2. Relação coroa / raiz						
3. Tratamento endodôntico						
Prognóstico	BOM		MODERADO		MAU	

1 - CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DO EFEITO "ANEL DE REFORÇO"

CLASSE I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altura da estrutura do dente remanescente igual ou superior a 2mm em quatro pontos e... ▪ Largura da estrutura do dente remanescente igual ou superior a 2,2mm (para margens visíveis) ou 1,6mm (para margens não visíveis)
CLASSE II	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altura da estrutura do dente remanescente 2-0,5mm ou... ▪ Largura da estrutura do dente remanescente com valores situados entre 2,2-1,6mm (para margens visíveis) ou 1,6-1,2mm (para margens não visíveis)
CLASSE III	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altura da estrutura do dente remanescente inferior a 0,5mm ou... ▪ Largura da estrutura do dente remanescente com valores inferiores a 1,2mm.

2 - CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DA RELAÇÃO DO COMPRIMENTO COROA/RAIZ

CLASSE I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprimento da raiz igual ou superior a altura da coroa + 5mm.
CLASSE II	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprimento da raiz inferior à altura da coroa +5mm, mas igual ou superior à altura da coroa +3mm.
CLASSE III	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprimento da raiz inferior à altura da coroa +3mm.

3 - CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DE TRATAMENTOS ENDODÔNTICOS

CLASSE I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem complicações.
CLASSE II	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com complicações reversíveis.
CLASSE III	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com complicações irreversíveis.

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS

1. Paciente é classificado de acordo com o critério mais complexo.
2. Tratamento pré-protético pode modificar a classificação inicial.
3. Nos casos de padrões especiais de tensões (ex. bruxismo, pilares de PPR, cantilevers, pontes extensas, pilares secundários), a classificação é aumentada na complexidade em um nível, nos pacientes Classe I e II.
4. Igual ao ponto 3 mas relacionado com questões estéticas.
5. Casos clínicos opostos ao referido em 3 (ex. sem antagonista, sem oclusão, PR como antagonista, ou evidência clínica de pouca/nenhuma carga sobre os dentes remanescentes, a classificação diminui um nível no critério 2 (ex. Classe II → Classe I)
6. Pacientes com higiene oral má e doença periodontal, I ou cáries, não controladas, são classificados como Classe III.

Esteves H, Correia A, Araújo F. Classification of extensively damaged teeth to evaluate prognosis. J Can Dent Assoc. 2011;77:105.

Anexo 9 – Relatório Base



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Centro Regional das Beiras
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Prostodontia Fixa - RELATÓRIO CLÍNICO

Tipo de consulta _____ Data ____/____/____

Identificação do Operador - Aluno

Nome: _____ Nº

Identificação do(s) ajudante(s) - Aluno

Nome: _____ Nº

Nome: _____ Nº

Identificação do doente

Nome: _____ Cód. _____
Data de Nascimento: _____ Profissão: _____

Síntese da consulta

[Escreva um trecho do documento ou o resumo de um ponto interessante. Pode posicionar a caixa de texto em qualquer ponto do documento. Utilize o separador Ferramentas de Desenho para alterar a formatação da caixa de texto do trecho em destaque.]



Análise detalhada da consulta

Enquadramento da consulta/tratamentos

Deve incluir também o motivo e ser sucinto

História Clínica

Elementos relevantes para o diagnóstico ou tratamentos anteriores que estejam ligados ao da presente consulta. (expandir o necessário)

Exame clínico e/ou descrição dos procedimentos efectuados

Deve incluir todos os elementos que sejam relevantes: descrição do exame/tratamentos, classificações, exames auxiliares, fotos, digitalização de documentos ou outras. (expandir o necessário).

Plano de tratamento ou recomendações ao doente

Não esquecer a ligação ao plano de tratamento (caso se aplique)

Anexo 10 – Plano de tratamento

Plano de Tratamento

1	Data da aceitação					
2	Iniciais do Paciente					
3	Código do Paciente					
4	Nome do Aluno Operador					
5	Paciente para ser tratado em Prost Fixa?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Encaminhado para:
6	Tipo de trabalho proposto (unitário-ponte)?					
7	Dentes envolvidos					
8	Caracterização do estado pulpar					
9	Tratamentos pré-protéticos? Quais?					
10	Indicar a distribuição do plano de tratamento pelas consultas (não esquecer as datas previstas)					
	Consulta 1					
	Consulta 2					
	Consulta 3					
	Consulta 4					
	Consulta 5					
	Consulta 6					
	Consulta 7					

Assinatura do Docente Responsável _____

Indicar as medidas directas das coroas dos dentes a serem preparados:

Pode ser medido com auxílio de lima, sonda periodontal e determinado o valor por régua milimetrada. Pode ainda ser usado um papel milimetrado e tirada a foto com o papel subjacente ao dente. Pode ser efectuada foto oclusal com o papel milimetrado servindo de guia.

Distâncias	Local da medição	Antes do preparo	Após o preparo
mesiodistal	máxima da coroa (equador)		
	Colo – junto à hipotética margem		
	zona mais coronal		
vestíbulo lingual (palatina)	máxima da coroa (equador)		
	Colo – junto à hipotética margem		
	zona mais coronal		

Anexo 12 – Ficha laboratório



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA

Ficha de Laboratório
PRÓTESE FIXA

IDENTIFICAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Nome do Paciente / Cod	Idade	Sexo
Nome do Aluno	Ano	

FICHA DE TRABALHO (assinalar as opções pretendidas)

R – Retentor; P – pontico; F - falso coto

A B C D

Ombro cerâmica Ombro de cinta metal Crista convencional Crista de cinta metal

Ponto Higiénico Ponto Sela Modificado Ponto Oval

SELECÇÃO DA COR – Indicar a cor por tarços: Gingival, Médio ou Incisal

Dente	Tipo Restauração	Metal	COR			MARGEM		CONTACTOS OCLUSAIS	
			Gingival	Médio	Incisal	V	L ou P	Metal	Cerâmico

R/

a preencher pelo aluno

Data	/	/	Ass. Aluno	Ass. Docente	responsável laboratorial
Descrição do trabalho efectuado _____					
Notas _____					
Data da entrega	/	/	Ass. Responsável laboratorial		

R/

a preencher pelo aluno

Data	/	/	Ass. Aluno	Ass. Docente	responsável laboratorial
Descrição do trabalho efectuado _____					
Notas _____					
Data da entrega	/	/	Ass. Responsável laboratorial		

R/

a preencher pelo aluno

Data	/	/	Ass. Aluno	Ass. Docente	responsável laboratorial
Descrição do trabalho efectuado _____					
Notas _____					
Data da entrega	/	/	Ass. Responsável laboratorial		

R/

a preencher pelo aluno

Data	/	/	Ass. Aluno	Ass. Docente	responsável laboratorial
Descrição do trabalho efectuado _____					
Notas _____					
Data da entrega	/	/	Ass. Responsável laboratorial		

Anexo 13 – Inquérito de satisfação dos pacientes

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

QUESTÕES	RESPOSTAS	VALOR
Já se acostumou com os seus novos dentes?	Sim <input type="checkbox"/>	1
	Não <input type="checkbox"/>	2
Em relação à alimentação, notou alguma alteração?	Sim, para melhor <input type="checkbox"/>	1
	Sim, para pior <input type="checkbox"/>	2
	Nenhuma <input type="checkbox"/>	3
Está mais fácil de comer com os seus novos dentes?	Sim <input type="checkbox"/>	1
	Não <input type="checkbox"/>	2
Está mais difícil de comer com os seus novos dentes?	Sim <input type="checkbox"/>	1
	Não <input type="checkbox"/>	2
Recebeu informações suficientes sobre o tratamento?	Sim, suficientes <input type="checkbox"/>	1
	Não, insuficientes <input type="checkbox"/>	2
Cor – acha que os seus dentes estão...	Muito escuros <input type="checkbox"/>	1
	Muito claros <input type="checkbox"/>	2
	Ficaram bons <input type="checkbox"/>	3
Comprimento – acha que os seus dentes estão muito grandes?	Estão muito grandes <input type="checkbox"/>	1
	Estão muito pequenos <input type="checkbox"/>	2
	Estão com o tamanho certo <input type="checkbox"/>	3
Acha que os seus dentes têm a forma correcta?	Sim <input type="checkbox"/>	1
	Não <input type="checkbox"/>	2
Acha que os seus dentes ficaram na posição certa?	Sim <input type="checkbox"/>	1
	Não <input type="checkbox"/>	2
Acha que o tratamento afectou os seus relacionamentos sociais (convívio com amigos, etc...)	Sim, sinto mais segurança a conversar <input type="checkbox"/>	1
	Sim, sinto insegurança a conversar <input type="checkbox"/>	2
	Não, está igual <input type="checkbox"/>	3

Anexo 14 – Avaliação pós-reabilitação

FOLLOW-UP (AVALIAÇÃO PÓS-REABILITAÇÃO)

Dente: _____

1 - Adaptação Marginal*	
A	A margem da coroa não é perceptível; a sonda exploradora não prende; não há descoloração visível.
B	A sonda prende na margem mas não existe interrupção de material na interface dente/restauração; leve descoloração visível mas passível de polimento.
C	Falha ou interrupção, com dentina exposta; descoloração visível não passível de polimento; inaceitável.
D	Fractura parcial, fractura, luxação ou mobilidade/perda da restauração.
2 - Forma Anatómica†	
A	Contorno correcto, com contactos proximais justos; ausência de facetas de desgaste na restauração; ausência de facetas de desgaste no dente antagonista.
B	Leve sub ou sobre-contorno; fracos contactos proximais; pequenas facetas de desgaste (< 2mm de diâmetro) na restauração; e/ou o mesmo no dente antagonista.
C	Distinto sub ou sobre-contorno; inexistência de contactos proximais; grandes facetas de desgastes (> 2mm de diâmetro) na restauração; e/ou o mesmo no dente antagonista.
3 - Textura da Superfície*	
A	Superfície polida, lisa e brilhante.
B	Superfície ligeiramente rugosa e baça.
C	Superfície com poros ou rugosidades profundas; não pode ser corrigida.
4 - Correspondência da Cor‡	
A	Restauração dificilmente detectável; perfeita correspondência com cor dos dentes.
B	Mínimo desfasamento na sombra.
C	Diferença distinta na sombra.

*Utilização de espelho intra-oral e explorador

†Espelho intra-oral e fio dentário

‡Espelho intra-oral

RESULTADOS			
1.	2.	3.	4.

Classificação Final: _____

Anexo 15 – Relatório Endodontia

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

UCP – CRB – ENDODONTIA

RELATÓRIO



ALUNO: <input type="text"/>	AVALIAÇÃO: <input type="text"/>
ANO: <input type="text"/> TURMA: <input type="text"/> BINÓMIO: <input type="text"/> Nº: <input type="text"/>	ASS: <input type="text"/>

PACIENTE: <input type="text"/>	Nº PROCESSO: <input type="text"/>
SEXO: <input type="text"/> IDADE: <input type="text"/> RESIDÊNCIA: <input type="text"/>	PROFISSÃO: <input type="text"/>

I – ANTECEDENTES PESSOAIS:

GERAIS: <input type="text"/>
DENTÁRIOS: <input type="text"/>

II – EXAME SUBJECTIVO:

1. CARACTERÍSTICAS DA DOR:

DURAÇÃO:

PRESENTE <input type="checkbox"/>	ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/>	CONTÍNUA <input type="checkbox"/>	"MOEDEIRA" <input type="checkbox"/>	LOCALIZADA <input type="checkbox"/>
AUSENTE <input type="checkbox"/>	PROVOCADA <input type="checkbox"/>	DESCONTÍNUA <input type="checkbox"/>	AGUDA <input type="checkbox"/>	DIFUSA <input type="checkbox"/>

III – EXAME OBJECTIVO: 1. IDENTIFICAÇÃO DO DENTE (FDI):

2. TUMEFACÇÃO

INTRA – ORAL <input type="checkbox"/>	INTRA – ORAL <input type="checkbox"/>
EXTRA-ORAL <input type="checkbox"/>	EXTRA-ORAL <input type="checkbox"/>

3. FÍSTULA

IV – EXAME RADIOLÓGICO:

1. FRACTURAS NA RAIZ

2. ÁPICE RADICULAR

1/3 APICAL <input type="checkbox"/>	FORMADO <input type="checkbox"/>
1/3 MÉDIO <input type="checkbox"/>	EM FORMAÇÃO <input type="checkbox"/>
1/3 CORONÁRIO <input type="checkbox"/>	

4. CÁRIE

AUSENTE PRESENTE CLASSE
GRAU DE DESTRUIÇÃO

5. TESTES

Assinale:

(A / N /
1 / 2)

SENSIBILIDADE TÉRMICA	<input type="text"/>
MOBILIDADE	<input type="text"/>
PERCUSSÃO HORIZONTAL	<input type="text"/>
PERCUSSÃO VERTICAL	<input type="text"/>

V – DIAGNÓSTICO

VI – TRATAMENTO INDICADO

VII – PROGNÓSTICO

X – FICHA IMAGIOLÓGICA



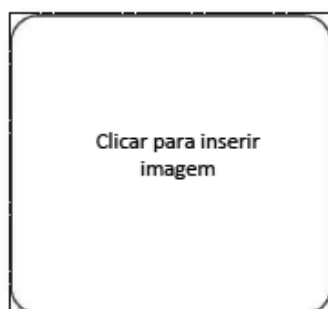
RX -



RX -



RX -



RX -



RX -



RX -

X – FICHA IMAGIOLÓGICA 2



RX -



RX -



RX -



RX -



ORTOPANTOMOGRÁFIA

AVALIAÇÃO GLOBAL:

[Empty space for global evaluation]

**Critérios de Diagnóstico para Pesquisa
de Disfunções Temporomandibulares
*CDP/DTM***

Translated by

Dr. Carlos Augusto da Silva Faria

***Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte-Portugal
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal***

Collaborators

Josep Maria Ustrell

***Faculdade de Odontologia, Universidade de Barcelona - Spain
Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte - Portugal***

João Correia Pinto

***Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - Portugal
Hospital de São João, EPE, Porto - Portugal***

Antônio Sérgio Guimarães

***Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - Brasil
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal***

Sérgio Pereira Carvalho

Prática privada - Portugal

Maria João Duarte Teixeira

Hospital Infante D. Pedro Aveiro - Portugal

Translated from

***Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
Edited by: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD
(see Language Translation at website: RDC-TMDinternational.org)***

Back-translation Team

John Bulger, BSc, MEd

Laura Tallone, BA, MA

Richard Ohrbach, DDS, PhD

Accepted March 15, 2011

Contents of This Document

1 - Patient History Questionnaire	✓
2 - RDC-TMD Clinical Examination Form	✓
3 - Clinical Examination Specifications	✓
4 - Verbal Instructions For Examiner	✓
5 - Axis I Diagnostic Criteria	✓
6 - Axis II: Disability and Psychological Status	
- Scoring Graded Chronic Pain	✓
- Scoring the Distress Scale Items	✓
- Addendum: Age-Sex Adjusted Norms For Distress Scale Items	
- Summary of Patients Results	✓

Anexo 17 – Ficha diagnóstico Ortodontia

Universidade Católica Portuguesa – Pólo de Viseu FICHA DE DIAGNÓSTICO DE ORTODONTIA



PACIENTE:

NOME: _____

DATA: _____

1. DIAGNÓSTICO

Tipo facial:

Classificação esquelética:

Problemas transversais:

Classificação dentária:

Problemas funcionais:

Desarmonia dento-maxilar:

Posição dos incisivos inferiores:

Sobremordida horizontal:

Sobremordida vertical:

Outros:

2. PLANO DE TRATAMENTO

a. Tipo de tratamento:

preventivo interceptivo correctivo

b. Plano de tratamento:

Objectivos esqueléticos:

Objectivos dentários:

Terapêutica:

Contenção:

Duração do tratamento:

Análise de Bolton

16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36

Soma 12 dentes maxilares:

Soma de 12 dentes mandibulares:

Soma 6 dentes maxilares:

Soma 6 dentes mandibulares:

	VARIAÇÃO	DDD	INTERPRETAÇÃO
6 dentes	75,55 – 78,85		< 77,2 excesso MX > 77,2 excesso MD
12 dentes	89,39 – 93,21		< 91,3 excesso MX > 91,3 excesso MD

DISCREPÂNCIA TOTAL

Max.	Mand.	Max.	Mand.	Max.	Mand.
85	77,6	94	85,8	103	94,0
86	78,5	95	86,7	104	95,0
87	79,4	96	87,6	105	95,9
88	80,3	97	88,6	106	96,8
89	81,3	98	89,5	107	97,8
90	82,1	99	90,4	108	98,6
91	83,1	100	91,3	109	99,5
92	84,0	101	92,2	110	100,4
93	84,9	102	93,1		

DISCREPÂNCIA ANTERIOR

Max.	Mand.	Max.	Mand.	Max.	Mand.
40,0	30,9	45,5	35,1	50,5	39,0
40,5	31,3	46,0	35,5	51,0	39,4
41,0	31,7	46,5	35,9	51,5	39,8
41,5	32,0	47,0	36,3	52,0	40,1
42,0	32,4	47,5	36,7	52,5	40,5
42,5	32,8	48,0	37,1	53,0	40,9
43,0	33,2	48,5	37,4	53,5	41,3
43,5	33,6	49,0	37,8	54,0	41,7
44,0	34,0	49,5	38,2	54,5	42,1
44,5	34,4	50,0	38,6	55,0	42,5
45,0	34,7				

Análise de Moyers / DDM

16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36

Soma incisivos mandibulares:

	ESPAÇO DISPONÍVEL	ESPAÇO NECESSÁRIO	DDM (ED-EN = DDM)
MX DIR			
MX ESQ			
MD DIR			
MD ESQ			

Análise de Moyers Previsão do espaço necessário (75%)

Incs Inf	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0	25,5	26,0	26,5	27,0	27,5	28,0	28,5	29,0
MX	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22,0	22,3	22,6	22,9	23,1	23,4	23,7	24,0	24,2	24,5	24,8	25,0	25,3	25,6	25,9
MD	20,1	20,4	20,7	21,0	21,3	21,6	21,9	22,2	22,5	22,8	23,1	23,4	23,7	24,0	24,3	24,6	24,8	25,1	25,4	25,7

Análise de Ricketts resumida

Factor	Paciente	Norma+DP	Correcção	Diferença	Significado
PROBLEMA DENTÁRIO					
Extrusão do incisivo inferior		1,25 mm ± 2 mm			
Ângulo inter-incisivo		125°±6°			
RELAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR					
Convexidade facial		2mm ± 2mm	-0,2 mm/ano		
Altura facial inferior		47°± 4°			
PROBLEMA DENTO-ESQUELÉTICO					
Posição do molar superior		Idade +3 (± 3mm)			
Protrusão do incisivo inferior		1mm ± 2mm			
Inclinação do incisivo inferior		22°± 4°			
PROBLEMA ESTÉTICO					
Protrusão labial		-2mm ± 2mm			
RELAÇÃO CRÂNIO-FACIAL					
Profundidade facial		87°± 3°	0,3°/ano		
Eixo facial		90°± 3°			
Ângulo do plano mandibular		26°± 4°	-0,3°/ano		
Profundidade maxilar		90°± 3°			
PROBLEMA ESTRUTURAL					
Arco mandibular		26°± 4°	0,5°/ano		

Determinação do Tipo Facial

	Dif / DP	Dolicofacial	Mesofacial	Braquifacial
Altura facial inferior				
Profundidade facial				
Eixo facial				
Ângulo plano mandibular				
Arco mandibular				

Gravidade:

Anexo 18 – Póster apresentado nas XI jornadas de Medicina Dentária, da UCP.



Dente extensamente destruído, restaurado a amálgama com recurso a matriz individual em aro de cobre - caso clínico

29

Miranda V¹; Pereira F¹; Barros J²; Capelas A²

Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa – Viseu
Docente da Área de Dentística Operatória do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde - Viseu

Maio de 2016



Introdução

As grandes restaurações a amálgama são uma prática frequente nas consultas de Dentística Operatória na Clínica Universitária da UCP de Viseu. Na presença de um dente posterior com fratura dentária, lesão de cárie extensa ou restauração insatisfatória o médico dentista deve ponderar considerações biomecânicas, anatómicas, estéticas, financeiras e, ainda, a longevidade da restauração e do dente e as suas consequências na saúde oral, de forma a selecionar um plano de tratamento possível. Devido às suas excelentes qualidades, tais como propriedades mecânicas e baixo custo, o amálgama é ainda um material de escolha para restaurar dentes posteriores.

Os dentes extensamente destruídos necessitam preferencialmente de uma matriz individual que permita assegurar os seguintes parâmetros: 1. Manutenção do material na cavidade; 2. Possibilidade de condensar o material; 3. Adaptação anatómica do material restaurado nas margens da cavidade; 4. Estabelecimento de pontos de contacto; 5. Correto contorno externo da restauração; 6. Possibilitar restaurações infra gengivais, não transbordantes. As matrizes individuais em aro de cobre têm a capacidade de preencher todos esses requisitos; têm vários tamanhos e podem ser cortados e devidamente modelados conforme a anatomia externa do dente a ser restaurado.

Descrição do caso clínico

Paciente de 44 anos do sexo masculino, dirigiu-se à Clínica Dentária do Instituto de Ciências da Saúde da UCP tendo sido encaminhado para a unidade curricular – CLAS – de Dentística Operatória, para uma consulta de urgência. Após o exame clínico e exames auxiliares de diagnóstico – radiografia panorâmica e radiografia periapical (Fig.1) confirmou-se a extensão da fratura vertical no dente 1.4. Como plano de tratamento optou-se primeiro pela exodontia do fragmento palatino (Fig.2, 3) que apresentava mobilidade, seguida da realização de uma grande restauração a amálgama, com recurso a um aro de cobre, previamente moldado ao colo do dente (Fig. 4). Não foi necessário proceder a uma gengivectomia pois a matriz individual apresentava-se bem adaptada retraíndo a gengiva e permitindo visualizar a linha de acabamento da futura restauração (Fig. 5 – 10) De forma a criar retenção adicional para esta cavidade complexa, utilizaram-se as entradas dos canais endodontizados (Fig.11).



Fig. 1 - Radiografia inicial do dente 1.4.



Fig. 2 - Exodontia do fragmento palatino.



Fig. 3 - Remanescente do dente 1.4.



Fig. 4 - Adaptação e contorno do aro de cobre, com ajuste próprio.



Fig. 5 - Aro de cobre ajustado ao dente com cunhas.



Fig. 6 - Aro de cobre colocado.



Fig. 7 - Inserção e condensação do amálgama na matriz individual.



Fig. 8 - Corte do aro de cobre para remoção do mesmo.



Fig. 9 - Amálgama de pasta cristalizado.



Fig. 10 - Imagem ilustrativa do polimento e brilho de uma restauração a amálgama.



Fig. 11 - Radiografia final pós-restauração do dente 1.4.

Discussão e Conclusão

As restaurações de amálgama continuam a ser uma opção conservadora e viável clinicamente, apresentando inúmeras vantagens. A técnica de restauração com recurso a matriz individual em aro de cobre e mecanismo de retenção adicional permitiu solucionar o caso sem necessidade de extrair o elemento dentário, satisfazendo assim a prioridade máxima do paciente, manter o dente.

Referências bibliográficas

Reis, A. H. R.; Silva, B. S.; De Souza, W. S.; De Souza, M. R.; De Souza, A. R. M. Avaliação da utilização da matriz individual em restaurações posteriores. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2010, 67(1), 1-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/rbo>. Acesso em: 10/05/2016.

Leite, M. B.; de Souza, M. R.; de Souza, W. S.; de Souza, A. R. M. A utilização da matriz individual em restaurações posteriores. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2010, 67(1), 1-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/rbo>. Acesso em: 10/05/2016.

Leite, M. B.; de Souza, M. R.; de Souza, W. S.; de Souza, A. R. M. A utilização da matriz individual em restaurações posteriores. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2010, 67(1), 1-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/rbo>. Acesso em: 10/05/2016.