



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:
Maria D'Agostino

Viseu, 2019



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:
Maria D'Agostino

Orientador: Professora Doutora Patrícia Fonseca
Coorientador: Mestre Filipe Araújo

Viseu, 2019

“Sciome ne scire”
- Socrate

Agradecimentos

A mia madre, perché anche se attraverso uno schermo e lontane 3000km, con il suo sorriso riusciva a dare pace al mio animo perennemente inquieto.

A mio padre, perché grazie al suo sguardo fermo non mi ha mai lasciata e mi ha sempre permesso di rimanere ben salda nel mio obiettivo.

Alla spensieratezza di mia sorella Carla, la quale mi ha sempre dato la forza di andare avanti non dimenticando il sorriso.

A mio Nonno Ciccio, che mi ha insegnato il tempo.

E ai miei nonni angeli e mia sorella Katia per aver sempre vegliato su di me soprattutto quando mi trovavo lontana da casa, dalla mia terra.

A mia sorella Ilaria, alla quale dedico gran parte del mio percorso universitario perché da qui abbiamo imparato a condividere la vita insieme.

E non posso che ringraziare il mio meraviglioso fidanzato Francesco, per aver creduto in me, e ancor di più per aver creduto in noi, per avermi amata anche a 3000km di distanza, lasciandomi seguire il mio sogno senza mai mollare la presa.

Ad Angela, per tutto il supporto e sostegno che da amica vera solo lei poteva darmi.

Ai miei amici, per avermi sempre supportata e incoraggiata.

Agradeço imensamente a Professora Doutora Patrícia Fonseca, minha orientadora pela orientação neste trabalho, além disto agradeço pelo ensino, apoio e profissionalismo que me deu ao longo destes anos de percurso, o meu obrigada nunca iria ser bastante.

Obrigada ao Professor Filipe Araújo, meu coorientador pelo apoio constante e pelas numerosas dicas que me deu, assim como o apoio neste trabalho e profissionalismo de ensino.

A dona Alda, ao senhor Paulo e a dona Cristina, a minha segunda família aqui em Portugal, pelo apoio e suporte constante que me deram nestes anos todos.

A todos os funcionários da Universidade Católica Portuguesa pelo apoio e simpatia.

E infine grazie a Me, per essere rimasta sempre la stessa, per aver saputo lasciare le radici ben salde nella mia terra e imbartermi in nuove avventure senza perdere mai il senso d'orientamento.

Resumo

O ensino da Medicina Dentária pretende enquadrar o aluno relativamente aos aspetos mais importantes do exercício profissional, não esquecendo de dar uma perspetiva histórica da evolução da Medicina Dentária desde a antiguidade até à atualidade bem como os conceitos humanitários da arte nobre da Medicina Dentária.

As áreas disciplinares tratadas na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Viseu são nomeadamente: a Medicina Oral, a Periodontologia, a Odontopediatria, a Ortodontia, a Dentisteria Operatória, a Prostodontia Removível, a Prostodontia Fixa, a Endodontia, a Oclusão e a Cirurgia Oral.

O presente relatório está dividido em duas partes, sendo a primeira parte destinada à caracterização sucinta da população que procura os cuidados médico-dentários na Clínica Dentária Universitária da UCP de Viseu e análise estatística descritiva dos dados de atividade clínica realizada no 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Numa segunda parte, será realizada a apresentação de três casos clínicos diferenciados, referentes às áreas de Periodontologia, Prostodontia Removível, Prostodontia Fixa e Oclusão bem como a sua discussão do ponto vista clínico e científico.

Palavras-Chave: Atividade clínica, casos clínicos, clínica dentária universitária, saúde oral, Prostodontia fixa, Prostodontia removível, oclusão, Periodontologia.

Abstract

The teaching of Dental Medicine intends to frame the student regarding the most important aspects of the professional practice, not forgetting to give a historical perspective of the evolution of Dentistry from ancient times to the present day as well as the humanitarian concepts of the noble art of Dentistry.

The disciplinary areas treated in the University Dental Clinic of the Portuguese Catholic University of Viseu are: Oral Medicine, Periodontology, Pediatric Dentistry, Orthodontics, Operative Dentistry, Removable Prosthodontics, Fixed Prosthodontics, Endodontics, Occlusion and Oral Surgery.

This report is divided into two parts. The first part is aimed at the brief characterization of the population that seeks medical-dental care at the University Dental Clinic of the UCP of Viseu and a descriptive statistical analysis of clinical activity data carried out in the 5th year of the Integrated Master's in Dental Medicine. In the second part, we will present three differentiated clinical cases, referring to the areas of Periodontology, Removable Prosthodontics, Fixed Prosthodontics and Occlusion as well as their discussion from a clinical and scientific point of view.

Key words: Clinical activity, clinical cases, university dental clinic, oral health, fixed prosthodontics, removable prosthodontics, occlusion, periodontology.

Índice

Resumo.....	IX
Abstract	XI
1 Índice de Gráficos	XV
2 Índice de Figuras	XVI
3 Abreviaturas	XVIII
4 Introdução.....	3
5 Material e Métodos	7
6 Resultados	11
6.1 <i>Dados da Atividade Clínica Geral</i>	<i>11</i>
6.2 <i>Distribuição segundo o género</i>	<i>12</i>
6.3 <i>Hábitos de risco.....</i>	<i>13</i>
6.4 <i>Fatores relacionados com hábitos de higiene oral</i>	<i>13</i>
6.5 <i>Caracterização da amostra segundo cada área disciplinar</i>	<i>15</i>
6.5.1 <i>Medicina Oral</i>	<i>17</i>
6.5.2 <i>Periodontologia.....</i>	<i>18</i>
6.5.3 <i>Dentisteria Operatória.....</i>	<i>22</i>
6.5.4 <i>Endodontia.....</i>	<i>26</i>
6.5.5 <i>Odontopediatria</i>	<i>28</i>
6.5.6 <i>Oclusão</i>	<i>30</i>
6.5.7 <i>Ortodontia</i>	<i>33</i>
6.5.8 <i>Prostodontia Removível.....</i>	<i>35</i>
6.5.9 <i>Prostodontia Fixa</i>	<i>38</i>
6.5.10 <i>Cirurgia Oral</i>	<i>41</i>
7 Caso clínico diferenciado I	45
7.1 <i>Enxerto gengival livre para o aumento de gengiva aderida na zona do 5º sextante</i>	<i>45</i>
7.1.1 <i>Introdução</i>	<i>45</i>
7.1.2 <i>Caso Clínico.....</i>	<i>46</i>
7.1.3 <i>Discussão e Conclusão</i>	<i>52</i>
8 Caso Clínico Diferenciado II.....	53
8.1 <i>Prótese total suportada por implantes (sobredentadura) com sistema de retenção do tipo Novaloc®</i>	
53	
8.1.1 <i>Introdução</i>	<i>53</i>
8.1.2 <i>Caso Clínico.....</i>	<i>54</i>
8.1.3 <i>Discussão e Conclusão</i>	<i>59</i>
9 Caso Clínico Diferenciado III	61
9.1 <i>Parafunção severa compatível com Bruxismo</i>	<i>61</i>
9.1.1 <i>Introdução</i>	<i>61</i>
9.1.2 <i>Caso Clínico.....</i>	<i>63</i>
9.1.3 <i>Discussão e Conclusão</i>	<i>69</i>
10 Discussão e Conclusão.....	73

11 Referências bibliográficas77

1 Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Diferenciação de atos realizados como operador e assistente.....	11
Gráfico 2 - Distribuição de percentagem dos pacientes por género.....	12
Gráfico 3- Distribuição dos pacientes fumadores.....	13
Gráfico 4- Distribuição da percentagem dos pacientes que utilizam fio dentário.....	14
Gráfico 5- Distribuição de percentagem de escovagens diárias.....	14
Gráfico 6- Distribuição do número de consultas por área disciplinar.....	15
Gráfico 7- Distribuição de horas de cada área clínica disciplinar.....	16
Gráfico 8- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Medicina Oral.....	17
Gráfico 9- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Periodontologia.....	21
Gráfico 10- Distribuição de diagnósticos obtidos em consultas como operadora.....	21
Gráfico 11- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Dentisteria Operatória.....	23
Gráfico 12- Motivos das consultas de Dentisteria Operatória.....	23
Gráfico 13- Distribuição dos preparos dentários executados.....	24
Gráfico 14- Distribuição dos materiais utilizados nas consultas de Dentisteria Operatória.....	24
Gráfico 15- Diferenciação de atos realizados como operador na área de Dentisteria Operatória.....	25
Gráfico 16- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Endodontia.....	26
Gráfico 17- Motivos das consultas em Endodontia.....	27
Gráfico 18- Distribuição de atos realizados como operador na área de Endodontia.....	27
Gráfico 19- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Odontopediatria.....	28
Gráfico 20- Tratamentos realizados nas consultas de Odontopediatria.....	29
Gráfico 21- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Odontopediatria.....	29
Gráfico 22- Distribuição de atos realizados como assistente e operador nas consultas de Oclusão.....	31
Gráfico 23- Tratamentos realizados nas consultas de Oclusão.....	31
Gráfico 24- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Oclusão.....	32
Gráfico 25- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Ortodontia.....	34
Gráfico 26- Tratamentos realizados nas consultas de Ortodontia.....	34
Gráfico 27- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Ortodontia.....	34
Gráfico 28- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Prótese Removível.....	35
Gráfico 29- Tratamentos realizados nas consultas de Prótese Removível.....	36
Gráfico 30- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Prótese Removível.....	37
Gráfico 31- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Prostodontia Fixa.....	39
Gráfico 32- Tratamentos realizados nas consultas de Prostodontia Fixa.....	39
Gráfico 33- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Prostodontia Fixa.....	40
Gráfico 34- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Cirurgia Oral.....	41
Gráfico 35- Técnicas realizadas nas consultas de Cirurgia Oral.....	42
Gráfico 36- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Cirurgia Oral.....	42

2 Índice de Figuras

<i>Figura 1- Diagrama de Keys</i>	4
<i>Figura 2- Fotografia intra-oral, com próteses antigas</i>	46
<i>Figura 3- Fotografia extra-oral frontal</i>	46
<i>Figura 4- Fotografia intra-oral</i>	47
<i>Figura 5 - Periodontograma</i>	47
<i>Figura 6 - Ortopantomografia</i>	47
<i>Figura 7 - Radiografia periapical dos implantes</i>	47
<i>Figura 8- Caso inicial após a remoção de placa bacteriana</i>	48
<i>Figura 9- Preparação do leito recetor do enxerto</i>	49
<i>Figura 10- Figura esquerda desenho do enxerto; Figura direita remoção do enxerto da zona dadora</i>	49
<i>Figura 11- Tecido epitelial</i>	50
<i>Figura 12- Tecido conjuntivo denso</i>	50
<i>Figura 13- Colocação do enxerto na área recetora</i>	50
<i>Figura 14- Estabilização do enxerto e sutura</i>	51
<i>Figura 15- Fotografia intra-oral, controlo aos 7 meses</i>	51
<i>Figura 16- Fotografia intra-oral, inicial</i>	54
<i>Figura 17- Controlo após 7 meses da cirurgia periodontal</i>	55
<i>Figura 18- Modelos de estudo</i>	55
<i>Figura 19 - Arco facial</i>	56
<i>Figura 20- Montagem em articulador</i>	56
<i>Figura 21- Impressão detalhada ao interior do implante angulado</i>	56
<i>Figura 22- Impressão detalhada do interior do implante angulado</i>	57
<i>Figura 23- Medição do pilar</i>	57
<i>Figura 24- Caso inicial com pilar antigo</i>	57
<i>Figura 25- Fotografia final frontal</i>	58
<i>Figura 26- Posição em repouso com as próteses, vista lateral</i>	58
<i>Figura 27- Posição em repouso sem próteses, vista lateral</i>	58
<i>Figura 28- Sorriso com as próteses, vista lateral</i>	59
<i>Figura 29- Sorriso sem próteses, vista lateral</i>	59
<i>Figura 30- Sorriso com as próteses, vista frontal</i>	59
<i>Figura 31- Sorriso sem as próteses, vista frontal</i>	59
<i>Figura 32- Fotografia intra-oral, frontal em PIM</i>	63
<i>Figura 33- Fotografia intra-oral lateral esquerda em PIM</i>	63
<i>Figura 34- Fotografia intra-oral, lateral direita em PIM</i>	64
<i>Figura 35- Fotografia intra-oral oclusal mandibular</i>	64
<i>Figura 36- Fotografia intra-oral oclusal maxilar</i>	64
<i>Figura 37- Ortopantomografia</i>	64

<i>Figura 38- Fotografias extra-orais em PIM, em repouso e em sorriso.</i>	65
<i>Figura 39- Montagem do arco facial.</i>	66
<i>Figura 40- Montagem do modelo superior em articulador semiajustável.</i>	66
<i>Figura 41- Goteira de Relaxamento vista no interno.</i>	67
<i>Figura 42- Goteira de Relaxamento vista oclusal.</i>	67
<i>Figura 43 - Goteira de Relaxamento vista frontal</i>	68
<i>Figura 44 - Inserção Goteira de Relaxamento vista frontal</i>	68
<i>Figura 45 - Inserção Goteira de Relaxamento vista lateral.</i>	68
<i>Figura 46 - Fotografia intra-oral, frontal em PIM passados 15 dias.</i>	69
<i>Figura 47 - Fotografia intra-oral, lateral direita em PIM passados 15 dias</i>	69
<i>Figura 48 - Fotografia intra-oral lateral esquerda em PIM passados 15 dias</i>	69

3 Abreviaturas

AAP – *American Academy of Periodontology*

ADA – *American Dental Association*

BOP – *Bleeding on Probing*

INR – *International Normalized Ratio*

IRM – *Intermediate Restoration Material*

PIM – *Posição de Intercuspidação Máxima*

PSR – *Periodontal Screening and Recording*

RAC – *Relatório de Atividade Clínica*

RDC-TMD – *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*

RC – *Relação Centrica*

TER – *Tratamento Endodôntico Radical*

UCP – *Universidade Católica Portuguesa*

WHO – *World Health Organization*

Introdução

4 Introdução

A *World Health Organization* (WHO) definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente a ausência de uma doença ou enfermidade, assim o médico tem o dever civil e moral de avaliar o indivíduo na sua totalidade (1).

A Medicina Dentária, segundo a *American Dental Association* (ADA), é a área médica responsável pela avaliação diagnóstica, prevenção e/ou tratamento de doenças, desordens e/ou condições que afetam a cavidade oral, área maxilofacial e estruturas adjacentes (2). Juntamente com as outras áreas médicas, a Medicina Dentária, é uma das áreas responsável pela manutenção de saúde geral do indivíduo.

As doenças orais são comuns no mundo e representam um desafio relevante para a saúde pública. É suficiente dizer que, devido às mudanças demográficas, incluindo o crescimento populacional e o envelhecimento, o peso total das condições orais aumentou dramaticamente entre 1990 e 2015. O número de pessoas com condições orais não tratadas aumentou de 2,5 bilhões em 1990 para 3,5 bilhões em 2015, havendo portanto um aumento significativo de 64% (3).

A maioria das problemáticas orais envolvidas tem início na “cárie dentária” que não deve ser considerada uma doença, mas simplesmente uma lesão do esmalte de causa local, sem fatores etiológicos determinantes, porém provocada pelo desequilíbrio de fatores considerados fisiológicos, pertencentes à biodiversidade do ser humano e especificamente da cavidade oral (4).

A maneira como se conceitua a cárie dentária e os seus fatores etiológicos determina a escolha para estabelecer a estratégia preventiva de diagnóstico e tratamento. A cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dieta dependente, que produz uma desmineralização das estruturas dentárias. Esse conceito de cárie dentária está relacionado com a interação de fatores como dente suscetível, microrganismo e dieta, e pode ser representada classicamente pelo Diagrama de Keys (Figura 1) (5). Vários estudos epidemiológicos, mostram um outro fator que afeta muito a saúde oral do indivíduo, as doenças periodontais (6).

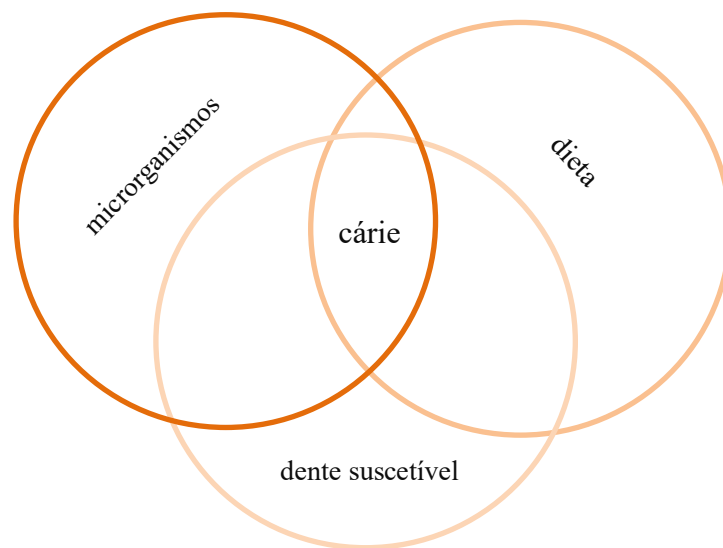


Figura 1- Diagrama de Keys

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, verificou-se que a maioria da população que procura os cuidados de saúde oral prestados pelos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, depara-se com sérias dificuldades económicas, constituindo uma barreira à execução de determinados tratamentos que envolvam custos mais elevados. O objetivo principal deste relatório, visa a apresentação e respetiva análise estatística descritiva dos dados referentes aos atos clínicos efetuados pelo binómio 9, durante o 5º ano, bem como apresentação de alguns casos clínicos realizados.

Materiais e Métodos

5 Material e Métodos

Para a execução deste relatório foi realizada uma breve revisão da literatura científica sobre cada área da Medicina Dentária, utilizando a base de dados *PubMed* e motor de busca *Google Scholar*, com apoio, nos livros mais importantes referentes a casa área clínica. A consulta, organização e citação das referências bibliográficas que sustentam este relatório, foram realizadas através do sistema de gestão de referências bibliográficas, *Zotero*® versão 5.0.60 de 2017.

Na recolha de dados para elaboração de análise estatística descritiva no *Excel*, foram incluídos os pacientes atendidos pelo binómio 9 durante o 5º ano na Universidade Católica Portuguesa de Viseu. Calculou-se o número total de consultas realizadas, procedendo-se a contabilização do número de consultas como operador e assistente, bem como apresentação dos dados clínicos referentes a cada área disciplinar.

Por fim, foi realizada a seleção da documentação referente aos casos clínicos diferenciados, com vista à exposição com recurso a fotografias e respetiva análise crítica. A recolha fotográfica foi realizada com uma máquina fotográfica *Canon*® modelo *DSLR-Digital Single-Lens Reflex*, com recurso a uma lente macro de 100 mm, utilizando as definições ISO 100, F 22, V 1/200, para as fotografias intra-orais e ISO 400, F 13, V 1/60, para as fotografias extra-orais.

Todos os casos documentados foram alvo de uma sucinta discussão clínica.

Resultados

6 Resultados

6.1 Dados da Atividade Clínica Geral

Nesta secção, será realizada a apresentação e respetiva análise estatística dos dados correspondentes à atividade clínica desenvolvida pelo binómio 9, binómio da autora, no decorrer dos dois semestres do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Viseu, durante os anos letivos de 2017/2018 e 2018/2019.

Esta amostra foi recolhida durante o período em que o binómio efetuou aulas clínicas nas áreas curriculares de: Dentisteria Operatória, Medicina Oral, Periodontologia, Endodontia; Odontopediatria, Prótese Removível, Cirurgia Oral, Prótese Fixa, Oclusão e Ortodontia. No total, o binómio efetuou 149 atos clínicos. A amostra foi determinada com o auxílio do programa informático utilizado na clínica universitária, o *Newssoft® 2.0*. Foi consultado o questionário referente à história clínica, periograma, odontograma e exames radiográficos. Os dados foram processados no *Microsoft Office® Excel 2016* e integrados no formato *Word* do mesmo sistema.

No total, foram realizadas 149 consultas de avaliação e recolha de dados e consultas de continuação de tratamento, das quais 75 atos foram como assistente e 74 como operadora, como apresentado no gráfico abaixo (Gráfico 1).

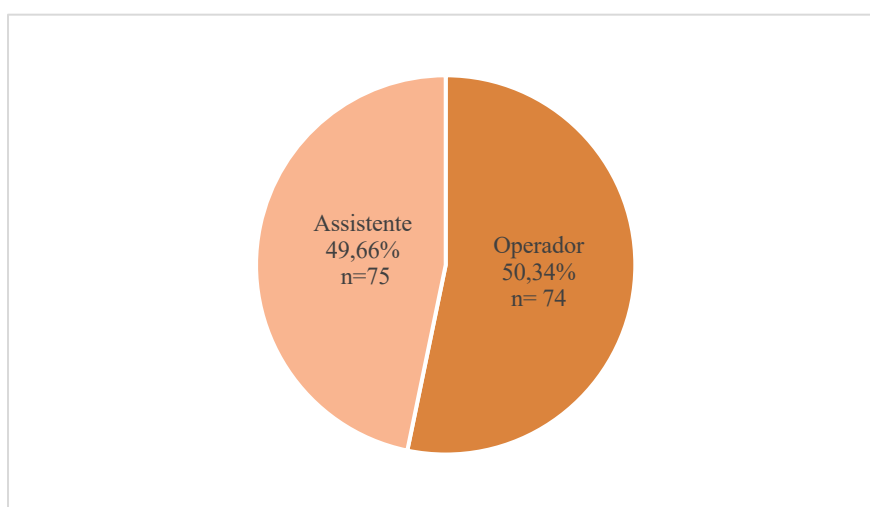


Gráfico 1 - Diferenciação de atos realizados como operador e assistente

À luz dos resultados obtidos verificou-se um equilíbrio entre os atos realizados como operadora e como assistente, é de salientar a importância tanto dos atos como operadora como dos atos como assistente, uma vez que o papel do assistente tem igual importância na formação e aprendizagem.

6.2 Distribuição segundo o género

Tendo em conta que, os pacientes atendidos, são reencaminhados pelas diferentes áreas disciplinares conforme as necessidades de tratamentos, salienta-se, a importância de uma boa relação operador-paciente e o facto de apresentar um número considerável de pacientes demonstrou uma boa relação entre operador-paciente.

Das 149 consultas totais como operadora e como assistente, foram atendidos 118 pacientes, 72 foram mulheres e 46 foram homens. O resultado obtido desta recolha enquadra-se perfeitamente com a literatura uma vez que as mulheres apresentam mais prevalência de lesões de cáries e têm mais cuidados com a saúde oral e geral do que os homens (7) (Gráfico 2).

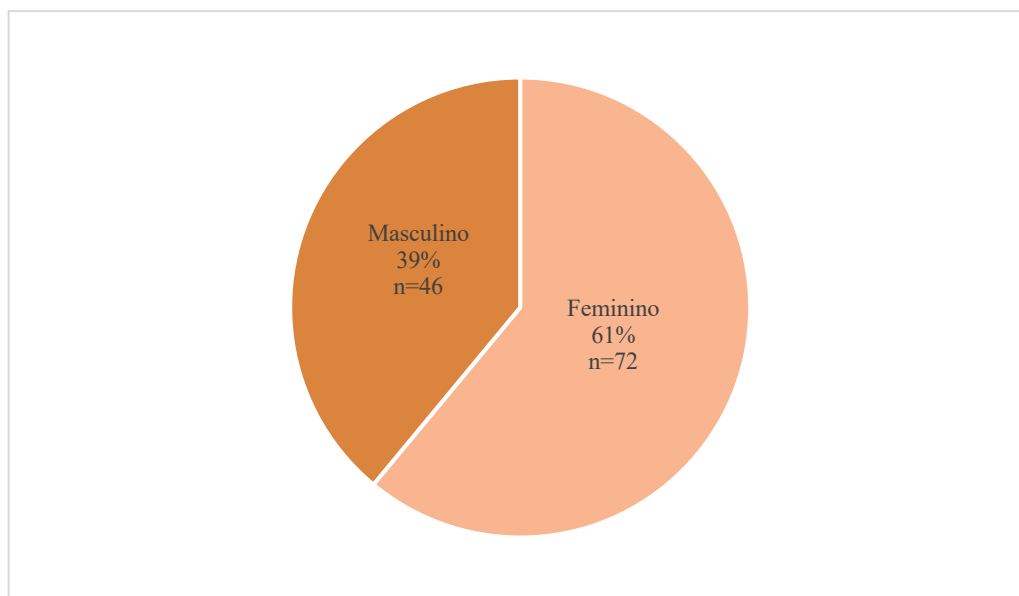


Gráfico 2 - Distribuição de percentagem dos pacientes por género

6.3 Hábitos de risco

O tabagismo é considerado um fator de risco para a saúde uma vez que os hábitos tabágicos influenciam negativamente a saúde geral e a saúde oral. Como são fatores etiológicos de diversas patologias da cavidade oral, procedeu-se à contabilização do número de pacientes fumadores e não fumadores, como se pode observar no gráfico abaixo (Gráfico 3).

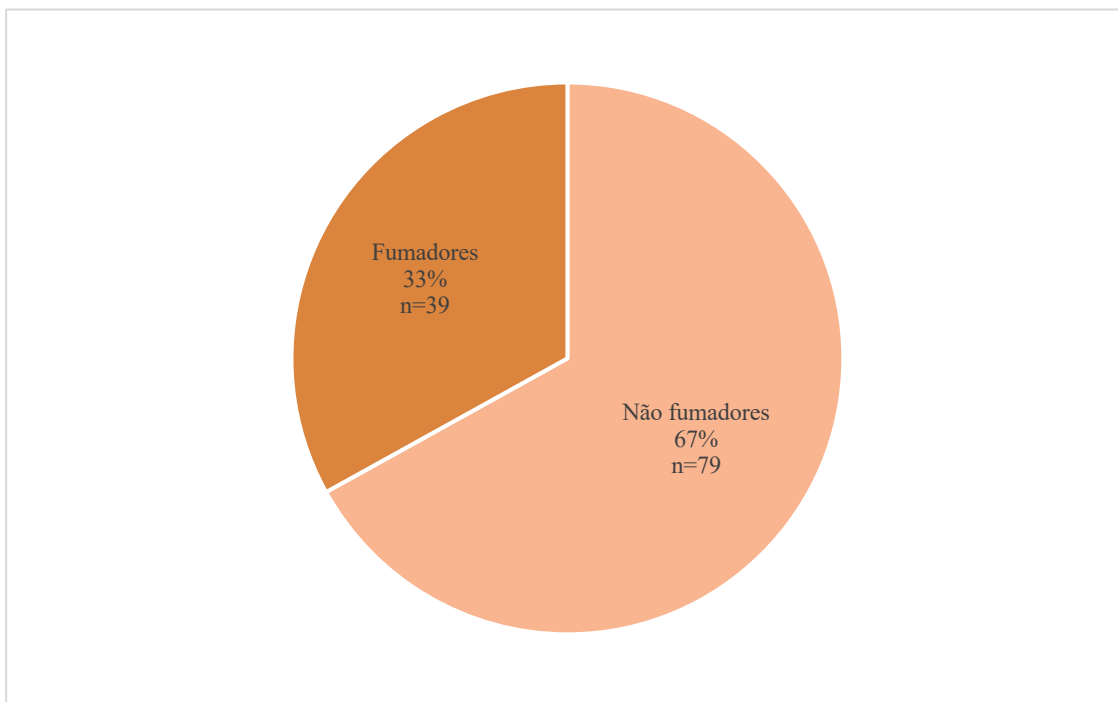


Gráfico 3- Distribuição dos pacientes fumadores

Verificou-se uma prevalência de pacientes não fumadores com uma percentagem de 67% e para os pacientes fumadores 33% como mostra o gráfico acima, respetivamente 79 pacientes resultaram não ser fumadores e 39 pacientes ser fumadores.

6.4 Fatores relacionados com hábitos de higiene oral

O hábito de escovagem dentária diária e a passagem de fio dentário são de extrema importância para a manutenção da saúde oral. Deste modo, foi questionado aos pacientes se nos hábitos do cuidado da saúde oral passa ou não o fio dentário. Uma pequena parte de pacientes (n=26) usam

o fio dentário diariamente, representando assim 22% dos pacientes atendidos pela autora, percentagem representada no Gráfico 4.

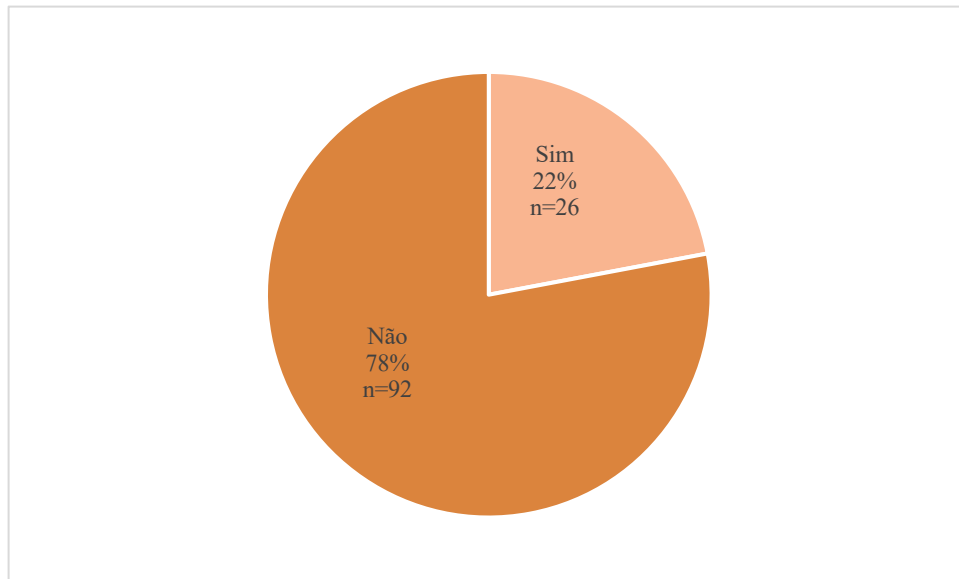


Gráfico 4- Distribuição da percentagem dos pacientes que utilizam fio dentário

A maioria dos pacientes (n=92; 78%) refere não utilizar o fio dentário diariamente, portanto este resultado leva a uma preocupação com a saúde oral uma vez que uma correta higiene oral quotidiana leva à diminuição de doenças orais e sistêmicas.

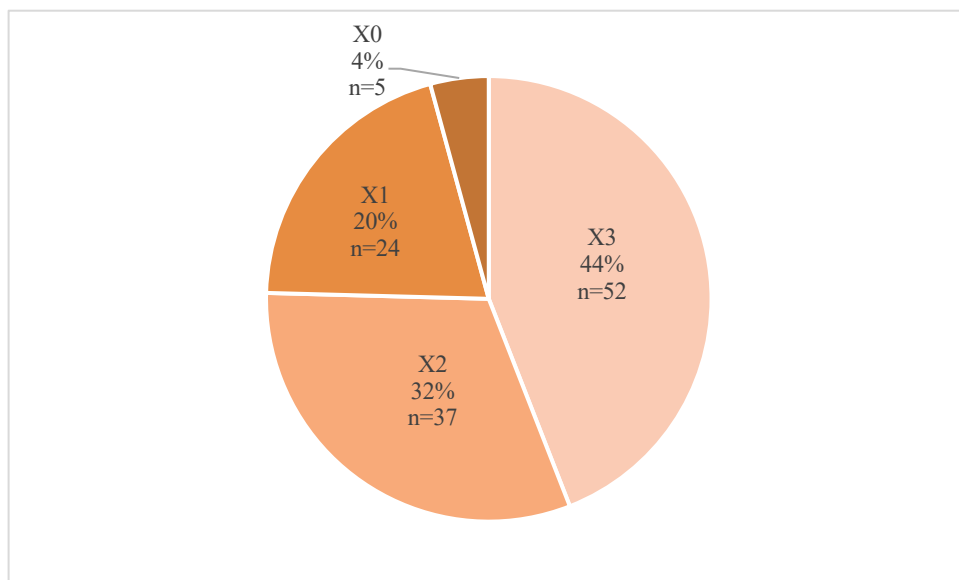


Gráfico 5- Distribuição de percentagem de escovagens diárias

A Direção Nacional de Saúde também recomenda o uso de fio dentário diariamente a acompanhar cada higienização oral, no entanto, os resultados recolhidos pela autora demonstraram uma correspondência, de facto, com as recomendações de higiene oral. Em relação a prevalência de escovagens diárias, como mostra o gráfico acima (Gráfico 5) houve uma prevalência maior de 3 escovagens diárias, correspondendo a 52 pacientes que representam o 44% dos pacientes atendidos pela autora. Em comparação com o uso de fio dentário considera-se um bom resultado.

6.5 Caracterização da amostra segundo cada área disciplinar

No que concerne ao número de consultas realizadas por área disciplinar, verificou-se um elevado número de consultas referentes às áreas de Prótese Removível, Periodontologia e Dentisteria Operatória. No gráfico abaixo (Gráfico 6) pode-se observar o número de consultas realizadas por cada área disciplinar tanto como atos de operadora como de assistente.

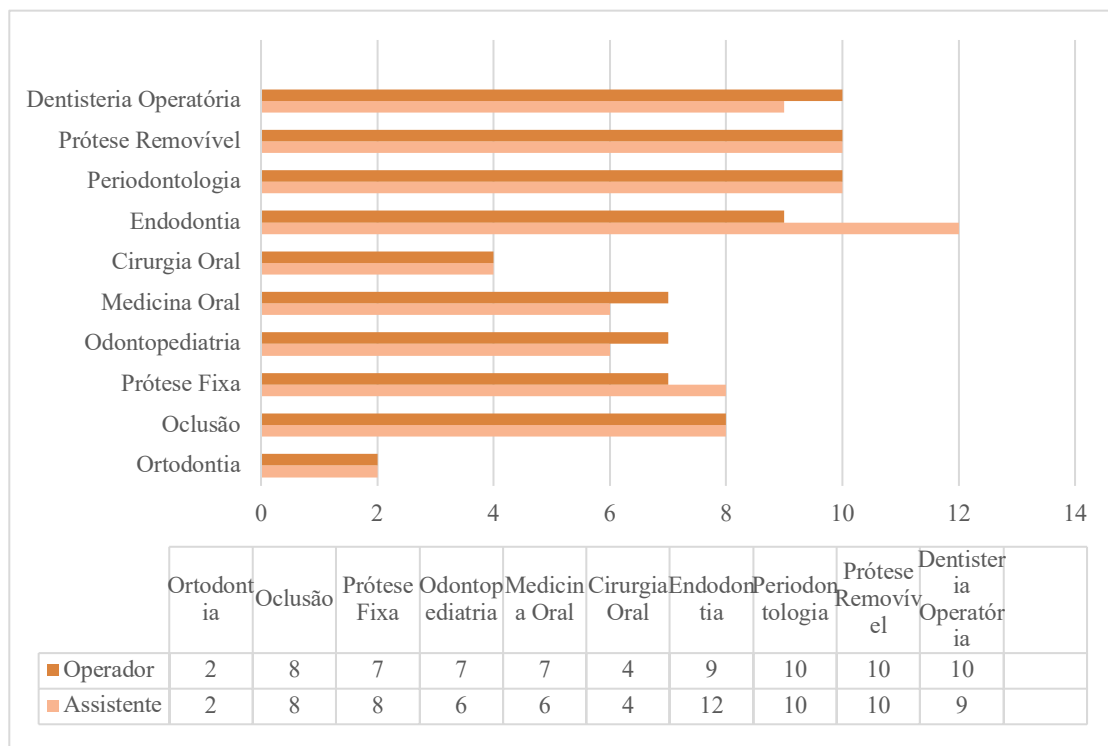


Gráfico 6- Distribuição do número de consultas por área disciplinar

Um dos aspetos negativos a salientar no decorrer da atividade clínica, relaciona-se com a discrepância do número elevado de horas disponíveis de cada área clínica disciplinar com as

horas reais de trabalho por causa de falta de marcações por parte de pacientes, por desmarcações ou faltas. Foram contabilizadas as desmarcações e faltas de pacientes após a confirmação das consultas, por horas de consultas disponíveis em relação ao número total de horas de consultas realizadas durante as consultas do 5º ano, como se pode observar no gráfico abaixo (Gráfico 7).

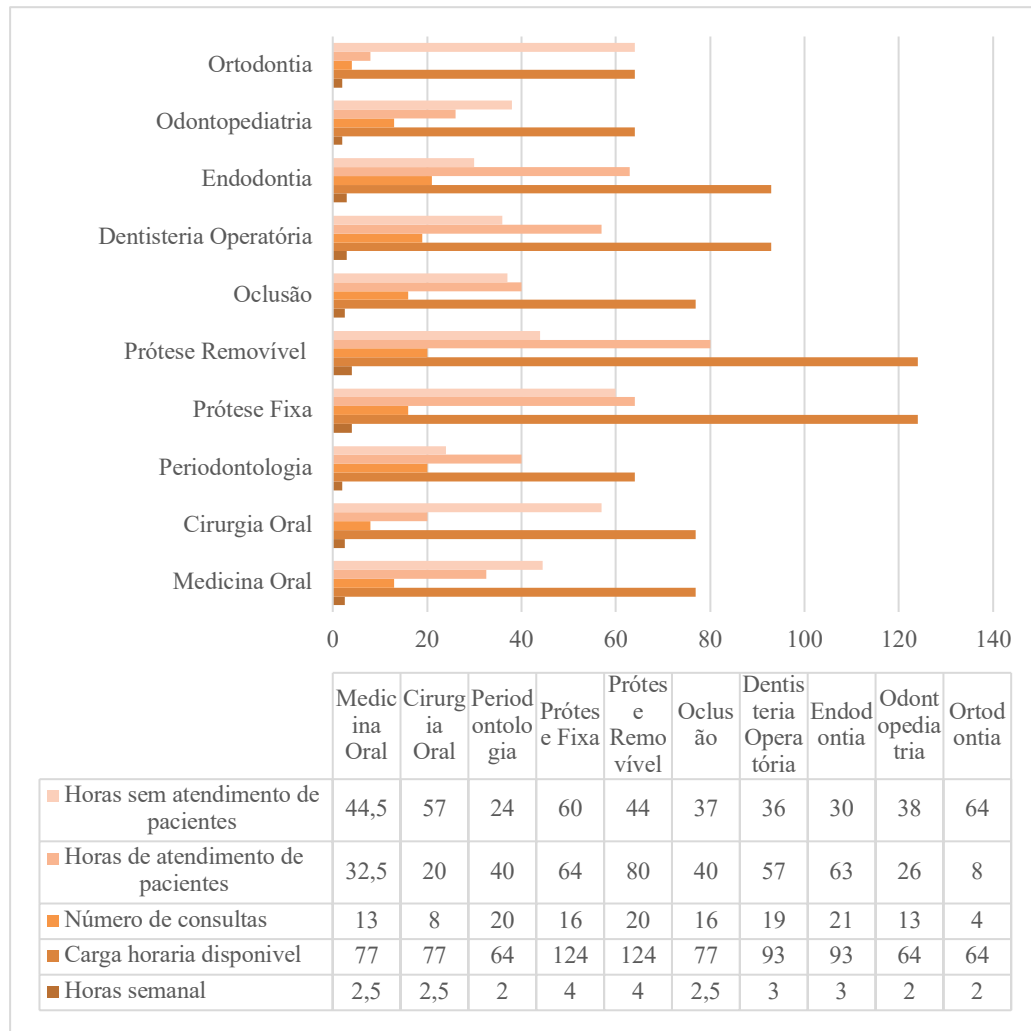


Gráfico 7- Distribuição de horas de cada área clínica disciplinar

6.5.1 Medicina Oral

A Medicina Oral, é uma especialidade médico-dentária com o objetivo de fornecer diagnósticos e cuidados a pacientes com uma variedade de condições que afetam a região orofacial, sejam desordens locais ou condições relacionadas com doenças sistêmicas.

Um especialista em Medicina Oral é um médico dentista com formação especializada no diagnóstico e tratamento cirúrgico e não cirúrgico de doenças orais em pacientes com condições médicas complexas. O especialista trata de condições com doença da mucosa oral, disfunção das glândulas salivares, manifestações orais da doença sistêmica e dor orofacial (8).

Na Clínica Dentária Universitária, é a área disciplinar responsável pela triagem dos pacientes, ou seja, pela elaboração da histórica clínica, exame físico, diagnóstico diferencial de patologias existentes, plano de tratamento e orientação do paciente para as áreas referentes a esse plano. Um Médico Dentista, tem a responsabilidade de obter todos os dados relevantes da história médico-dentária do paciente, bem como saber realizar todas as etapas anteriormente enunciadas, pois são imprescindíveis para a realização do correto diagnóstico e plano de tratamento (9).

A autora realizou um total de 13 consultas na área de Medicina Oral, das quais 6 foram como assistentes e 7 como operadora, como se pode verificar no gráfico abaixo (Gráfico 8). Nas consultas efetuadas, não se encontrou nenhuma patologia relevante, tendo-se apenas realizado diagnóstico e encaminhamento para as áreas clínicas envolvidas no plano de tratamento.

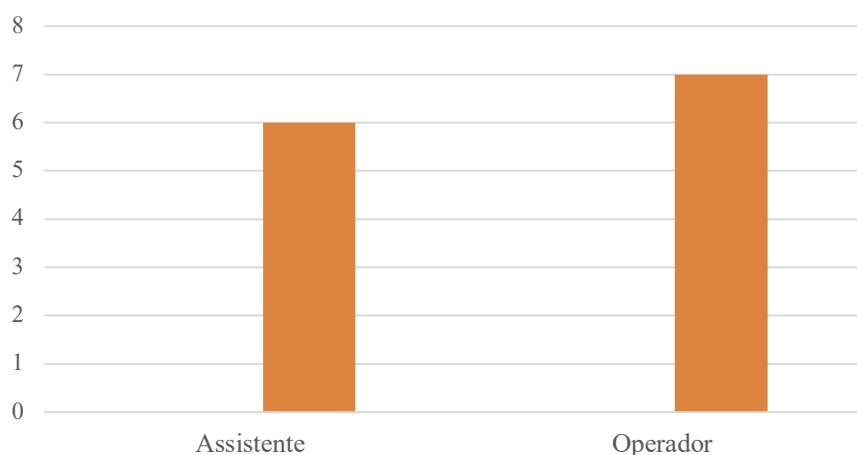


Gráfico 8- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Medicina Oral

6.5.2 Periodontologia

A Periodontologia, é uma área da Medicina Dentária que tem como base o estudo e manutenção da saúde do periodonto. O periodonto, é responsável por manter os dentes firmemente implantados na maxila e na mandíbula. Apesar de constituir uma unidade biológica e funcional, é composto por quatro componentes: a gengiva, o ligamento periodontal, o cemento e o osso alveolar (10,11).

A gengiva pertencente à mucosa oral mastigatória, assume a função de recobrimento e proteção do processo alveolar e da zona cervical dos dentes. A cor de uma gengiva saudável assemelha-se ao rosa-coral (10). Histologicamente, a gengiva é composta por duas camadas principais: o epitélio e o tecido conjuntivo. Macroscopicamente, poderá ser dividida em duas partes: gengiva marginal e gengiva aderida(11). Esta última, situa-se entre a linha muco-gengival e a gengiva marginal.

O sulco gengival assume uma forma de V, sendo que confina por uma parede de tecido duro (o dente) e uma parede de tecido mole (gengiva marginal). A profundidade do sulco, é avaliada com recurso a uma sonda periodontal e constitui uma ajuda importante para o diagnóstico de patologia periodontal. Um sulco clinicamente saudável apresenta-se com uma profundidade de 2 a 3 mm. Uma profundidade superior a estes valores é sinónimo de patologia (12).

Na Clínica Dentária Universitária da UCP de Viseu, as consultas de avaliação dos pacientes constam de uma fase de estudo diagnóstica e de uma fase higiénica, seguidos por consultas de controlos.

A **fase de diagnóstico** começa com a avaliação do periodonto do paciente através de uma sonda periodontal milimétrica e preenchimento do Periodontograma, no qual vamos registar os seguintes parâmetros: Profundidade de sondagem, medida das recessões, grau de mobilidade dentária, envolvimento de furca.

Índice de sangramento ou ‘*Bleeding On Probing*’ (BOP), índice de placa e reenchimento do ‘*Periodontal Screening and Recording*’ (PSR). Como apoio para completar ao diagnóstico podemos utilizar a ortopantomografia, a radiografia periapical ou realização de um *status* radiográfico.

Durante a **fase higiénica** é realizada a instrução e motivação para a higiene oral e a destartarização usando instrumentação sónica e curetas de *Gracey*. Por fim faz-se o polimento usando escovas e instrumentação rotatória. Para os pacientes que apresentam um periodonto saudável as consultas para controlo, são marcadas de 6 em 6 meses. No caso de pacientes que apresentam doença periodontal as marcações são agendadas em períodos mais curtos para tentar ajudar a reabilitação o mais cedo possível, ou seja 6 semanas, e 3 em 3 meses.

Inúmeras mudanças foram feitas nas antigas classificações sobre as doenças periodontais, mas a que criou menos dúvidas é a classificação que foi desenvolvida em 1999, pela *American Academy of Periodontology* (AAP) (11,13).

A classificação do *American Academy of Periodontology* (1999) é assim constituída por (11,14) :

- Gengivites
 - Induzida por placa
 - Não induzida por placa
- Periodontite Crónica
 - Localizada
 - Generalizada
- Periodontite Agressiva
 - Localizada
 - Generalizada
- Periodontite como manifestação de doença sistémica
- Doença Periodontal Necrotizante
 - Gengivite Ulcerativa Necrotizante
 - Periodontite Ulcerativa Necrotizante
- Abcesso Periodontal
- Periodontite associada a lesões endodónticas
- Condições de desenvolvimento ou adquiridas

As doenças periodontais mais prevalentes na Clínica Dentária Universitária são a **Gengivite induzida pelo biofilme** e a **Periodontite Crónica**.

Apesar de serem ambas situações de inflamação de tecido periodontais, na Periodontite Crónica, verifica-se perda de inserção e perda de osso alveolar (14). Assim , a severidade da Periodontite Crónica é caracterizada a partir da perda de inserção em milímetros (11,15) :

- Leve com perda de inserção de 1 a 2 mm
- Moderada com perda de inserção de 3 a 4 mm
- Severa ou Grave com perda de inserção superior a 5mm.

Em relação, à quantidade das peças dentárias afetadas, a Periodontite Crônica poderá ser classificada em localizada, quando afeta menos de 30% das peças dentárias e generalizada, quando afeta mais de 30% das peças dentária (11).

No mês de junho de 2018, foi lançado o *Proceedings do Workshop Mundial* para a classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares, o qual ocorreu de 9 a 11 de novembro de 2017 em Chicago, nos Estados Unidos (15).

Foi elaborada uma guia prática para a nova classificação, elencando os principais pontos dos relatos de consenso dos grandes grupos:

❖ Grupo 1: Saúde periodontal, condições e doenças gengival:

- Gengivite associada somente ao biofilme;
- Mediada por fatores de risco sistêmicos ou locais;
- Associada a medicamentos para aumento de tecido gengival.

❖ Grupo 2: Periodontite é classificada de acordo com seu **estágio** e o seu **grau**.

A classificação de Estágio está relacionada com a severidade da doença:

- Estágio I: 1-2 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal, profundidade de sondagem até 4 mm;
- Estágio II: 3-4 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal, profundidade de sondagem até 5 mm;
- Estágio III: 5mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz;
- Estágio IV: 5mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz, mais perda dental de 5 ou mais dentes devidos à periodontite.

a) O grau reflete as evidências, ou o risco, de progressão da doença e seus efeitos na saúde sistêmica:

- Grau A – progressão lenta
- Grau B – progressão moderada
- Grau C – progressão rápida

Nesta área disciplinar foram realizadas 20 consultas das quais 10 como assistente e 10 como operador, como se pode verificar no gráfico 9.

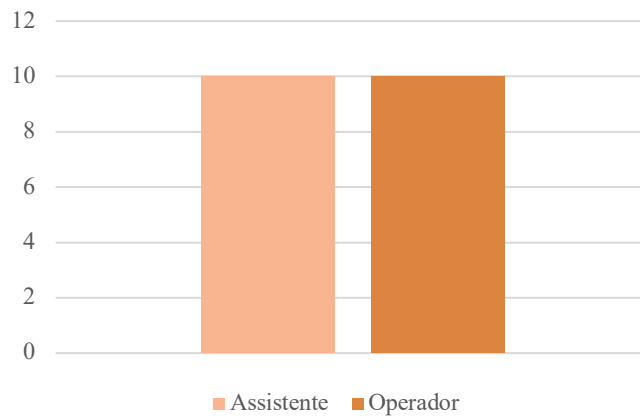


Gráfico 9- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Periodontologia

Relativamente à prevalência de diagnósticos obtidos nesta área disciplinar, verificou-se que entre as consultas realizadas como operadora (10 consultas) houve uma prevalência dos estágios II e III respetivamente, como se pode verificar no gráfico abaixo (Gráfico 10), correspondendo, portanto, aos 30% das consultas quer para o estágio II quer para o estágio III.

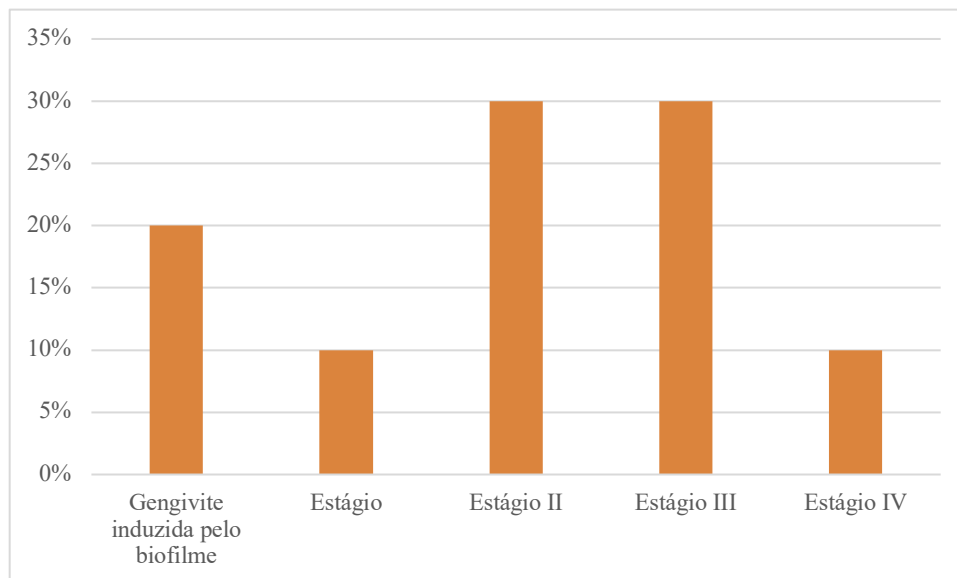


Gráfico 10- Distribuição de diagnósticos obtidos em consultas como operadora

6.5.3 Dentisteria Operatória

A Dentisteria Operatória, é uma das áreas que faz parte da grande equipa de disciplinas da área da Medicina Dentária que preste atenção à estética, à restauração da forma e da função dos dentes cariados, fraturados, com malformações ou estética não satisfatória. Por este razão, a Dentisteria Operatória é uma das disciplinas que, na Clínica Dentária Universitária, conta de muitas consultas devido às queixas por parte dos pacientes devido à dor provocada por cárie dentária.

A cárie dentária, é caracterizada pela desmineralização ácida dos tecidos duros dentários (esmalte e dentina) e assume uma etiologia multifatorial (5,11,13) :

- Suscetibilidade do dente (morfologia, textura);
- Dieta;
- Tempo;
- Flora Oral.

O complexo dentinho-pulpar, reage aos estímulos externos nocivos, quer seja por trauma ou infeção, como é o exemplo de uma cárie dentária. Essa reação pode ser caracterizada por produção de dentina reparadora e inflamação pulpar (pulpite) que irá culminar em sintomatologia dolorosa (13).

A pulpite pode ser: reversível ou irreversível. O que caracteriza a pulpite reversível é a presença de dor provocada, geralmente por estímulos frios, que dura apenas alguns segundos. A pulpite irreversível, por outro lado é caracterizada pela dor provocada ou espontânea que pode demorar alguns segundos, minutos ou até mesmo horas (13,14).

Quando estamos perante um dente com um estado de pulpite reversível, normalmente, podemos avançar com o tratamento de restauração definitiva. Contrariamente, quando se encontra uma pulpite irreversível, ou seja temos que optar pelo tratamento endodôntico radical TER(14). No entanto, quando estamos perante a um estado de pulpite de transição, podemos ter dúvidas no diagnóstico, pelo que será melhor optar pelo tratamento de espera no qual se poderá realizar proteção pulpar direta ou indireta.

Foram realizadas 19 consultas pela autora das quais 9 como assistente e 10 como operador, como se pode verificar no gráfico 11.

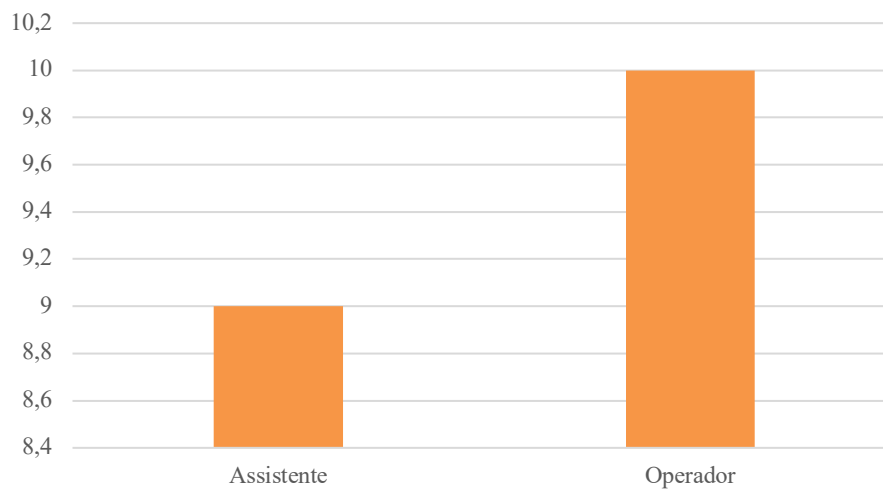


Gráfico 11- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Dentisteria Operatória

Relativamente aos motivos de consultas em Dentisteria Operatória, das 19 consultas realizadas, verificou-se que a cárie dentária era o principal motivo de consulta, por isso 17 consultas foram tratamentos de cárie correspondendo ao 89% das consultas realizadas nesta área disciplinar, e as 2 restantes foram consultas de estética como se pode verificar no Gráfico 12.

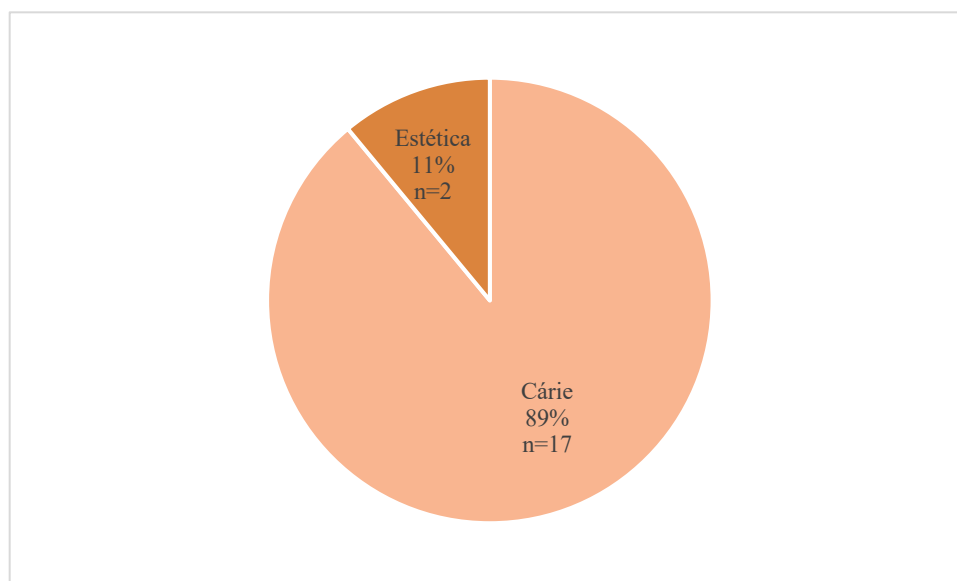


Gráfico 12- Motivos das consultas de Dentisteria Operatória

No que concerne as classes de preparo cavitário executado, foram realizadas 5 classes I, 5 classes II, 3 classes III, 3 classes IV e 3 classes V, como se pode observar no gráfico abaixo (Gráfico 13).

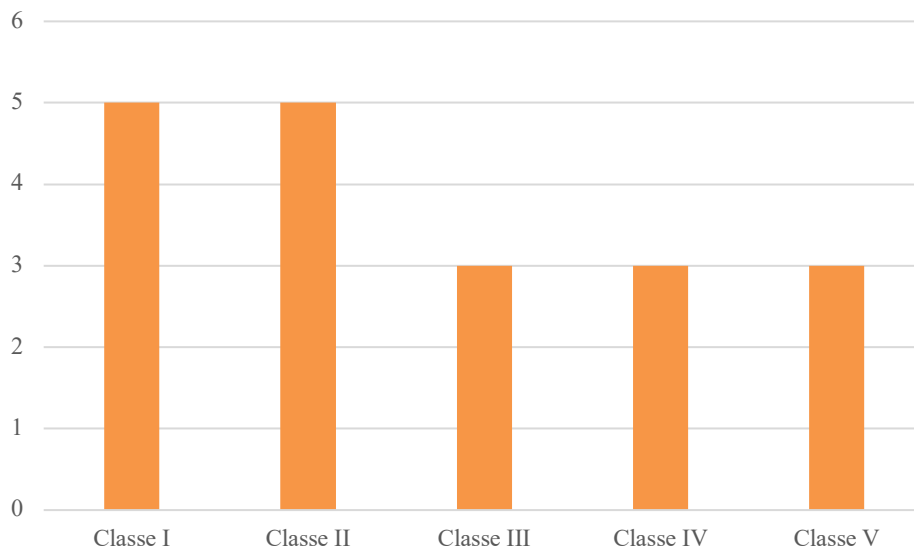


Gráfico 13- Distribuição dos preparos dentários executados

Relativamente ao material utilizado para as restaurações, verificou-se que na maioria das restaurações foi utilizada resina composta (*Synergy D6* da Coltene) ou seja das 19 consultas realizadas, em 18 foi utilizada resina composta e só em 1 consulta foi realizada uma restauração provisória com o IRM do DentSply (Gráfico 14).

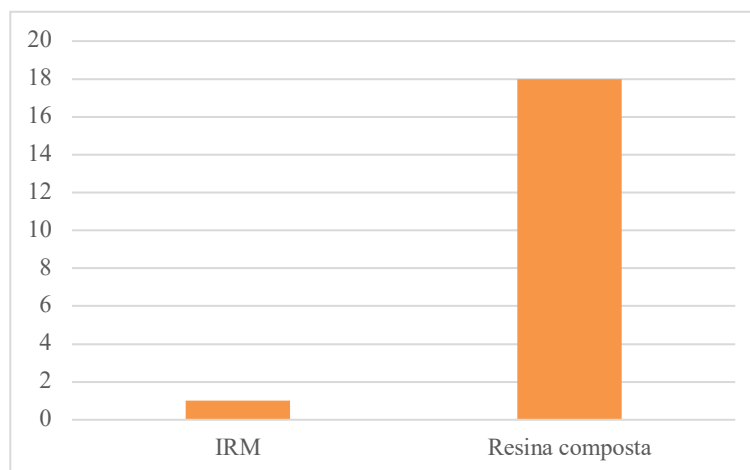


Gráfico 14- Distribuição dos materiais utilizados nas consultas de Dentisteria Operatória

Em relação ao tipo de cavidades realizadas, nos 19 atos realizados como operadora, houve uma prevalência de cavidade de tipo Classe I, respectivamente com 3 atos, como se pode observar no Gráfico 15 que segue.

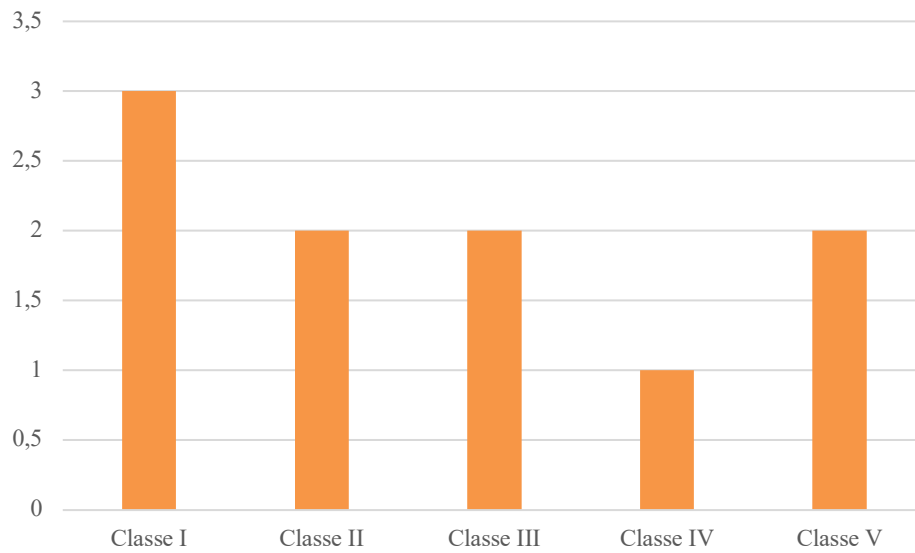


Gráfico 15- Diferenciação de atos realizados como operador na área de Dentisteria Operatória

6.5.4 Endodontia

A Endodontia, é a área da Medicina Dentária responsável pelo estudo da morfologia da cavidade pulpar, que engloba a câmara pulpar e os canais radiculares, bem como trata das patologias que afetam a polpa dentária, o tratamento destas e das repercussões relacionadas como os tecidos periapicais (15).

Esta área precisa de mais atenção porque requer uma análise cuidadosa para estabelecer o estado da câmara pulpar. Assim, é possível avançar com o tratamento endodôntico, realizado quando a polpa dentária se encontra num estado de inflamação irreversível (pulpite irreversível), ou no caso que achamos que há perda de vitalidade pulpar, (necrose) (15).

Na Clínica Dentária Universitária, a prática clínica nesta área, começa na confirmação do diagnóstico elaborado nas outras áreas clínicas como primeira consulta, analisando a sensibilidade com os testes térmicos e com a interpretação do exame radiográfico. Após a confirmação do diagnóstico, é realizado o tratamento endodôntico através da instrumentação manual, pela técnica telescópica e obturação por compactação lateral de guta-percha.

O tratamento endodôntico compreende duas fases: a instrumentação canal e obturação. Sendo que o objetivo principal para o sucesso do TER é a desinfecção e o selamento hermético dos canais radiculares. Resumindo, considera-se que um tratamento endodôntico bem feito é aquele no qual se verifica ausência de sintomatologia e sinais de processo patológico perirradiculares (16,17).

Foram realizadas 21 consultas das quais 12 como assistente e 9 como operador, como se pode verificar no Gráfico 16.

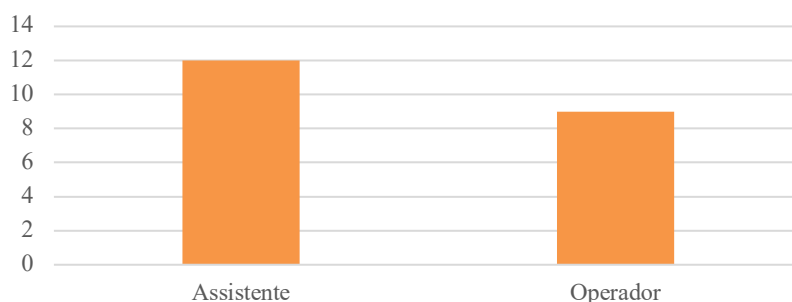


Gráfico 16- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Endodontia

Relativamente aos motivos de consulta em Endodontia, verificou-se que a necrose pulpar era o principal motivo de consulta, como se pode observar no Gráfico 17, com uma prevalência de 81% (n=17).

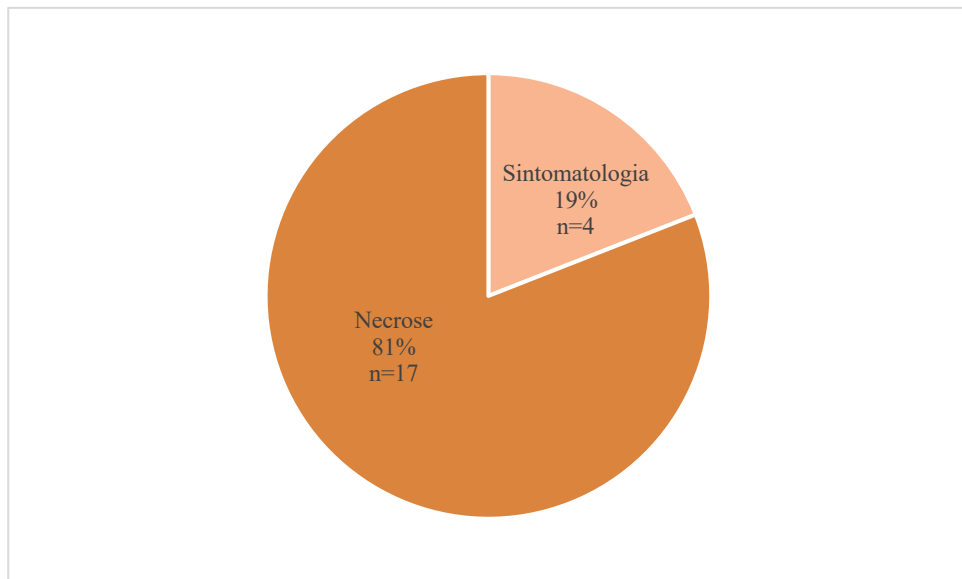


Gráfico 17- Motivos das consultas em Endodontia

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operadora, foram realizadas 4 consultas de preparação químico-mecânica, 1 consulta de obturação e 4 tratamentos de espera como se pode observar no Gráfico 18.

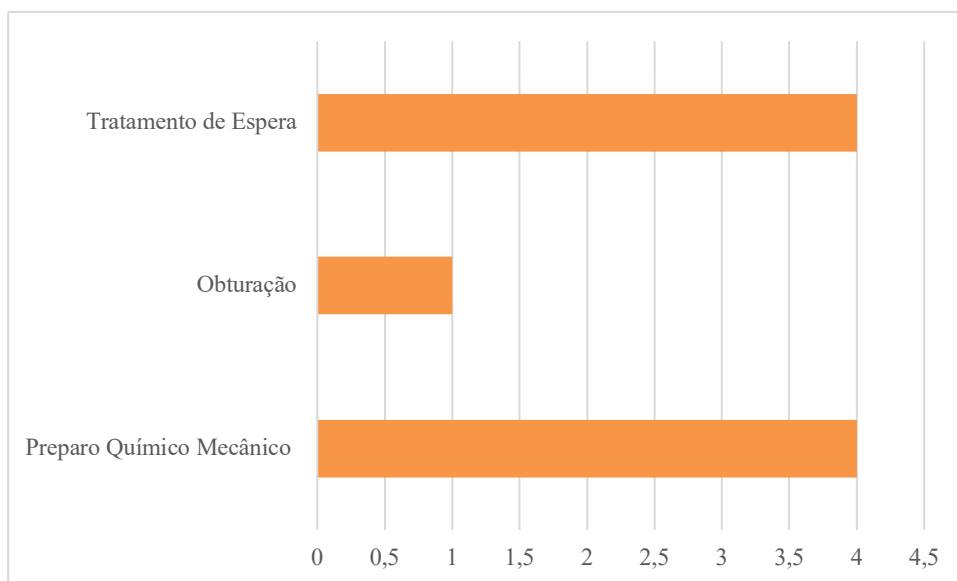


Gráfico 18- Distribuição de atos realizados como operador na área de Endodontia

6.5.5 Odontopediatria

A Odontopediatria é uma das áreas da Medicina Dentária e, segundo a *American Academy of Dentistry* reconhece que a figura do Odontopediatra profissional desempenha um papel importante na faixa etária até aos 18 anos. Nesta área clínica realiza-se o diagnóstico, a prevenção e a estabilização do tratamento dos problemas orais e dentários. A intervenção odontológica deve ser realizada imediatamente e deve ser eficaz (18).

Além do diagnóstico e da prevenção, no que se baseia a Odontopediatria é essencialmente no controle do comportamento das crianças. O que diferencia as crianças do adulto é o seu aspeto físico, social, cognitivo e emocional (19).

A prevenção é um fator muito importante na vida de uma criança para um correto desenvolvimento da mesma, e distúrbios como: a cárie dentária, a doença periodontal, os distúrbios da mineralização, os distúrbios na cronologia da erupção ou as lesões traumáticas, são elementos a ter em consideração durante a consulta (19).

Foram realizadas 13 consultas das quais 6 como assistente e 7 como operador, como se pode verificar no Gráfico 19.

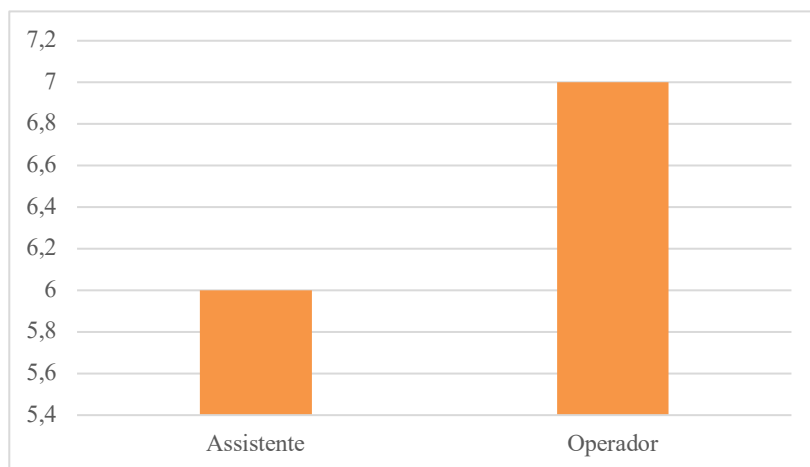


Gráfico 19- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Odontopediatria

Relativamente aos tipos de tratamentos realizados em Odontopediatria, foram executadas 4 restaurações classe I, 3 restaurações classe IV, 2 restaurações provisórias, 1 destartarização e 3 aplicação de selante de fissuras como se pode observar no Gráfico 20.

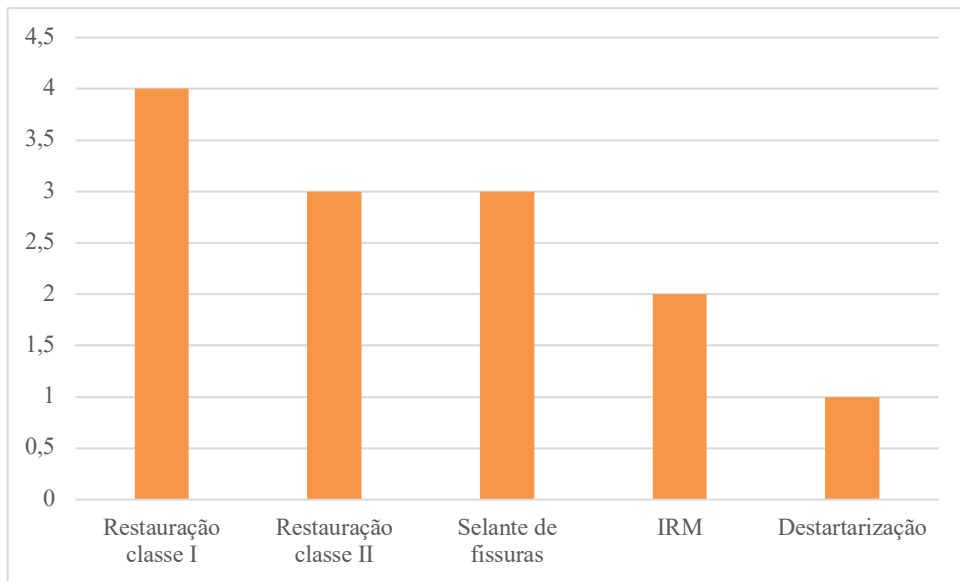


Gráfico 20- Tratamentos realizados nas consultas de Odontopediatria

Relativamente aos tipos de tratamentos realizados como operador nas consultas de Odontopediatria, foram executadas 4 restaurações Classe I, 1 restauração provisória, 1 destartarização e 1 aplicação de selante de fissuras como se pode observar no Gráfico 21.

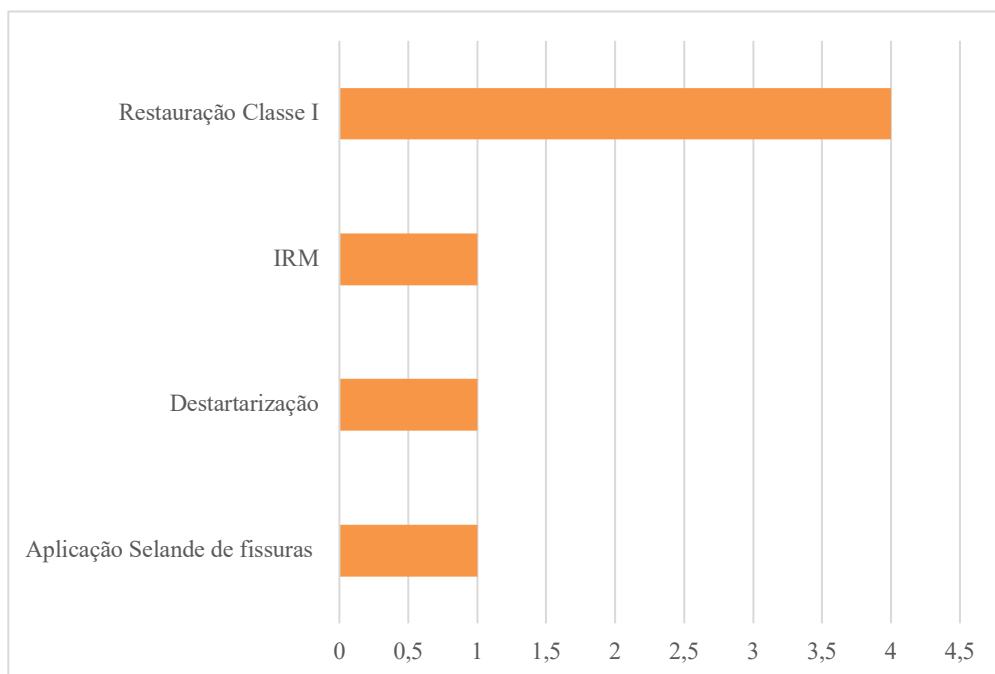


Gráfico 21- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Odontopediatria

6.5.6 Oclusão

A Oclusão, é a área da Medicina Dentária responsável pelo estudo, diagnóstico e tratamento de distúrbios que envolvem a unidade funcional mais complexa de um indivíduo, designado sistema estomatognático. Este, inclui estruturas tais como, ossos, músculos e dentes. Segundo *Jeffrey P. Okeson*: “os movimentos coordenados entre estas estruturas maximizam a eficácia da função, minimizando os danos inerentes a cada uma delas” (20).

Das três funções principais do sistema estomatognático (mastigação, deglutição e fala), a mastigação é a mais influenciada pelo esquema oclusal. Os 32 dentes que constituem a dentição humana, distribuem-se em duas arcadas, os dentes anteriores (incisivos e canino) assumem a função de corte dos alimentos e os dentes posteriores assumem a função de fragmentação dos alimentos em partículas cada vez mais pequenas, para serem facilmente deglutidas (21).

Durante a fase de trituração o movimento mandibular é guiado pelas superfícies oclusais dos dentes até à Posição de Intercuspidação Máxima (PIM). Enquanto a PIM consiste no máximo contacto dentário entre dentes oponentes, a Relação Centrica (RC) é uma posição articular reprodutível e músculo-esquelética mais estável (22,23).

Na Clínica Dentária Universitária, a consulta de Oclusão baseia-se na avaliação das estruturas que caracterizam o sistema mastigatório, através do preenchimento do *TMD Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) (21), para diagnóstico de disfunções temporomandibulares e consequente elaboração de um plano de tratamento, se assim for necessário.

Foram realizadas 16 consultas das quais 8 como assistente e 8 como operador, como se pode verificar no Gráfico 22

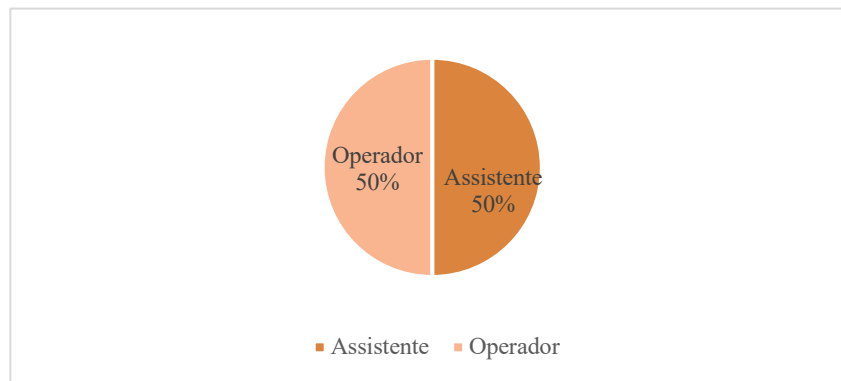


Gráfico 22- Distribuição de atos realizados como assistente e operador nas consultas de Oclusão

Relativamente aos tipos de consultas em Oclusão, foram realizadas 3 consultas de avaliação com preenchimento de RDC/TMD, 3 consultas de apresentação do plano de tratamento e orçamento, 2 consultas de montagem em articulador, 4 consulta de urgência e 2 consulta de inserção da goteira de relaxamento e 2 consulta de controlo como se pode observar no Gráfico 23.

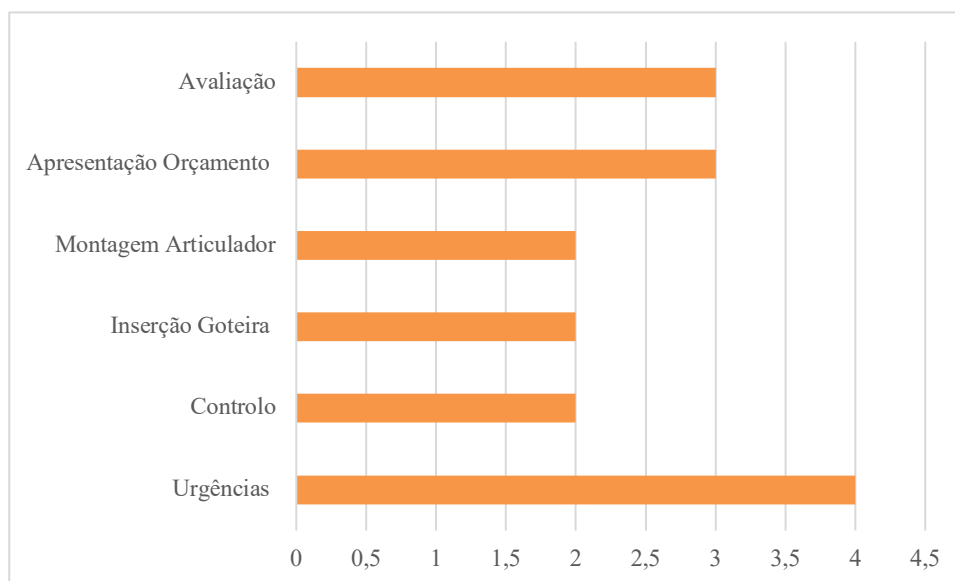


Gráfico 23- Tratamentos realizados nas consultas de Oclusão

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas 2 consulta de avaliação, 1 consulta de apresentação do orçamento, 1 consulta de montagem em articulador, uma consulta de inserção de goteira, 1 consulta de controlo e 2 consultas de urgência, como se pode observar no Gráfico 24.

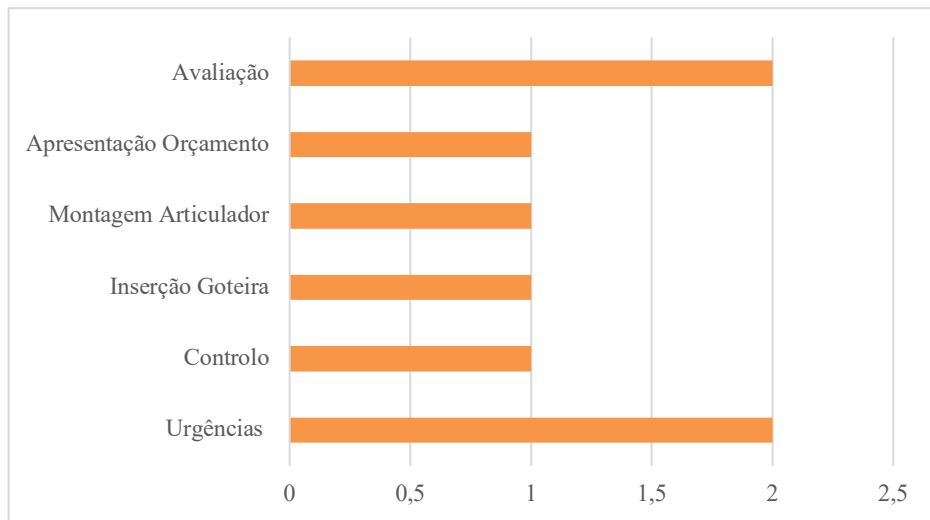


Gráfico 24- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Oclusão

6.5.7 Ortodontia

A Ortodontia é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico, prevenção, interceção, orientação e correção das más relações entre as estruturas orofaciais, desenvolvida ou em desenvolvimento (24).

Na Clínica Universitária, os focos principais da Ortodontia baseiam-se no diagnóstico e tratamento intercetivo.

O diagnóstico é obtido através do estudo ortodôntico que envolve a análise fotográfica, a análise dos modelos de estudo, a análise da ortopantomografia, a análise da telerradiografia e consequente análise cefalométrica do paciente em questão. A Classificação das mal oclusões de Angle, continua a ser a mais aceite segundo a literatura científica (25):

- **Classe I** - Primeiros molares normalmente posicionados;
- **Classe II** – Primeiros molares inferiores distoposicionados;
- **Classe III** – Primeiros molares inferiores mesioposicionados.

Como o alinhamento dentário correto é extremamente raro, considera-se muitas vezes na literatura científica que a Classe I é a base da oclusão ideal (25).

O tratamento intercetivo tem como objetivo principal prevenir ou reduzir a possibilidade de ocorrência de uma má oclusão na dentição permanente. As mordidas cruzadas anteriores e posteriores, as mordidas abertas anteriores, os hábitos deletérios, as perdas dentária precoces e as classes III são exemplos de problemas que requerem a realização de tratamento intercetivo (25).

Nesta área disciplinar foram realizadas 4 consultas, das quais 2 como assistente e 2 como operadora (Gráfico 25). Relativamente aos tipos de consultas em Ortodontia, foram realizadas: 2 consultas de avaliação ortodôntica: uma consulta com a avaliação do paciente e análise da ortopantomografia, e a outra consulta com a análise dos modelos e com análise fotográfica. Para além das duas consultas de avaliação ortodôntica foram realizadas mais duas consultas de apresentação de estudo ortodôntico, como se pode observar no Gráfico 26.

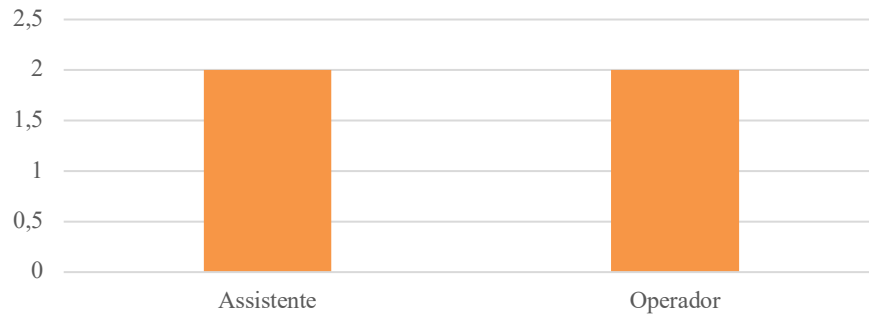


Gráfico 25- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Ortodontia

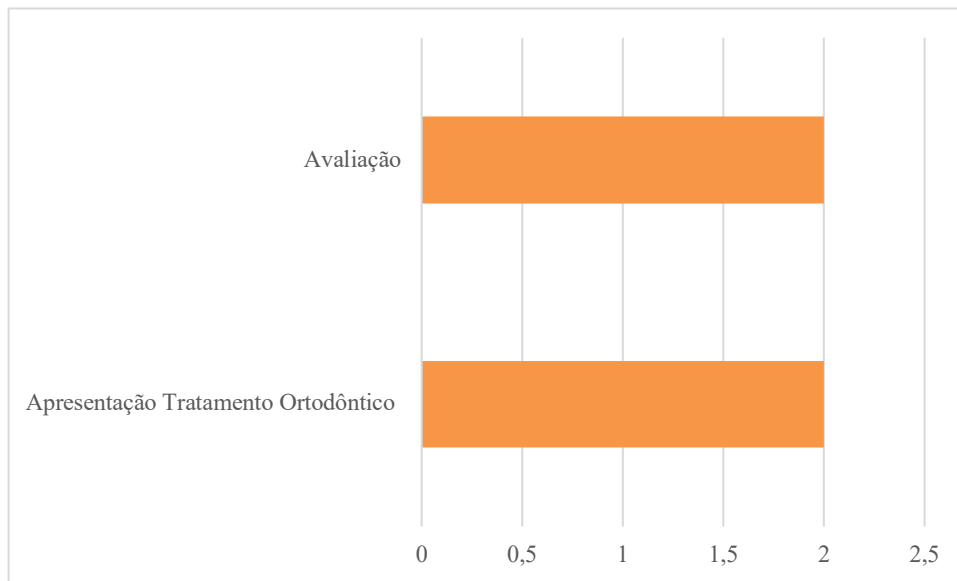


Gráfico 26- Tratamentos realizados nas consultas de Ortodontia

No que concerne aos tipos de atos clínicos como operadora, foram realizadas duas consultas de avaliação ortodôntica e uma consulta de apresentação de estudo ortodôntico (Gráfico 27).

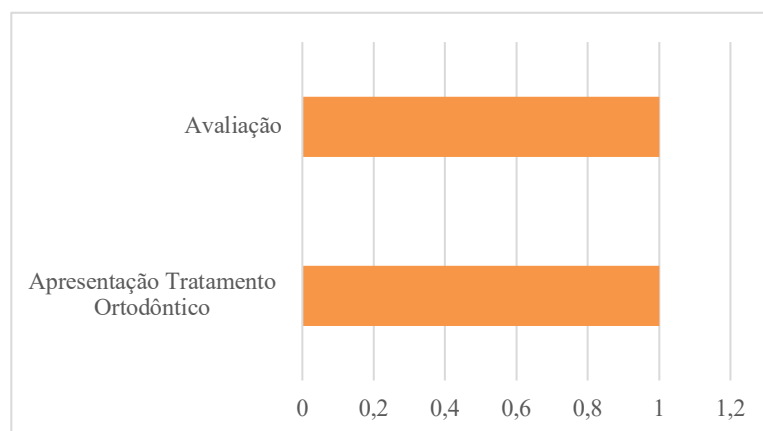


Gráfico 27- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Ortodontia

6.5.8 Prostodontia Removível

A Prostodontia Removível é a área da Medicina Dentária responsável pela reabilitação oral, estética e funcional dos pacientes desdentados, com recurso às próteses parciais ou totais removíveis (26).

Os indivíduos que recorrem a este tipo de reabilitação são geralmente pacientes na terceira idade. O desenvolvimento está frequentemente relacionado com a perda dentária e que consequentemente acarreta uma perda óssea, particularmente na região posterior da mandíbula (26). Sendo este fator, um dos principais entraves ao sucesso de uma reabilitação oral.

Nas consultas da Clínica Dentária Universitária, denotou-se que a maioria das próteses realizadas correspondem a próteses parciais esqueléticas e totais acrílicas. Foram realizadas 10 consultas das quais 10 como assistente e 10 como operadora (Gráfico 28).

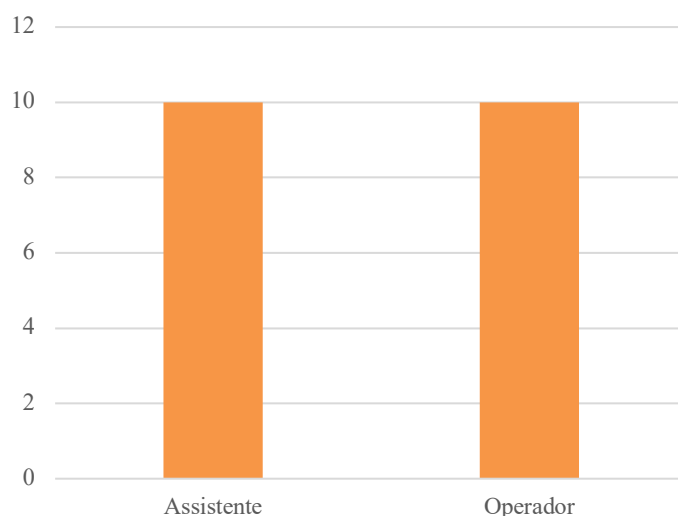


Gráfico 28- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Prótese Removível

Relativamente aos tipos de consultas em Prostodontia Removível, foram realizadas 2 consultas de avaliação, 2 consultas de apresentação de orçamento, 1 consulta de rebasamento das próteses antigas, 2 consultas de impressões definitivas superior e inferior com moldeiras individuais, 2 consultas de montagem em articulador com arco facial, 2 consultas de registo intermaxilar, 2 consultas de prova de dentes, 1 consulta de inserção da nova peças nos pilares, 2 consultas de

inserção das próteses, 2 consultas de controlo e 4 consultas de urgência, como se pode verificar no Gráfico 29.

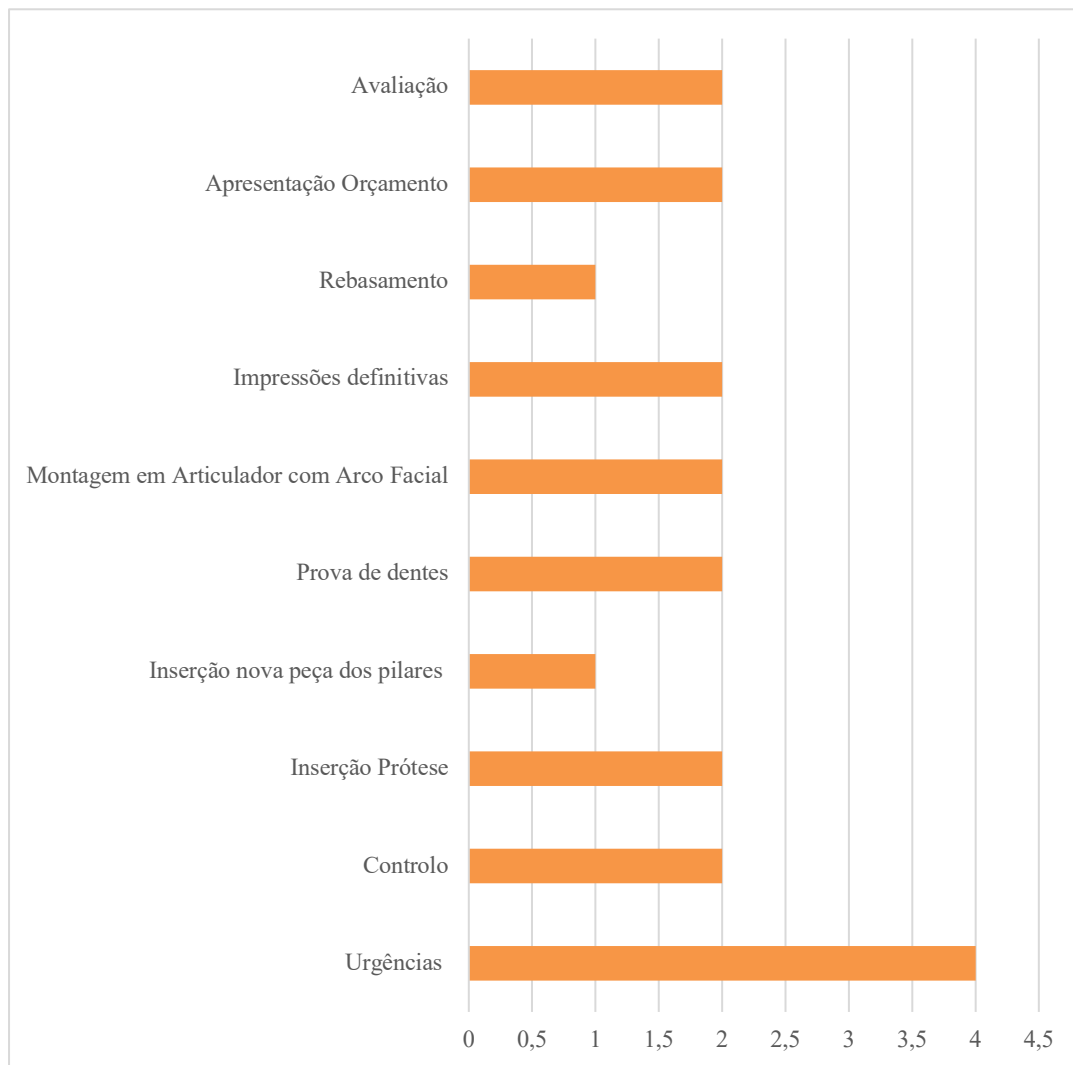


Gráfico 29- Tratamentos realizados nas consultas de Prótese Removível

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foram realizadas 1 consulta de avaliação, 1 consulta de apresentação de orçamento, 0 consultas de rebasamento das próteses antigas, 1 consulta de impressões definitivas superior e inferior com moldeiras individuais, 1 consulta de montagem em articulador com arco facial, 1 consulta de registo intermaxilar, 1 consultas de prova de dentes, 1 consulta de inserção da nova peças nos pilares, 1 consulta de inserção das próteses, 1 consulta de controlo e 1 consulta de urgência (Gráfico 30).

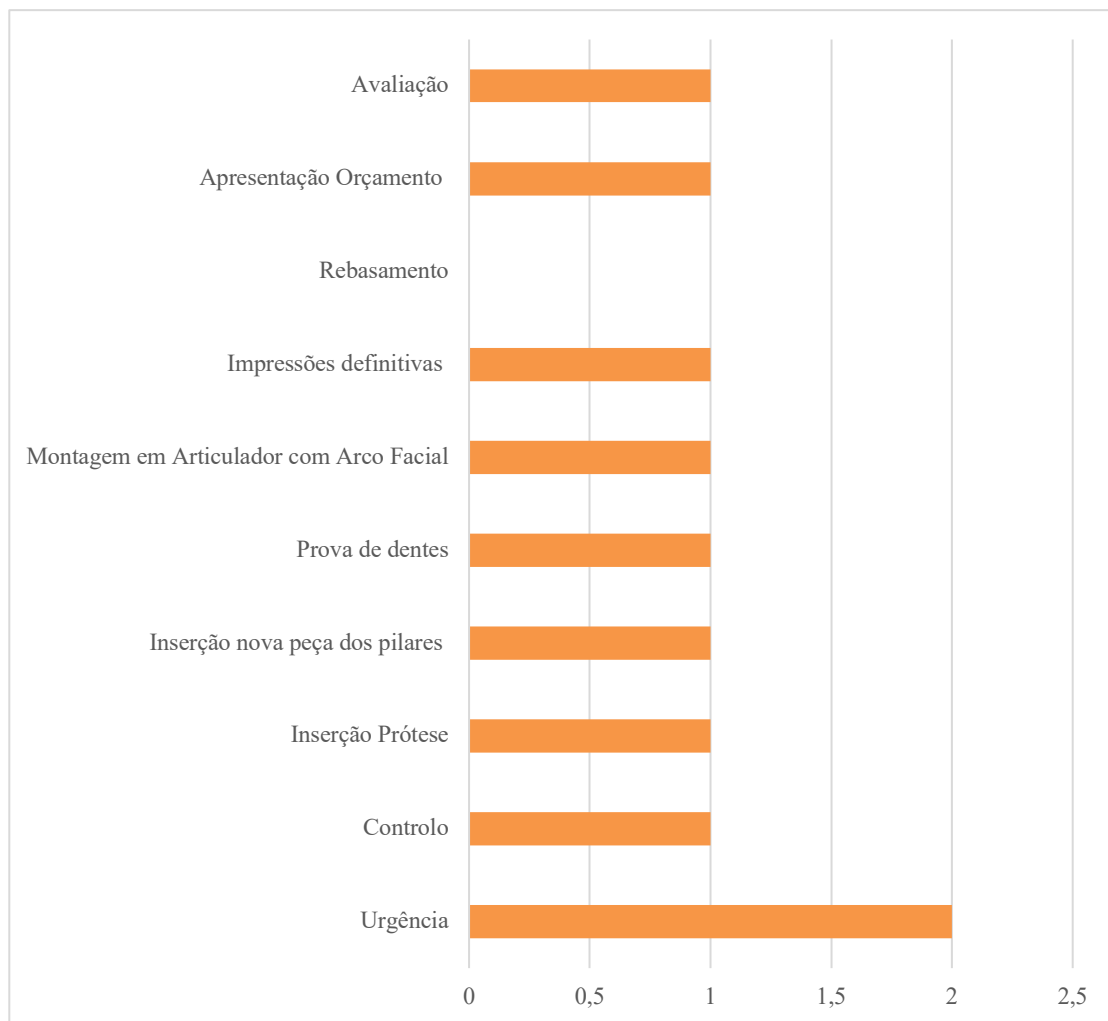


Gráfico 30- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Prótese Removível

6.5.9 Prostodontia Fixa

A Prostodontia Fixa, é a área da Medicina Dentária responsável pelo restabelecimento da forma, função e estética de dentes estruturalmente comprometidos e extensamente destruídos, com recurso a restaurações metálicas, metalo-cerâmica ou apenas cerâmicas, apoiadas em dentes naturais ou implantes. Estas restaurações também tem uma função de prevenir a fratura da estrutura dentária remanescente (27).

No diagnóstico em prótese fixa, os dois fatores mais importante a ter em conta em relação a um dente estruturalmente comprometido são, a quantidade de estrutura dentária remanescente e as necessidades estéticas, pois serão indicadores do material restaurador adequado ao caso clínico (27).

O Protocolo clínico para os dentes extensamente destruídos é:

- Remoção da cárie dentárias e/ou das restaurações antigas;
- Eliminar toda a infeção periodontal;
- Determinar a importância funcional e/ou estética, e os critérios para avaliar são:
 - Efeito férula
 - Relação entre raiz e comprimento coroa
 - Condição endodôntica (28)

Relativamente ao tratamento, na realização de uma preparação dentária, a forma de resistência é o fator mais importante, pois impede o deslocamento da coroa devido a forças oblíquas e/ou verticais. Outros parâmetros a ter em consideração são a forma de retenção e a estabilidade dimensional (28,29).

No entanto, não se pode descurar a capacidade económica do paciente, pois tomando como exemplo a Clínica Dentária Universitária, constatou-se que a maioria dos pacientes, por dificuldades económicas, eles optam pela Prostodontia Removível.

Foram realizadas 16 consultas das quais 8 como assistente e 8 como operadora (Gráfico 31).

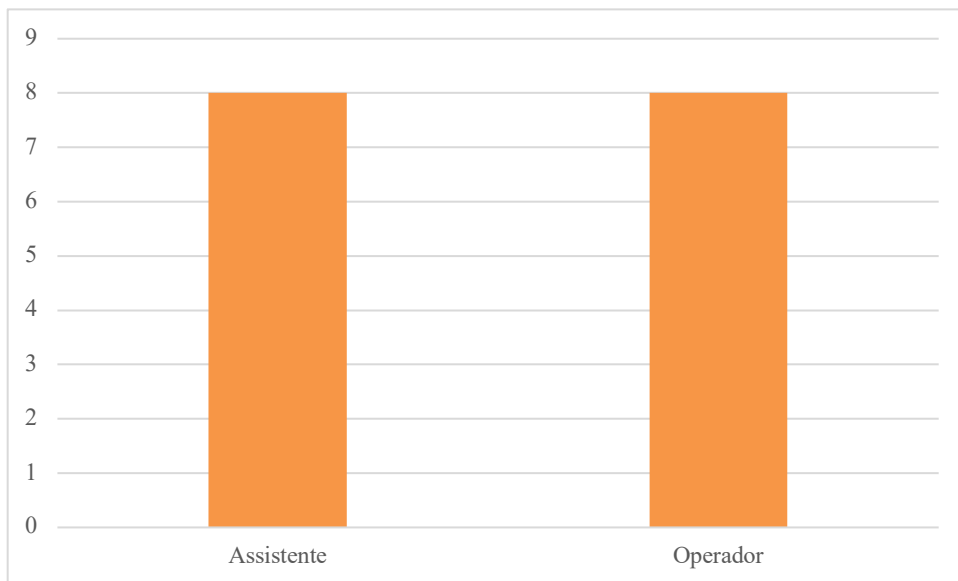


Gráfico 31- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Prostodontia Fixa

Relativamente ao tipo de consulta em Prostodontia Fixa, foram realizadas 4 consultas de avaliação, 2 consultas de apresentação de orçamento, 2 consultas de restauração direta, 2 consultas de preparação dentária, 4 consultas de confecção de provisório e 2 consultas de controlo, como se pode observar no Gráfico 32.

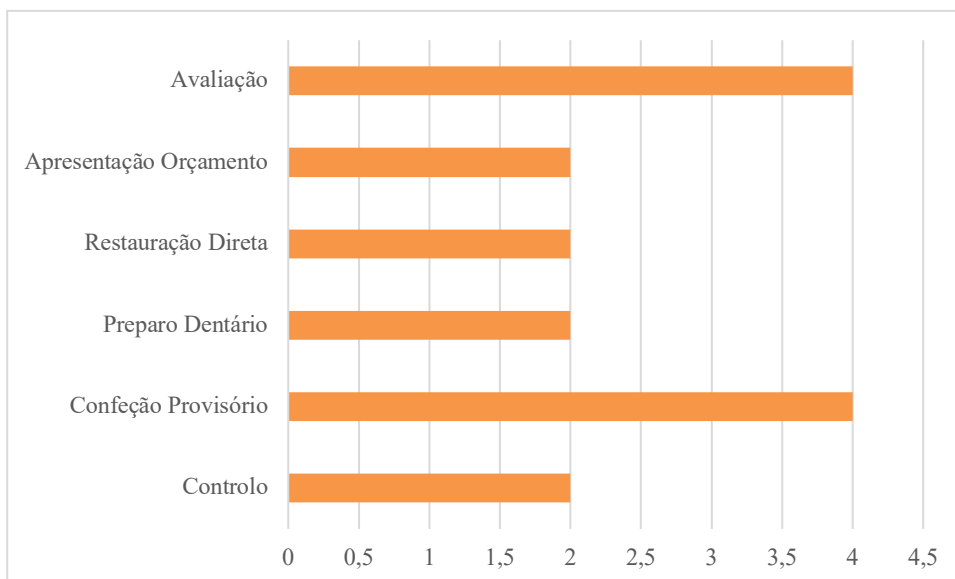


Gráfico 32- Tratamentos realizados nas consultas de Prostodontia Fixa

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operadora, segue o gráfico abaixo (Gráfico 33) com a diferenciação e número de atos realizados.

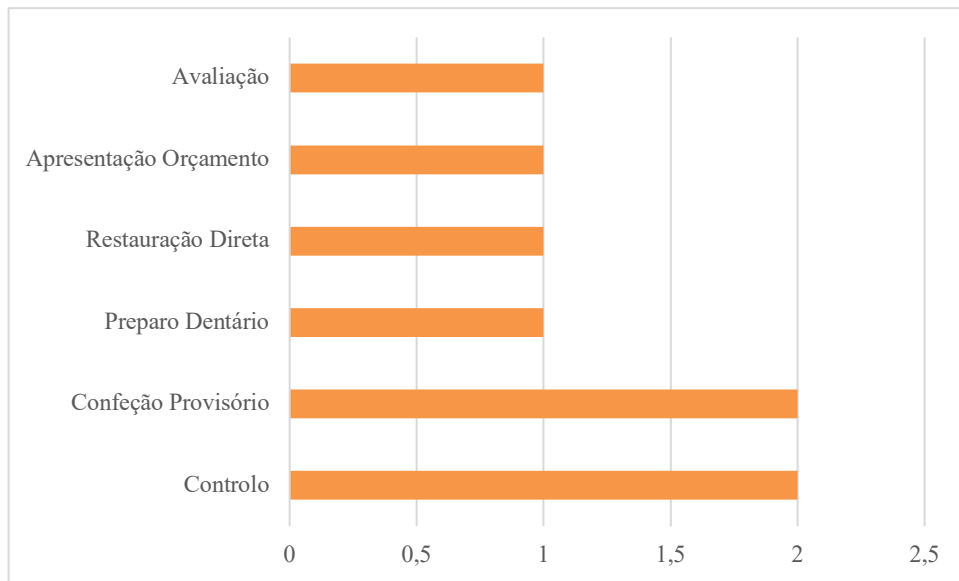


Gráfico 33- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Prostodontia Fixa

6.5.10 Cirurgia Oral

A Cirurgia Oral, é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico e tratamento cirúrgico de doenças, lesões e defeitos que afetem o aspeto funcional e/ou estético de um paciente (30).

Os fatores fundamentais e determinantes pelo ato cirúrgico são a anamnese, exame físico e avaliação laboratorial. Desde as cirurgias mais simples até às cirurgias mais complexas, importa concluir se o paciente em causa é um paciente de risco. Exemplo disso, são os pacientes sujeitos a terapêutica anticoagulante e antiagregante, dos quais é necessário saber qual o valor do tempo de protrombina, expresso na forma conhecida como INR (*International Normalized Ratio*), para se inferir a segurança do procedimento cirúrgico. Valor INR superior a 3 significa que o paciente é hipocoagulado, portanto é indicativo de adiamento da cirurgia. Para a realização do procedimento cirúrgico, o valor INR deve estar entre 2 e 3 (30).

Na Clínica Dentária Universitária, é dada uma forte ênfase à fase pré-cirúrgica, de coleta dos dados da história clínica do paciente, exame físico, exames radiográficos e elaboração, de um correto diagnóstico e plano de tratamento. Os tratamentos realizados, são por norma, exodontias simples de dentes mono ou multirradiculares.

Foram realizadas 8 consultas das quais 4 como assistente e 4 como operadora, como se pode verificar no Gráfico 34.

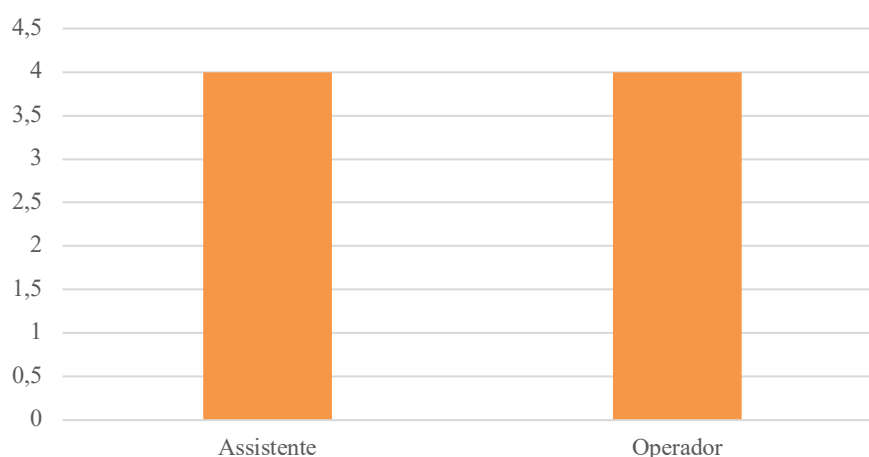


Gráfico 34- Distribuição de atos realizados como assistente/operador na área de Cirurgia Oral

Como referido anteriormente, as consultas de Cirurgia Oral na Clínica Dentária Universitária resumem-se a exodontias por técnica aberta ou técnica fechada, sendo que as exodontias que

foram executadas por técnica fechada foram 7 (88%) e por técnica aberta 1 (12%), como se pode observar no Gráfico 35.

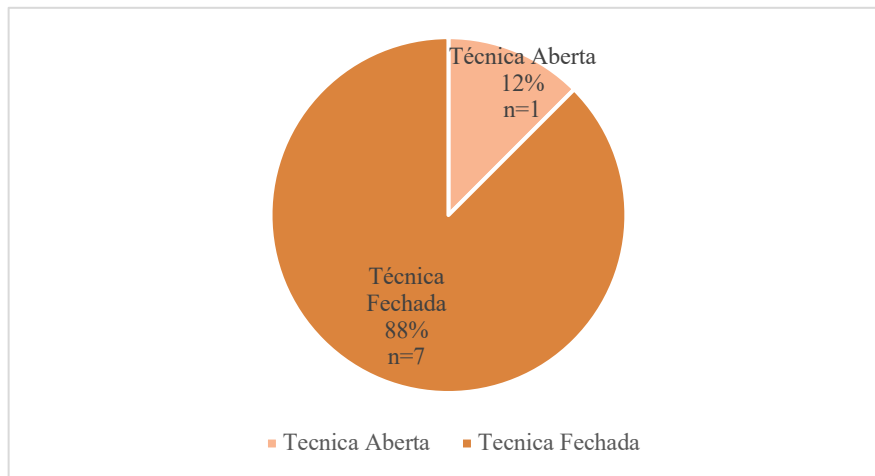


Gráfico 35- Técnicas realizadas nas consultas de Cirurgia Oral

No que concerne ao tipo de atos clínicos como operador, foi realizada 1 exodontia por técnica fechada e 3 realizadas por técnica aberta, como se pode observar no Gráfico 36.

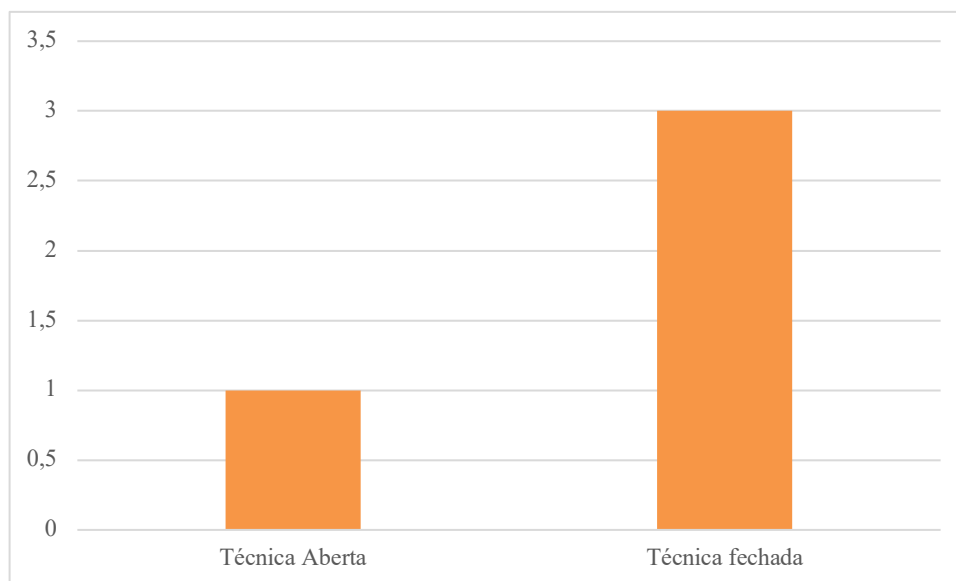


Gráfico 36- Tratamentos realizados como operador nas consultas de Cirurgia Oral

Casos clínicos diferenciados

7 Caso clínico diferenciado I

7.1 Enxerto gengival livre para o aumento de gengiva aderida na zona do 5º sextante

7.1.1 Introdução

A recessão gengival é uma situação muito prevalente a nível mundial e pode aumentar o nível de risco de cáries e interferir com a função e a estética do paciente (31). O aparecimento e desenvolvimento das recessões podem advir de vários fatores, os mais comuns são: a utilização inadequada de escovas ou técnicas de escovagem mal executadas, dentes ou implantes mal posicionados, espessura da gengiva e do tecido ósseo e o trauma oclusal (32).

Um periodonto é saudável quando não há perda de inserção, a profundidade de sondagem é até 3mm e o sangramento à sondagem é menor que 10% dos sítios sem perda óssea radiográfica (33). Os fatores locais relacionados com as próteses são: o acúmulo de placa bacteriana e a má higiene protética. As doenças peri-implantares estão associadas ao biofilme e a sua progressão parece ser mais rápida do que a doença periodontal.

A falta de tecidos de suporte peri-implantares está relacionada com as condições clínicas antes, durante e depois da colocação dos implantes. A recessão da gengiva ao redor do implante pode ser causada pela má posição do implante, ausência de tecido ósseo e tecido gengival fino (33).

Neste caso clínico estamos perante uma perda de inserção superior a 3mm devido a uma origem de forças oclusais traumática, as quais resultam em danos nos tecidos e/ou inserção periodontal.

7.1.2 Caso Clínico

Identificação: E.C.

Género: feminino

Idade: 56 anos

Motivo da consulta: impossibilidade de falar e comer com as próteses

História clínica: ASA I

História médico-dentária: exodontia devido a cáries extensas, portadora de 2 implantes.

Tratamento realizado: enxerto gengival livre no 5º sextante.

Paciente do sexo feminino com 56 anos de idade, saudável, ASA I e não fumadora, apresentou-se à consulta de Medicina Dentária da Clínica Dentária Universitária da UCP de Viseu com o intuito de melhorar a estética e a função das suas próteses, realizadas em 2008 (Figura 2 e 3). No exame clínico verificou-se que as próteses totais acrílicas, superior e inferior, apresentavam sinais de desgaste severo, com extrema instabilidade e oclusão insatisfatória, o que impedia o uso adequado das mesmas, causando dor e desconforto. A paciente era portadora de dois implantes na região do 5º sextante. Um dos implantes, apesar de não ter mobilidade, apresentava-se com peri-implantite, presença de placa bacteriana e perda do suporte gengival (Figura 4 e 5).



Figura 3- Fotografia extra-oral frontal



Figura 2- Fotografia intra-oral, com próteses antigas



Figura 4- Fotografia intra-oral

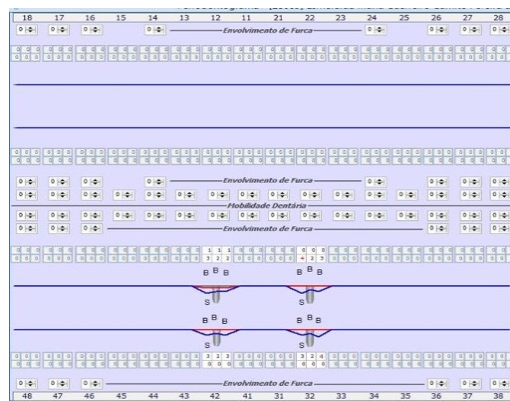


Figura 5 - Periodontograma

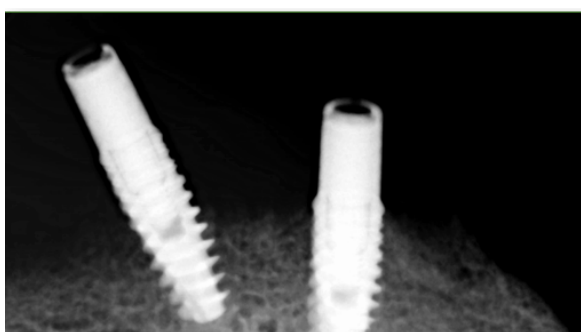


Figura 7 - Radiografia periapical dos implantes

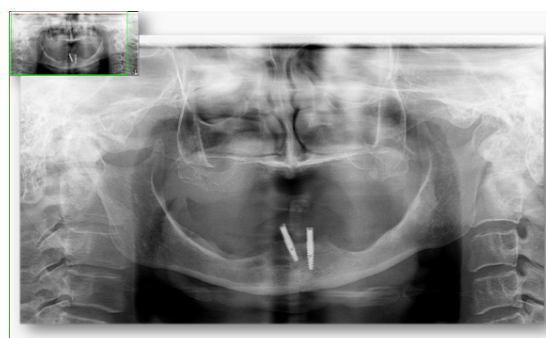


Figura 6 - Ortopantomografia

Pela avaliação radiográfica, verificamos perda óssea marcada, em particular no implante do 4º quadrante (figura 6 e 7), com ajuda de uma sonda milimetrada marcamos 4mm de perda do suporte gengival.

Foi elaborado um plano de tratamento para a reabilitação protética que incluiu: uma fase higiênica para a remoção de placa bacteriana ao redor do implante, manutenção ou explantação do implante a colocação de um novo implante normoposicionado ou uma cirurgia periodontal com o enxerto gengival livre de forma a ganhar gengiva aderida no 5º sextante e realização de novas próteses totais (mucossuportada para a arcada superior e implantossuportada para a arcada inferior).

Procedeu-se com a fase higiênica e sucessivamente com o enxerto gengival livre autólogo. O enxerto gengival tem como objetivo o aumento da banda da gengiva aderida. É obtido através de uma incisão com o auxílio de um bisturi e lâmina 12 e conseqüentemente da remoção total do retalho da mucosa e transferido para outra região no mesmo indivíduo. A área dadora onde se obtém o enxerto é preferencialmente a região do palato, entre a última ruga palatina e a área

do canal palatino posterior (do primeiro pré-molar ao segundo molar). É a principal fonte dadora de tecido conjuntivo e epitélio por se encontrar revestida por uma camada de queratina. (32).

Um periodonto saudável é quando a gengiva engloba uma porção livre que delimita o sulco gengival e uma porção aderida que se estende desde a gengiva livre até a linha mucogengival. O enxerto gengival livre é realizado quando a altura da gengiva aderida está comprometida e, por consequência há perda da sua função protetora. Acontece em casos clínicos em que há recessão gengival descobrindo assim as raízes e aumentando muitas vezes a sensibilidade dentária (34).

A cirurgia periodontal foi realizada numa única consulta. Começou-se com a eliminação da placa bacteriana através de destartarização com ultrassons (Figura 8).



Figura 8- Caso inicial após a remoção de placa bacteriana

Avançou-se com a preparação da zona recetora com incisão em espessura parcial, com bisturi e lâmina 12, deixando o osso coberto pelo seu periósseo (Figura 9).



Figura 9- Preparação do leito recetor do enxerto

A área dadora escolhida foi o palato - com o auxílio de um bisturi com lâmina 12 foi realizada uma incisão na zona entre a última ruga palatina e a área do canal palatina posterior (Figura 10). Sob o tecido epitelial (Figura 11) encontra-se um tecido conjuntivo bastante fibroso e denso (Figura 12) sendo considerado um tecido dador de melhor qualidade.

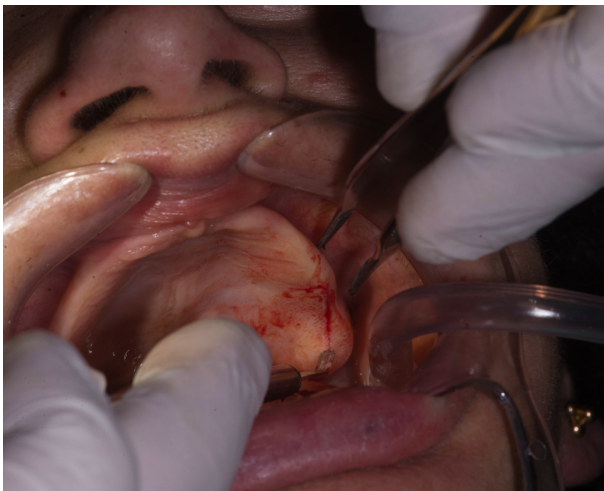


Figura 10- Figura esquerda desenho do enxerto; Figura direita remoção do enxerto da zona dadora.

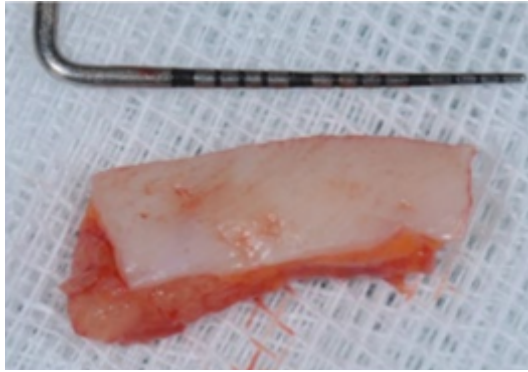


Figura 11- Tecido epitelial

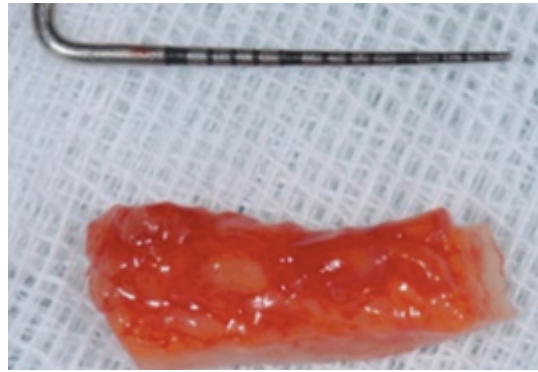


Figura 12- Tecido conjuntivo denso

Em seguida, o enxerto livre epitélio-conjuntivo proveniente do palato (Figura 13) é estabilizado com vários pontos simples através da sutura com fio de nylon como se pode observar na Figura 14.

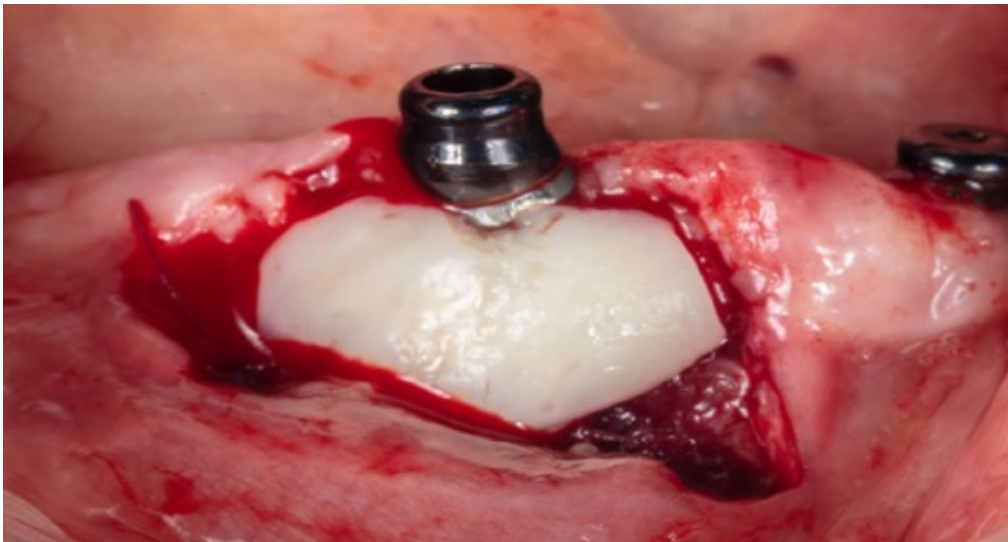


Figura 13- Colocação do enxerto na área recetora

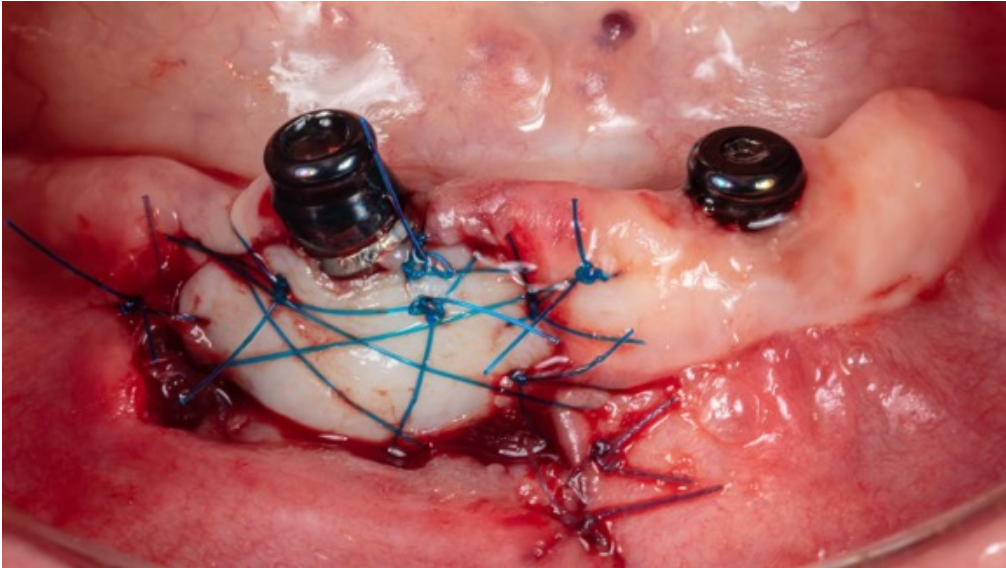


Figura 14- Estabilização do enxerto e sutura

Após 7 meses realizou-se o controlo (Figura 15) do enxerto gengival livre autólogo. Concluiu-se que se obteve o resultado esperado. A paciente relatou apenas algum desconforto pós-operatório na região dadora. A realização do enxerto gengival livre tem uma boa previsibilidade e proporciona bons resultados funcionais, promovendo o aumento da banda de gengiva aderida e o recobrimento das espiras expostas do implante, contaminadas pela placa bacteriana.



Figura 15- Fotografia intra-oral, controlo aos 7 meses

7.1.3 Discussão e Conclusão

O objetivo deste caso clínico foi a recuperação do implante com considerável perda óssea e gengival. As opções relativas à resolução do caso clínico eram: a remoção do implante e colocação de um novo implante em posição e localização tridimensionalmente correta ou realizar uma cirurgia periodontal com um enxerto gengival livre autólogo para tentar o recobrimento das espiras expostas do implante e ganhar gengiva aderida e garantir que a paciente melhore a sua higiene oral e protática

Após termos atingido o objetivo desejado em termos periodontais, a paciente foi encaminhada para a área de Prostodontia Removível para a realização das novas próteses totais removíveis.

8 Caso Clínico Diferenciado II

8.1 Prótese total suportada por implantes (sobredentadura) com sistema de retenção do tipo Novaloc®

8.1.1 Introdução

Os dentes perdidos podem ser substituídos por um dos dois tipos de prótese existentes: com prótese removível ou com prótese fixa, dentossuportada ou implantossuportada (27). Vários fatores devem ser considerados ao escolher o tipo de prótese: fatores biomecânicos, periodontais, estéticos e financeiros, bem como os desejos do paciente, são alguns dos mais importantes (27).

As sobredentaduras são uma excelente modalidade terapêutica de reabilitação sobre implantes, com uma boa resposta funcional e estética. A avaliação clínica e radiográfica são importantes para um correto plano de tratamento e conseqüentemente para otimizar os benefícios da reabilitação oral com sobredentadura implantossuportada (35).

As três maiores vantagens do conceito da sobredentadura implantossuportada são: o número reduzido dos implantes o qual implica procedimentos cirúrgicos e protéticos simples (36).

O que diferencia a sobredentadura das outras próteses, é o uso de meios auxiliares de retenção que, para além de aumentar a retenção, amortece as forças tangenciais através da borracha presente na fêmea do sistema; assim pode-se diminuir o braço de alavanca em relação ao eixo de rotação da raiz/implante, permitindo dessa forma uma melhor distribuição das forças mastigatórias sobre os pilares e o rebordo alveolar, preservando os tecidos moles (36).

8.1.2 Caso Clínico

Identificação: E.C.

Género: feminino

Idade: 56 anos

Motivo da consulta: impossibilidade de falar e comer com a prótese

História clínica: ASA I

História médico-dentária: exodontia devido a cáries extensas, portadora de 2 implantes.

Tratamento realizado: enxerto gengival no 3º quadrante.

Paciente do sexo feminino com 56 anos de idade, saudável, ASA I e não fumadora, apresentou-se à consulta de Medicina Dentária da Clínica Dentária Universitária da UCP de Viseu com o intuito de melhorar a estética e a função das suas próteses, realizadas em 2008 (Figura 16). No exame clínico verificou-se que as próteses totais acrílicas, superior e inferior, apresentavam sinais de desgaste severo, com extrema instabilidade e oclusão insatisfatória, o que impedia o uso adequado das mesmas, causando dor e desconforto. A paciente era portadora de dois implantes na região do 5º sextante e um deles apresentava peri-implantite, com presença de placa bacteriana e perda do suporte gengival e ósseo. Realizou-se um plano de tratamento com recuperação do referido implante. Procedeu-se com a realização de cirurgia periodontal com enxerto gengival livre. Após a realização de cirurgia periodontal, a paciente foi encaminhada para a área de Prostodontia Removível para a realização de uma prótese total superior mucossuportada e uma prótese total inferior implantossuportada.



Figura 16- Fotografia intra-oral, inicial

Após a fase cirúrgica e melhoria da condição periodontal com follow-up de 7 meses (Figura 17) decidiu-se realizar as novas próteses totais removíveis.



Figura 17- Controlo após 7 meses da cirurgia periodontal.

O trabalho a executar foi distribuído por várias consultas:

Consulta 1: Foram realizadas impressões preliminares em alginato (Orthoprint Zhermack®) e moldeira *standard* para obter os modelos de estudo (Figura 18). Sobre os modelos de estudo confeccionaram-se as moldeiras individuais em acrílico fotopolimerizável (Schmidt®).



Figura 18- Modelos de estudo

Consulta 2: Foram realizadas as impressões definitivas com moldeiras individuais e registo das relações intermaxilares com rolos de articulação em cera e bases estabilizadas. Na placa de registo maxilar determinou-se a orientação do plano oclusal com o auxílio do plano de Fox, e marcou-se a linha do sorriso, a linha média e as linhas dos caninos. A dimensão vertical de oclusão foi determinada por provas fonéticas e estéticas e em seguida foi registada a relação intermaxilar. Os modelos de trabalho obtidos foram montados em articulador semiajustável

SAM II® com recurso ao arco facial correspondente (Figura 19 e 20). Após a escolha da cor (A3) com a escala Vita®, o trabalho foi enviado ao laboratório.

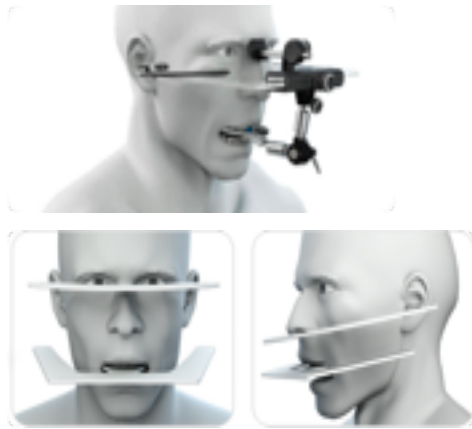


Figura 19 - Arco facial

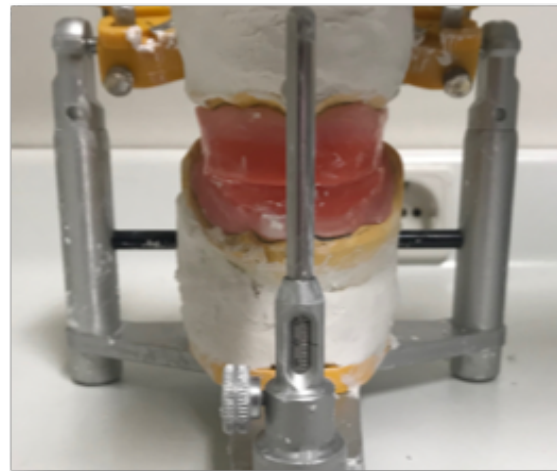


Figura 20- Montagem em articulador

Consulta 3: Nesta consulta procedeu-se à prova de dentes, na qual se confirmou a dimensão vertical previamente determinada, assim como se avaliaram os parâmetros estéticos e funcionais da prótese total bimaxilar, com particular atenção à oclusão balanceada exigida neste tipo de reabilitação.

Consulta 4: Realizou-se a impressão detalhada do interno do implante angulado (Figura 21, 22) para ter uma referência mais precisa do que seria preciso encomendar e foram medidos os pilares antigos (Figura 23 e 24).

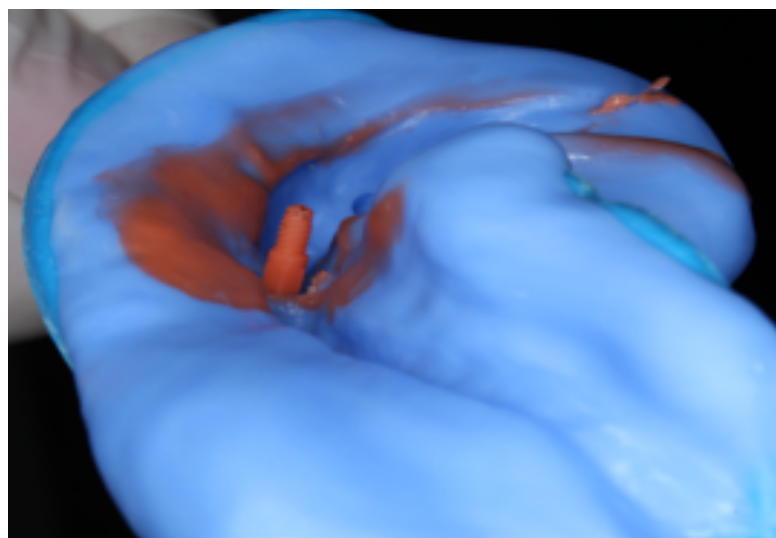


Figura 21- Impressão detalhada ao interior do implante angulado.



Figura 22- Impressão detalhada do interior do implante angulado



Figura 23- Medição do pilar



Figura 24- Caso inicial com pilar antigo

Foram encomendadas as novas peças e foram aparafusados no implante usando a respetiva chave Straumann®. Foi apertado cada pilar a 35Ncm usando chave do tipo catraca, o componente dinamométrico adicional e a chave de parafusos SCS;

- Selamento do “canal” de cada parafuso do pilar Novaloc® com Cavit 3M®;
- Colocação de retentor fêmea no pilar Novaloc® após proteção do retentor macho, para impedir a entrada de acrílico na interface macho/fêmea;
- Teste de inserção da prótese para verificar a inexistência de interferências da componente fêmea;
- Rebasamento da prótese com acrílico autopolimerizável Tokuyama Rebase II® para a retenção do componente fêmea na base da mesma;
- Polimento e acabamento da prótese (Figura 25).



Figura 25- Fotografia final frontal

Verificou-se a completa reabilitação da cavidade oral, com a inserção das próteses. Obteve-se melhoramento significativo da estética e da função (Figuras 26, 27, 28, 29, 30 e 31).



Figura 27- Posição em repouso sem próteses, vista lateral.



Figura 26- Posição em repouso com as próteses, vista lateral

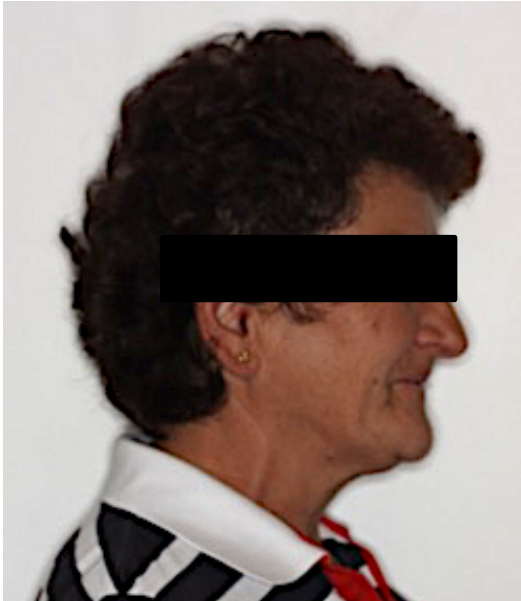


Figura 29- Sorriso sem próteses, vista lateral



Figura 28- Sorriso com as próteses, vista lateral

8.1.3 Discussão e Conclusão

O objetivo desta situação clínica foi a reabilitação das funções mastigatórias, da fonética e da estética da paciente, assim como o alívio das dores e o desconforto que foram os motivos que levaram a paciente à Clínica Universitária da UCP de Viseu.

Existiu dificuldade na programação de um plano terapêutico devido à presença de um implante angulado, assim chegou-se à resolução do caso clínico com o recurso de um sistema de retenção Novaloc da Straumann® e a realização de uma sobredentadura retida por 2 implantes. A paciente ficou estética e funcionalmente satisfeita.



Figura 31- Sorriso sem as próteses, vista frontal



Figura 30- Sorriso com as próteses, vista frontal

9 Caso Clínico Diferenciado III

9.1 Parafunção severa compatível com Bruxismo

9.1.1 Introdução

Uma parafunção é a atividade dos músculos do aparelho estomatognático não relacionada com os movimentos funcionais como a mastigação, a deglutição ou a fonação (38). A frequência e a severidade dos danos causados aos portadores de parafunção têm motivado estudos que visam desenvolver terapias eficazes para o tratamento ou controle da mesma, que pode atingir tanto o músculo, a ATM e as peças dentárias (38,39).

A parafunção mais documentada é o bruxismo. Esta é uma manifestação do desequilíbrio biopsicológico que acomete o sistema estomatognático, caracterizando-se pelo aperto e/ou atrição dos dentes entre si, de forma cêntrica ou excêntrica (38). O bruxismo é designado como uma disfunção da musculatura orofacial e definido como uma atividade parafuncional diurna ou noturna, incluindo cerrar, ranger e esfregar dos dentes, com ou sem posições estáticas prolongadas e forçadas (38,39). Quando se apresenta durante o sono, predominam os movimentos de deslizamento das superfícies oclusais do dentes em contato excêntrico, embora possam ser detetados apertamentos com o aumento da tensão por contração isométrica dos músculos elevadores da mandíbula, sendo que nesta situação a hipertrofia muscular é mais frequente (39). O bruxismo é uma atividade parafuncional de etiologia multifatorial. Têm sido apontados como fatores etiológicos: condições oclusais, *stress* e hábitos orais. Quanto aos sintomas, nem sempre a dor está associada à queixa principal do paciente. O desgaste da estrutura dentária afeta principalmente a face oclusal e a carga oclusal é muito maior do que durante os movimentos fisiológicos (aproximadamente 90 kg) (39).

O bruxismo é dividido em (38,39):

- Iatrogénico ou secundário;
- Idiopático ou primário

O bruxismo Iatrogénico ou secundário engloba: distúrbios do sono, distúrbios neurológicos e/ou psiquiátricos, consumo e/ou privação de medicamentos ou certas substâncias e alergias respiratórias (38,39).

O bruxismo Idiopático ou primário não tem causa médica ou dentária conhecidas e é exacerbado por fatores psicossociais (38,39).

Os principais sinais e sintomas referidos na literatura são (38,39):

- Abrasão dentária/fraturas dentária;
- Edentações na língua e mucosa jugal;
- Hipertrofia muscular que afeta os músculos masséter e o temporal;
- Limitação da abertura da boca;
- Lesões periodontais;
- ATM (dor e/ou disfunção);
- Dor orofacial;
- Desconforto, fadiga e rigidez dos músculos mastigatórios;
- Sensibilidade dentária;
- Ruídos noturnos;
- Distúrbios na arquitetura do sono

O diagnóstico é obtido por polissonografia com eletromiografia e complementado pelo exame clínico, no qual se pesquisa (38,39):

- Se há presença de facetas de abrasão;
- Hipertrofia dos músculos masséter e temporal;
- Se há ruídos articulares característicos;
- Dor e rigidez muscular ao acordar;
- Hipersensibilidade dentária;

Como meios auxiliares de diagnóstico podemos recorrer a: ortopantomografia, T-Scan, axiografia, tomografia e ressonância magnética (38,39).

As opções terapêuticas passam pela educação comportamental e cognitiva, a opção farmacológica (quando indicado) e o uso de dispositivos intraorais, dos quais o mais frequente é a goteira de oclusão em relação cêntrica (39,40).

9.1.2 Caso Clínico

Identificação: A.N.

Género: masculino

Idade: 64 anos

Motivo da consulta: Lesões de abração

História clínica: ASA I

História médico-dentária: Endodontia e Periodontologia.

Paciente do sexo masculino com 64 anos de idade, saudável ASA I não fumador apresentou-se na consulta de Medicina Dentária da Clínica Dentária Universitária da UCP de Viseu com a intenção de restauração das manchas presentes nas faces vestibulares dos dentes superiores (Figuras 32, 33, 34, 35, 36 e 37).



Figura 32- Fotografia intra-oral, frontal em PIM



Figura 33- Fotografia intra-oral lateral esquerda em PIM



Figura 34- Fotografia intra-oral, lateral direita em PIM



Figura 35- Fotografia intra-oral oclusal mandibular



Figura 36- Fotografia intra-oral oclusal maxilar

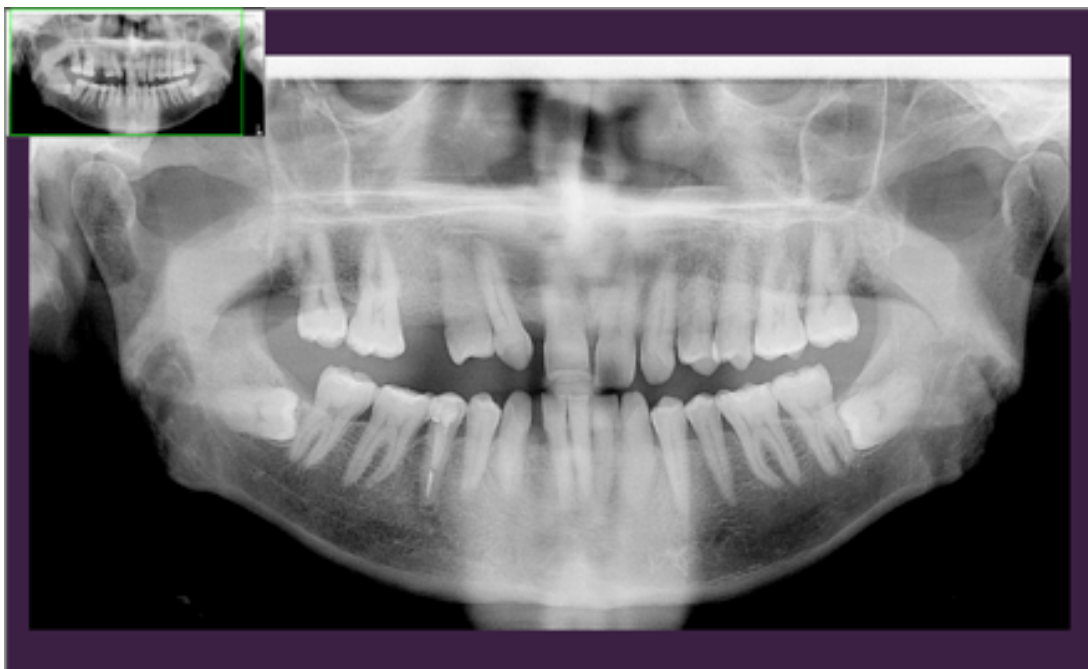


Figura 37- Ortopantomografia

Do exame clínico e radiográfico destaca-se a agenesia dos dentes 12, 15, 22 e 42, a inclusão do 38 e 48 e lesões de abfrações causadas por bruxismo. Tendo em consideração que a queixa principal do paciente era motivada pela questão estética inerente a estas lesões, o paciente foi encaminhado para a área disciplinar de Oclusão.

- Na 1ª consulta na área disciplinar de Oclusão foi realizada a consulta de diagnóstico, na qual é preenchida a ficha clínica RDC/TMD e recolhidos os dados necessários para o estudo do caso clínico. Foram tiradas fotos extra e intra-orais (Figura 38) e impressões preliminares com alginato (Orthoprint Zhermack®) em moldeira *standard*. Após vazagem a gesso tipo III, obtiveram-se os modelos de estudo. Apesar do paciente não apresentar sintomas articulares nem musculares e de não se ter obtido diagnóstico no eixo I e II do RDC/TMD, pelas lesões de abfração apresentadas, o plano de tratamento passa pela confecção de uma goteira de oclusão em relação cêntrica para equilíbrio das cargas oclusais.



Figura 38- Fotografias extra-orais em PIM, em repouso e em sorriso.

- Na 2ª consulta realizou-se a montagem do arco facial e transferência dos dados do arco facial para o articulador semiajustável SAM II® (Figura 39). Depois de montados os modelos no articulador referido (Figura 40), efetuaram-se registos intermaxilares na posição de relação cêntrica, de protrusão e de lateralidade direita e esquerda.

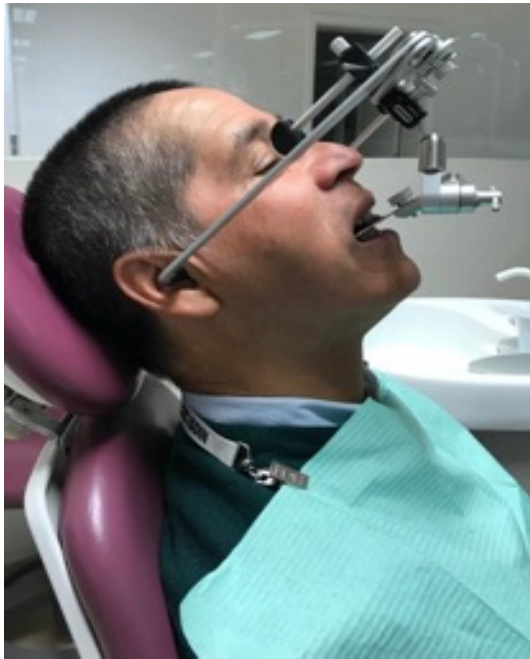


Figura 39- Montagem do arco facial.



Figura 40- Montagem do modelo superior em articulador semiajustável

Após a recolha dos dados e transmissão dos dados para o articulador com a individualização bilateral da guia condilar e do ângulo de Bennett, avançou-se com a realização da goteira de relaxamento oclusal em relação cêntrica.

- Com os modelos de estudo realizamos o enceramento da goteira com os quais obtivemos os contactos puntiformes e a realização das guias caninas;
- Sobre o modelo com o enceramento da futura goteira, realizamos uma matriz de silicone na qual foram feitos canais de escoamento para o acrílico em excesso;
- Remove-se o enceramento da matriz e confirma-se a adaptação da mesma no modelo superior;

- Colocamos o acrílico autopolimerizável, Orthoresin DeguDent®, na matriz de silicone e o conjunto no modelo de gesso;
- Removem-se os excessos de acrílico e coloca-se o modelo em água quente a uma pressão de 1,5 bar durante 10 minutos;
- Passado o tempo estabelecido a goteira é retirada do modelo e são removidos os excessos de acrílico;
- Voltamos a colocar o modelo com a goteira no articulador e confirmam-se os contactos oclusais e as guias de movimento;
- Acabamento e polimento (Figura 41, 42, 43).

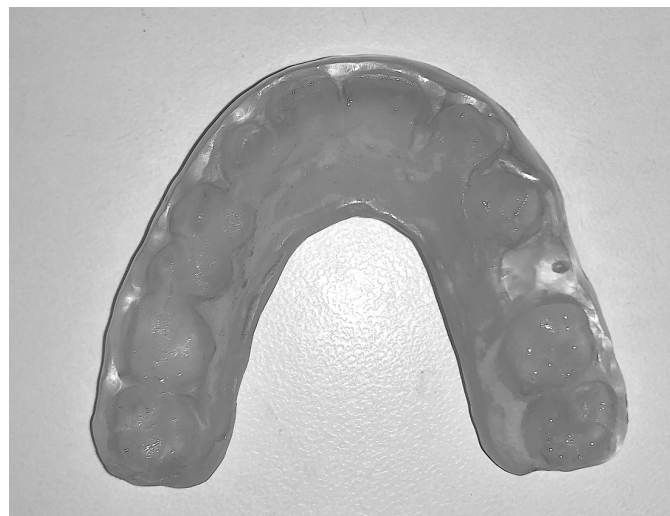


Figura 41- Goteira de Relaxamento vista no interno

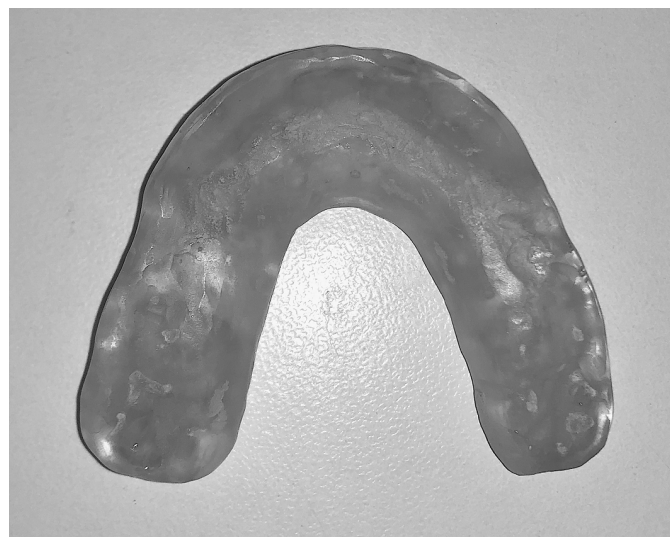


Figura 42- Goteira de Relaxamento vista oclusal

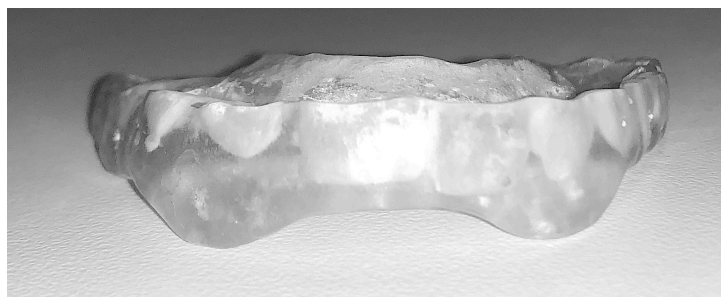


Figura 43 - Goteira de Relaxamento vista frontal

- Na 3ª consulta, foi feita a inserção da goteira em boca e os ajustes oclusais necessários. Foi explicado ao paciente o procedimento de inserção e desinserção e este teve a oportunidade de o fazer na consulta para corrigir qualquer dificuldade que apresentasse. Foram dadas as instruções de higiene e manutenção da goteira e foi explicado as dificuldades que poderia sentir inerentes à ao período de adaptação (Figura 42).



Figura 44 - Inserção Goteira de Relaxamento vista frontal



Figura 45 - Inserção Goteira de Relaxamento vista lateral

- Na 4ª consulta, passados 15 dias, realizou-se o controlo e verificou-se que estava tudo dentro do normal. Fizeram-se apenas alguns acertos de refinamento oclusal.



Figura 46 - Fotografia intra-oral, frontal em PIM passados 15 dias.



Figura 47 - Fotografia intra-oral, lateral direita em PIM passados 15 dias



Figura 48 - Fotografia intra-oral lateral esquerda em PIM passados 15 dias

Com a conclusão do caso clínico na área de Oclusão, decidiu-se encaminhar o paciente para a área de Dentisteria Operatória para realizar as restaurações de Classe V apresentadas.

Foi agendado novo controlo oclusal após 3 meses.

9.1.3 Discussão e Conclusão

Do estudo do caso clínico, verificou-se que o paciente não apresentava sintomas articulares nem musculares. Para além disso, e segundo o RDC, não apresentava qualquer disgnóstico articular e/ou muscular. Pelos sinais clínicos evidenciados de abrasões nos dentes superiores e bordos incisais desgastados nos quatro incisivos inferiores, tem indicação clínica para a utilização noturna de uma goteira oclusal de relaxamento em relação cêntrica.

Conclusão

10 Discussão e Conclusão

O presente Relatório da Atividade Clínica, permitiu salientar a importância da Medicina Dentária num conceito multidisciplinar, com uma integração de conhecimentos relativos às diversas áreas clínicas com algumas problemáticas comuns hoje dia, que não são apenas a dor causada pela cárie dentária. No entanto, deverá considerar-se que cada caso clínico diferenciado apresentado partilha um princípio comum, baseado num correto diagnóstico que segue com um correto plano de tratamento, respeitando sempre as necessidades e expectativas do paciente e todo o conhecimento médico de boas práticas clínicas.

Através da apresentação e análise estatística descritiva dos dados de atividade clínica referente ao último ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, tornou-se possível demonstrar a existência de fortes limitações no processo de aprendizagem de prática clínica, devido ao grande número de faltas ou desmarcações por parte dos pacientes, bem como as carências económicas que a maioria dos pacientes evidencia e que limita a frequência das consultas e o seguimento dos tratamentos necessários.

O trabalho e o estudo apresentado não foi só motivo de uma reflexão crítica acerca os atos clínicos realizados, foi também possível realizar uma crítica pessoal e uma consideração importante como a nossa profissão de médico dentista, requer estudo contínuo e atualização mas não só, porque outro fator importante aprendido não nos livros, mas durante a prática clínica em relação aos pacientes, é saber escutar a pessoa que com confiança sentou-se na nossa cadeira expressando o seu desconforto.

Bibliografia

11 Referências bibliográficas

1. Constitution of the World Health Organization. 1946. Bull World Health Organ. 2002;80(12):983–4.
2. Definition of American Dental Association (ADA) [Internet]. MedicineNet. [cited 2019 May 25]. Available from: <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=8394>
3. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019 May;18(5):459–80.
4. Grigalauskienė R, Slabšinskienė E, Vasiliauskienė I. Biological approach of dental caries management. Stomatologija. 2015;17(4):107–12.
5. WHO-NMH-NHD-17.12-eng.pdf [Internet]. [cited 2019 May 25]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259413/WHO-NMH-NHD-17.12-eng.pdf;jsessionid=8712CADAEB5D7594212E3947D655B815?sequence=1>
6. Boing AF, Peres MA, Kovaeski DF, Zange SE, Antunes JLF. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. Cad Saúde Pública. 2005 Jun;21:673–8.
7. Ansiedade odontológica: Nível, prevalência e comportamento [Internet]. [cited 2019 Jun 24]. Available from: <https://www.redalyc.org/html/408/40817102/>
8. Sollecito TP, Eng RCS, Prescott-Clements L. Oral Medicine: Defining an Emerging Specialty in the United States. Journal of Dental Education. 77(4):3.
9. Bagde A. Burket's Oral Medicine 11th Ed - Greenberg. [cited 2019 May 25]; Available from: https://www.academia.edu/32372256/Burkets_Oral_Medicine_11th_Ed_-_Greenberg

10. Newman MG, Takei HH, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 10th ed. St. Louis, Mo: Saunders/Elsevier; 2006. 1286 p.
11. Nyush A. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe-Clinical Periodontology and Implant Dentistry, 2 Volume Set-Wiley-Blackwell (2015).pdf.
12. who_constitution_en.pdf [Internet]. [cited 2019 May 25]. Available from: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
13. Balic A. Biology Explaining Tooth Repair and Regeneration: A Mini-Review. Gerontology. 2018;64(4):382–8.
14. Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease. Aust Dent J. 2009 Sep;54 Suppl 1:S11-26.
15. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. Revista de Odontologia da UNESP. 2018 Aug;47(4):189–97.
16. D DCSM. Soares & Goldberg - ENDODONCIA - TECNICA Y FUNDAMENTOS [Internet]. [cited 2019 May 25]. Available from: https://www.academia.edu/8226348/Soares_and_Goldberg_-_ENDODONCIA_-_TECNICA_Y_FUNDAMENTOS
17. Soluções em Endodontia - PDF [Internet]. [cited 2019 May 25]. Available from: <https://docplayer.com.br/14338789-Solucoes-em-endodontia.html>
18. American Academy of Pediatric Dentistry. The Handbook of Pediatric Dentistry. Vol. 21. 2003. 2004 p - Pesquisa Google [Internet].
19. Nyush A. Pediatric Dentistry A Clinical Approach, Third Edition.pdf. [cited 2019 May 25];

20. Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2014. 500 p.
21. Pereira Júnior FJ, Favilla EE, Dworkin S, Huggins K. Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). Tradução oficial para a língua portuguesa. JBC j bras clin odontol integr. 2004;12;8(47):384–95.
22. American Association of Orthodontics. 2012. AAO Glossary_0.doc.
23. Gomes J. Princípios de Oclusão Ideal em Diferentes Tipos de Reabilitação. :63.
24. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM, Ackerman JL, editors. Contemporary orthodontics. 5. ed. St. Louis, Mo: Elsevier/Mosby; 2013. 754 p.
25. Borrie F, Bonetti D, Bearn D. What influences the implementation of interceptive orthodontics in primary care? British Dental Journal. 2014 Jun;216(12):687–91.
26. MS ABCD, MS DTBD. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 12 edition. St. Louis, Mo: Mosby; 2010. 400 p.
27. Shillingburg HT, Sather DA. Fundamentals of fixed prosthodontics [Internet]. 2012 [cited 2019 May 25]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=796974>
28. Esteves H, Correia A, Araújo F. Classification of Extensively Damaged Teeth to Evaluate Prognosis. :7.
29. Parker MH. Resistance form in tooth preparation. Dent Clin North Am. 2004 Apr;48(2):v–vi, 387–96.
30. HUPP CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL CONTEMPORÂNEA, 6ed [Internet]. Issuu. [cited 2019 May 25]. Available from: https://issuu.com/elsevier_saude/docs/hupp_e-sample/3

31. Merijohn GK. Management and prevention of gingival recession. *Periodontol* 2000. 2016 Jun;71(1):228–42.
32. Negrão DFS. ENXERTO GENGIVAL LIVRE – CASO CLÍNICO. :2.
33. Nova Classificação_ Perio STEFFENS_et_al-2018-Revista_de_Odontologia_da_UNESP.pdf.
34. CA05.pdf [Internet]. [cited 2019 May 28]. Available from: <http://www.manuelneves.com/artigos/2011/CA05.pdf>
35. Velasco Ortega E, Medel Soteras R, García Méndez A, Ortiz García I, España López A, Núñez Márquez E. Sobredentaduras con implantes en pacientes geriátricos edéntulos totales. *Avances en Odontoestomatología*. 2015 Jun;31(3):161–72.
36. Sousa SA de, Germano AR, Anselmo SM, Bezerra LA de M, Santos AN de A. Sobredentadura retida por implantes e encaixes tipo bola – relato de caso. 1 [Internet]. 2007 [cited 2019 Jun 25];12(3). Available from: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/1055>
37. Neville BW, editor. *Oral and maxillofacial pathology*. 3. ed. St. Louis, Mo: Saunders/Elsevier; 2009. 968 p.
38. Gennari H. O Uso do Arco Facial para o correto posicionamento. 2013;5.
39. de Carvalho SF, Piza E, Cristina A. Reabilitação Oral em paciente portador de parafunção severa . 2003;6.
40. Amoroso, Andressa Paschoal. Recuperação da dimensão vertical em pacientes com parafunção severa. 2013;

