



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:

João Pedro Lopes Plaza

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:

João Pedro Lopes Plaza

Orientador: Prof.^a Doutora Patrícia Fonseca

Coorientador: Dr. André Baptista

Viseu, 2016

“There is nothing outside of yourself that can ever enable you to get better, stronger, richer, quicker, or smarter. Everything is within, everything exists within, Seek nothing outside of yourself.”

- Miyamoto Musashi

RESUMO

O presente relatório de atividade clínica foi elaborado no domínio do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Tem como objetivo apresentar, descrever e discutir o trabalho efetuado no decorrer da prática clínica realizada no 5º ano curricular do Mestrado Integrado, no âmbito das diferentes áreas disciplinares, de forma quantitativa e qualitativa. Reúne ainda três dos atos clínicos diferenciados experimentados em diferentes áreas clínicas.

A metodologia aplicada corresponde à avaliação de todas as consultas realizadas de 15 de Setembro de 2015 a 5 de Maio de 2016. Todos os dados foram recolhidos através do *software* de registo clínico Newsoft® e Dimaxis®, que permitem a recolha de dados referentes a: idade; sexo; história clínica médica e medico-dentária; hábitos de higiene; hábitos tabágicos; tipo e motivo da consulta; exame clínico; diagnóstico e tratamentos realizados. Foram posteriormente inseridos numa base de dados do Microsoft Office Excel® 2007.

Foram realizadas um total de 142 consultas, 79 como operador e 63 como assistente. Foram observados um total de 49 pacientes, 28 mulheres e 21 homens, com idades compreendidas entre os 8 e os 88 anos. Foram realizadas consultas em todas as áreas disciplinares. A área com maior número de consultas realizadas foi Prótese Removível (36), e as com menor número foram Oclusão (4) e Odontopediatria (4).

Durante o Mestrado Integrado em Medicina Dentária pretende-se que o aluno adquira conhecimentos e competências que permitam o exercício profissional de cuidados de saúde oral. Desta forma, todo o contacto com o ambiente clínico experimentado durante o período curricular é fundamental na sua formação. É através deste que o aluno tem a possibilidade de aliar a aprendizagem de conhecimentos teóricos ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de capacidades práticas, essenciais ao desempenho da prática de Medicina Dentária.

Palavras-Chave: Saúde Oral; Medicina Dentária, Atividade Clínica,

ABSTRACT

The following clinical activity report was developed in regard with the Master's Degree course of Dental Medicine from the Catholic University of Portugal (UCP). The main objective is to present, describe and discuss the work done during the clinical practice of the 5th curricular year in each clinical area of the course. The work is accessed in a qualitative and quantitative way. The report also features three more complex cases conducted in this period.

For the elaboration of the report, all appointments done by the work group conducted since September-15-2015 until May-5-2016 were evaluated. All data was gathered from the software Newsoft® and Dimaxis®. These programs allow a better management of clinical data. They allow the storage and organization of data such as age, sex, medical history, oral-hygiene habits, smoking habits, type and motive of the appointment; clinical exam; diagnosis; and treatments. All data was imputed into a Microsoft Office Excell 2007 document and analyzed.

A total of 142 appointments were performed, 79 as dental physician and 63 as dental assistant. A total of 49 patients were observed, 28 females and 21 males. The age of the patients varied between 8 and 88 years old. Appointments were performed in all the clinical areas of the course. Removable Prosthesis was the clinical area with more appointments (36). Occlusion and Odontopediatrics were the clinical areas with fewer appointments (4 each).

During the Master's integrated course in Dental Medicine it's intended that the student acquires knowledge and skills that allow the professional exercise of oral-healthcare services. In this regard, all contact with the clinical environment experienced throughout the learning period is fundamental in the development of the students. Through this, the students have the possibility to ally the improvement of theoretic knowledge with the development and growth of practical skill sets, essential to Dental Medicine practice.

Key-Words: Oral Health; Dental Medicine; Clinical Activity.

ÍNDICE

1.	Introdução	- 3 -
2.	Materiais e Métodos	- 9 -
3.	Atividade Clínica.....	- 13 -
3.1.	Exposição de dados Gerais	- 13 -
3.2.	Medicina Oral.....	- 17 -
3.2.1.	Enquadramento	- 17 -
3.2.2.	Exposição de dados	- 17 -
3.3.	Dentisteria Operatória	- 18 -
3.3.1.	Enquadramento	- 18 -
3.3.2.	Exposição de dados	- 18 -
3.4.	Endodontia.....	- 19 -
3.4.1.	Enquadramento	- 19 -
3.4.2.	Exposição de dados	- 20 -
3.5.	Periodontologia	- 21 -
3.5.1.	Enquadramento	- 21 -
3.5.2.	Exposição de dados	- 21 -
3.6.	Cirurgia Oral.....	- 22 -
3.6.1.	Enquadramento	- 22 -
3.6.2.	Exposição de dados	- 23 -
3.7.	Prótese Removível.....	- 24 -
3.7.1.	Enquadramento	- 24 -
3.7.2.	Exposição de dados	- 24 -
3.8.	Prótese Fixa	- 25 -

3.8.1.	Enquadramento	- 25 -
3.8.2.	Exposição de dados	- 26 -
3.9.	Oclusão.....	- 27 -
3.9.1.	Enquadramento	- 27 -
3.9.2.	Exposição de dados	- 28 -
3.10.	Odontopediatria	- 29 -
3.10.1.	Enquadramento.....	- 29 -
3.10.2.	Exposição de dados	- 29 -
3.11.	Ortodontia.....	- 30 -
3.11.1.	Enquadramento.....	- 30 -
3.11.2.	Exposição de dados	- 31 -
4.	Discussão.....	- 35 -
5.	Casos Clínicos Diferenciados.....	- 41 -
5.1.	Regularização Pré-Prótetica do Rebordo Alveolar com recurso a Cirurgia Piezoelétrica.	- 41 -
5.1.1.	Introdução.....	- 41 -
5.1.2.	Descrição do Caso	- 42 -
5.1.3.	Discussão e Conclusão	- 46 -
5.2.	Fibroma reacional	- 47 -
5.2.1.	Introdução.....	- 47 -
5.2.2.	Descrição do Caso	- 48 -
5.2.3.	Discussão e Conclusão	- 50 -
5.3.	Reabilitação Oral Complexa com Protese Removível.....	- 51 -
5.3.1.	Introdução.....	- 51 -
5.3.2.	Descrição do Caso	- 52 -

5.3.3.	Discussão e Conclusão	- 57 -
6.	Conclusão	- 61 -
7.	Referências Bibliográficas	- 65 -
8.	Anexos	- 71 -
8.1.1.	Anexo 1 – Historia clínica	- 71 -
8.1.2.	Ficha de Risco	- 76 -
8.1.3.	Odontograma.....	- 79 -
8.1.4.	Periodontograma	- 79 -

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de atividade clínica foi elaborado no domínio do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Compreende o período de atividade clínica de 15 de Setembro de 2015 a 5 de Maio de 2016.

Serve, o presente relatório, como forma de ilustrar algum do trabalho desenvolvido pelo autor, e pelo grupo de trabalho ao qual pertence, durante o 5º e último ano do Mestrado Integrado. Serve também como forma de reflexão do autor sobre o mesmo trabalho, com o objetivo de aquisição e consolidação de conhecimentos e capacidades das quais beneficiará no seu exercício da profissão. É a partir das histórias clínicas e dos dados recolhidos nas consultas realizadas na Clínica Universitária durante este período, que se direciona a apresentação deste relatório.

A obtenção do grau de Mestre no curso de Medicina Dentária da UCP envolve 5 anos de aprendizagem de fundamentos teóricos e a aquisição de competências práticas. Neste existe uma etapa pré-clínica na qual é simulado o ambiente que é posteriormente experimentado na etapa clínica. O pré-clínico permite o desenvolvimento e aperfeiçoamento da técnica manual e também o contacto inicial com os materiais e equipamentos dentários. A etapa clínica é iniciada no 2º semestre do 3º ano, com a observação de pacientes nas áreas disciplinares de Periodontologia, Dentisteria e Cirurgia Oral. A transição de uma fase teórica para uma fase essencialmente de prática clínica é feita de forma gradual, sendo atribuídos aos alunos inicialmente casos mais simples, permitindo assim uma adaptação progressiva e uma aprendizagem mais consistente.

A Medicina Dentária foi definida pela *American Dental Association*, em 1997, como “a avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento de doenças, alterações e/ou condições da cavidade oral, na área maxilofacial e/ou em estruturas adjacentes associadas, fornecida por um médico dentista, dentro do âmbito da sua educação, formação e experiência, de acordo com a ética profissional” ⁽¹⁾. Atualmente, a Ordem dos Médicos Dentistas Portuguesa define Medicina Dentária como “o estudo, a

prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas”⁽²⁾.

Durante a formação em Medicina Dentária na UCP nunca foi inculido aos seus alunos uma visão uni-disciplinar daquilo que é o seu exercício em ambiente clínico. Pelo contrário, primou-se sempre pela integração entre saúde e sociedade, e em especial, pela integração das diferentes áreas da Medicina e da Medicina Dentária, com a premissa de que tratamos doentes com patologia ao nível da cavidade oral, e não apenas dentes. Atualmente eleva-se cada vez mais a importância de manter a cavidade oral numa condição de saúde para evitar também a contaminação sistémica. Um número crescente de estudos epidemiológicos sugere que a infeção por via oral, é um fator de risco para doenças sistémicas. A facilidade de disseminação sistémica pela corrente sanguínea pode facilitar a bacteriemia por produtos bacterianos, provenientes da flora oral⁽³⁾. A medicação e as doenças sistémicas podem também ter efeitos adversos na cavidade oral⁽³⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o estado de saúde oral consiste em estar livre de dor aguda ou crónica orofacial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perdas de dentes, e outras doenças e/ou alterações que afetam a cavidade oral⁽³⁾. Desta forma, a Medicina Dentária arca uma importância extrema na saúde geral.

A Medicina Dentária pode ser dividida em diferentes áreas, nas quais a aquisição de conhecimentos e competências é imperativo para qualquer médico dentista. São elas a Medicina Oral, a Dentisteria, a Endodontia, a Periodontologia, a Cirurgia Oral, a Oclusão, a Reabilitação Oral Removível e Fixa, a Ortodontia e a Odontopediatria. Estas áreas integram o curso de Medicina Dentária da UCP, e a abordagem feita no decurso do mesmo permite o desenvolvimento de competências e a aquisição de conhecimentos e capacidades essenciais para a formação de um profissional.

A Medicina Oral é a especialidade da Medicina Dentária que se ocupa do diagnóstico e acompanhamento clínico de pacientes portadores de patologias complexas que envolvem a mucosa oral, as glândulas salivares. Nesta área são ainda acompanhados pacientes portadores de patologia complexa que possam afectar o tratamento dentário normal, isto é, pacientes medicamente

comprometidos: paciente oncológico; diabético; com insuficiência hepática; renal; respiratória e/ou cardiovascular; paciente imunocomprometido⁽⁴⁾.

A Dentisteria trata as lesões dos dentes, sejam estas causadas por cárie dentária, traumatismo ou outra razão. O tratamento das lesões é realizado com materiais restauradores que substituem a estrutura perdida do dente ⁽⁵⁾.

A Endodontia é a área da Medicina Dentária que estuda a fisiologia e patologia da polpa dentária, e a anatomia da cavidade pulpar e canais radiculares, bem como a prevenção e o tratamento das patologias que a afetam ⁽⁶⁾.

A Periodontologia é o campo responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento de todas as alterações patológicas que afetam os tecidos periodontais. Estas compreendem as doenças gengivais, doenças periodontais, e as manifestações periodontais de doenças sistémicas ⁽⁷⁾.

A Cirurgia Oral ocupa-se do diagnóstico e do tratamento cirúrgico, das patologias ou alterações dos tecidos duros e moles da região oral e maxilofacial. Compreende a preparação psicológica e fisiológica do paciente para o procedimento cirúrgico; o ajuste e a modificação de procedimentos cirúrgicos de acordo com as necessidades de cada paciente; e o cuidado pós-operatório essencial para a recuperação do paciente ⁽⁸⁾.

A Prostodontia Removível debruça-se sobre a reabilitação funcional e estética dos pacientes que sofrem de edentulismo parcial ou total. A reabilitação com prótese removível procura a reconstituição da função oclusal e da estética, sem causar dano dos dentes remanescentes nem dos tecidos de suporte ⁽⁹⁾.

A Prostodontia Fixa visa a substituição ou restauração de peças dentárias por peças artificiais equivalentes que não são facilmente removíveis da cavidade oral ⁽¹⁰⁾.

A Oclusão encarrega-se do diagnóstico de distúrbios temporomandibulares e do seu tratamento com a terapêutica adequada ⁽¹¹⁾.

A Ortodontia é a especialidade que tem como objetivos melhorar a aparência facial e do sorriso, com a melhoria resultante no bem-estar social do indivíduo e da sua qualidade de vida. Procura obter o contacto óptimooclusal e proximal dos dentes ⁽¹²⁾.

A Odontopediatria providencia os cuidados de saúde oral a bebés, crianças e adolescentes, e ainda aos pacientes com necessidades especiais ⁽¹³⁾.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste relatório foram avaliados todos os pacientes observados pelo grupo de trabalho, binómio 16, durante o período de 15 de Setembro-2015 a 5 de Maio de 2016. Todos os pacientes foram observados no decorrer do horário normal de funcionamento da Clínica Universitaria, sempre supervisionados pelos professores responsáveis.

A avaliação dos pacientes é baseada em dados recolhidos durante as consultas, registados no sistema informático de gestão e organização de dados clínicos Newsoft® e nos meios auxiliares de diagnóstico captados pelo programa Dimaxis®. Para todos os pacientes foram preenchidos a história clínica (anexo 1), a ficha de risco (anexo 2), o odontograma (anexo 3) e o periodontograma (anexo 4).

Os dados dos pacientes observados foram introduzidos, sem critérios de exclusão, numa base de dados construída em documento Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft®, EUA). Inicialmente a amostra foi analisada na sua totalidade, para a qual foi determinado o número total de pacientes observados, o número total de consultas realizadas, o número total de consultas realizadas como operador e como assistente. Foram purados valores referentes à idade, sexo, hábitos tabágicos, hábitos de higiene oral, patologia sistémica e medicação de cada paciente. Posteriormente, as amostras foram analisadas por área de intervenção: Medicina Oral, Dentisteria Operatoria, Endodontia, Periodontologia, Cirurgia Oral, Prótese Removível, Prótese Fixa, Oclusão, Ortodontia e Odontopediatria. Para cada área foi determinado o número total de consultas realizadas, o número total de consultas realizadas como operador e como assistente. Foi ainda efetuado o registo específico para cada área disciplinar de critérios como: o diagnóstico, o tipo de tratamento realizado e os materiais utilizados.

Os equipamentos utilizados compreendem aqueles protocolados para permitir a execução de cada ato clínico.

Dos pacientes acompanhados pelo grupo de trabalho no ano letivo de 2015/2016 na Clínica Universitária, foram selecionados três casos diferenciados, os quais são

apresentados de forma crítica e fotográfica. Desta forma, foram selecionadas: uma cirurgia pré-protética de regularização de rebordo alveolar, com recurso a equipamento piezoelétrico; um caso clínico de fibroma reacional; e uma reabilitação oral complexa com prótese removível.

3. ATIVIDADE CLÍNICA

3.1. EXPOSIÇÃO DE DADOS GERAIS

No decorrer da prática clínica durante os dois semestres do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa, foi realizado um total de 817 horas de prática clínica no conjunto de todas as áreas disciplinares. No decorrer desta atividade, foi realizado um total de 142 atos clínicos pelo grupo de trabalho. Destes atos clínicos, 79 foram realizados como operador e 63 como assistente (Gráfico 1).

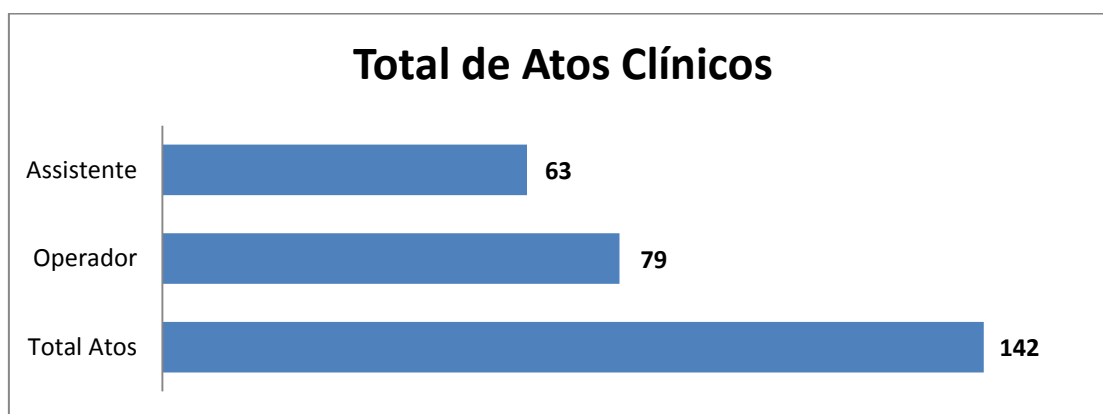


Gráfico 1. Gráfico representativo dos atos clínicos realizados a todas as áreas disciplinares, como assistente, como operador e pelo grupo de trabalho.

Em relação ao número de pacientes, foram atendidos no total 49 pacientes, dos quais 28 são do sexo feminino e 21 do sexo masculino (Gráfico 2).

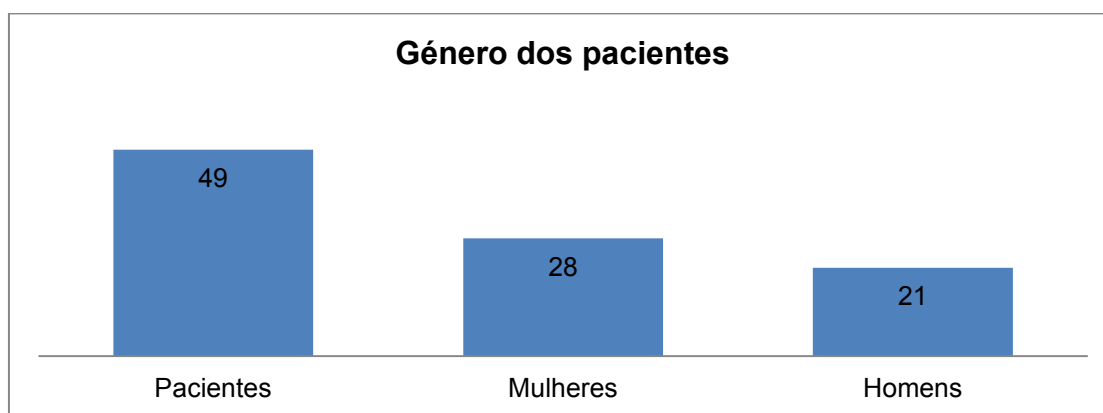


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes por género.

Relativamente à idade, para facilitar a interpretação dos dados recolhidos, os pacientes observados foram agrupados por classes etárias do seguinte modo: pacientes dos zero aos 20 anos, inclusive; pacientes dos 21 aos 30 anos; pacientes dos 31 aos 40 anos; dos 41 aos 50 anos; dos 51 aos 60 anos; dos 61 aos 70 anos; e pacientes com mais de 70 anos. A classe etária mais prevalente foi a dos 51 aos 60 anos (Gráfico 3). A idade média da totalidade dos pacientes atendidos pelo grupo foi de 48,4 anos (com o mínimo de 8 anos e o máximo de 88 anos) e um desvio padrão de ± 17.08 .

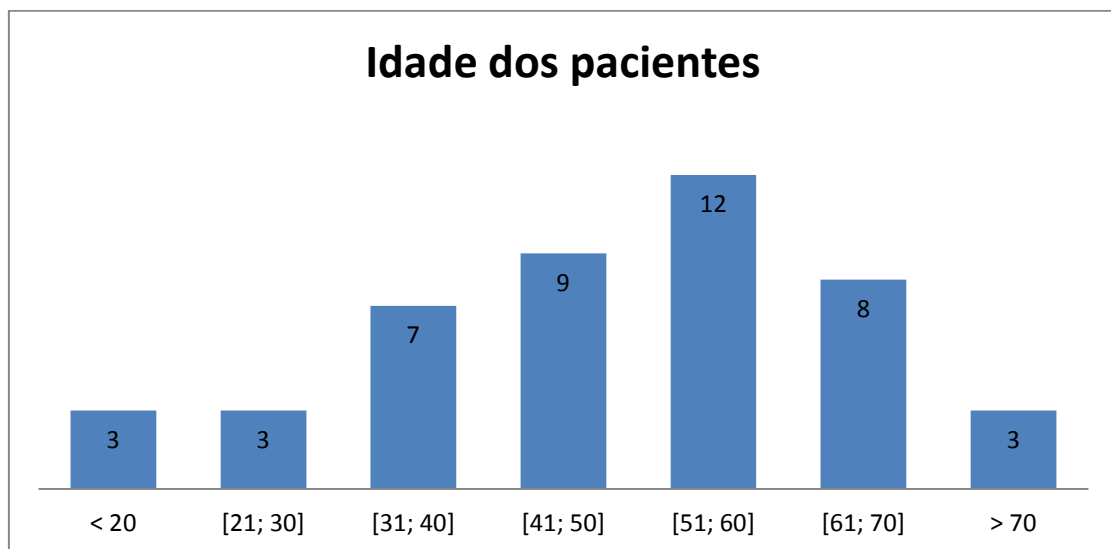


Gráfico 3. Distribuição dos pacientes por faixa etária.

Relativamente à classificação do estado físico de cada paciente atendido, 28 são ASA I, 20 eram ASA II e 1 era ASA III (Quadro 1). Dos 20 pacientes ASA II, 10 eram Hipertensos, 5 apresentavam Hipercolesterolemia, 2 sofriam de Diabetes II, 1 já foi submetido a radioterapia, 3 apresentavam quadros de depressão, 1 apresentava Hipertiroidismo e outro de Nefropatia, 1 sofria de Transtorno Bipolar e outro de Epilepsia, 2 eram alérgicos à Penicilina. Destes mesmos 20, metade tomava diariamente mais do que um medicamento.

Quadro 1 Classificação do estado físico dos pacientes de acordo com a patologia ou medicação associada (ASA, 1963).

Estado Físico	Nº de pacientes
ASA I	28
ASA II	20
ASA III	1
ASA IV	0
ASA V	0

Em relação aos hábitos tabágicos, 41 pacientes não fumavam, 6 pacientes eram fumadores e 2 eram ex-fumadores (Gráfico 4). O número médio de cigarros fumados por dia era de 15 cigarros.

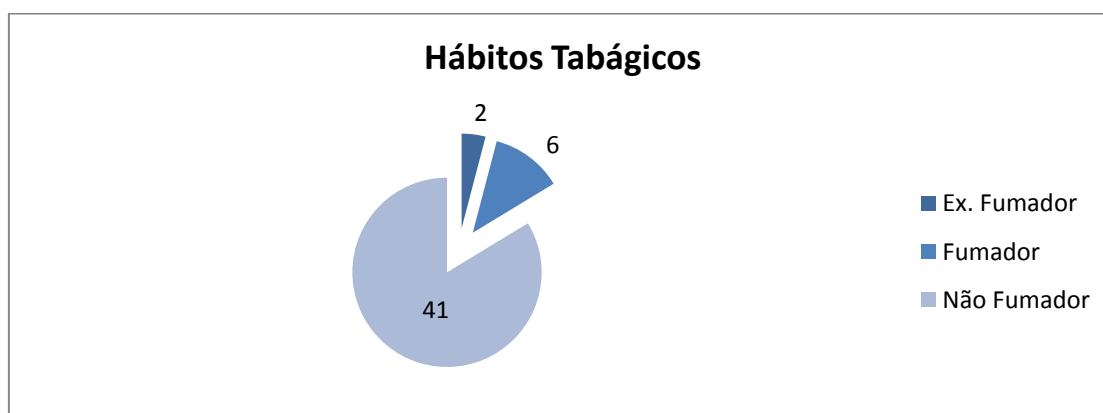


Gráfico 4. Hábitos tabágicos dos pacientes atendidos pelo grupo de trabalho.

No que diz respeito à higiene oral, 23 pacientes afirmavam escovar os dentes 2 vezes por dia, 2 escovavam pelo menos 3 vezes por dia e 1 dos pacientes escovava pelo menos 4 vezes por dia. Vinte pacientes escovavam apenas 1 vez, e 5 afirmaram não escovar os dentes (Gráfico 5). Dos 49 pacientes, nenhum utilizava fio dentário.

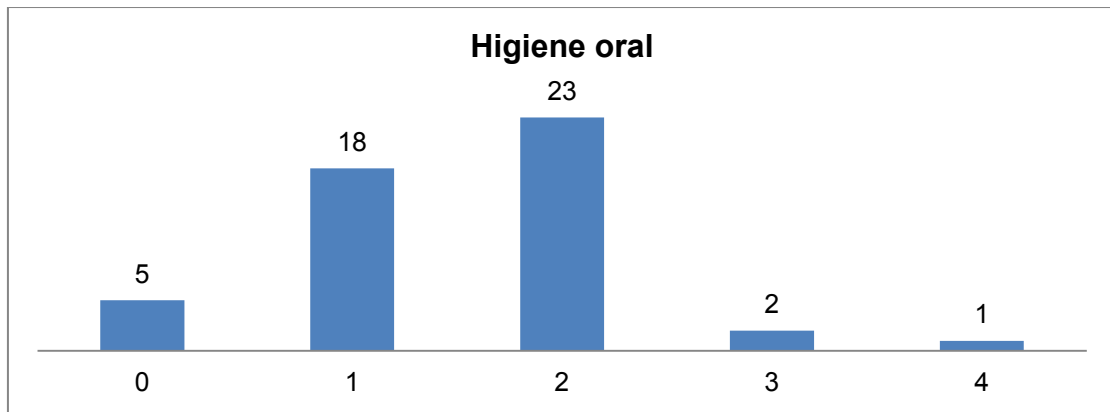


Gráfico 5. Distribuição dos pacientes observados de acordo com o número de escovagens diárias.

O principal motivo que faz com que o paciente se desloque à consulta de Medicina Dentária é a odontalgia, estando presente em 49% dos pacientes. Cerca de 27% dos pacientes atendidos pelo grupo de trabalho deslocaram-se à clínica para consulta de “*check-up*”. Aproximadamente 18% apareceu na consulta devido a fraturas de dentes e/ou de restaurações pré-existentes ou devido a mobilidade dentária (Gráfico 6).

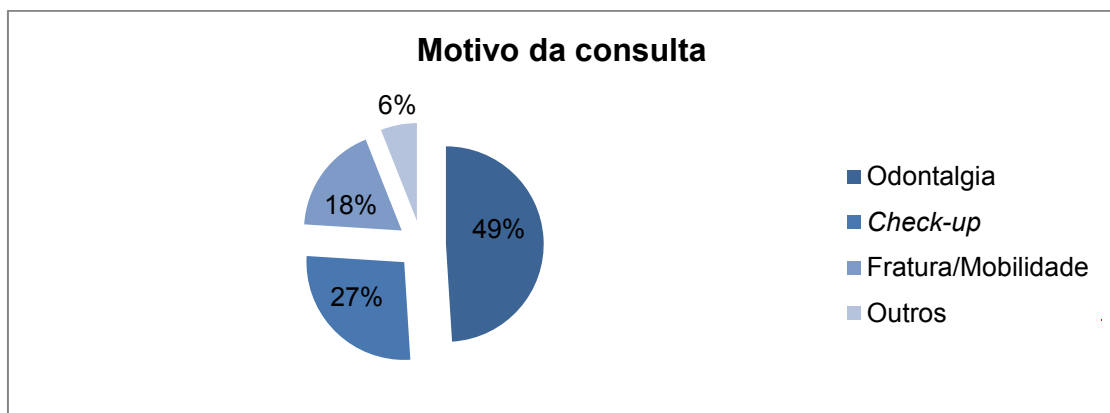


Gráfico 6. Distribuição dos pacientes de acordo com o motivo da consulta.

Ao longo dos dois semestres foram registadas 25 faltas de pacientes às consultas estipuladas para o grupo de trabalho.

3.2. MEDICINA ORAL

3.2.1. ENQUADRAMENTO

A Medicina Oral é a área da Medicina Dentária que se preocupa com o diagnóstico clínico e tratamento não cirúrgico de patologias que afectam a região orofacial. No contexto geral da área disciplinar, de acordo com o programa da disciplina, foi dada ênfase à elaboração de uma história clínica detalhada visando a orientação e tratamento de doentes medicamente comprometidos e com patologia sistémica associada (*stress*, ansiedade e fobia; patologia gastrointestinal, hepática ou renal; distúrbios endócrinos; doente diabético, hemofílico ou hipocoagulado; xerostomia; doente asmático; doente grávida), bem como ao diagnóstico, tratamento e/ou referência de patologia da cavidade oral e da região maxilofacial, incluindo a oncologia oral.

O programa foi cumprido em 32 horas semestrais, em blocos de 2 horas semanais, num total de 64 horas.

3.2.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 10 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 6 foram como operador e 4 como assistente (Gráfico 7).

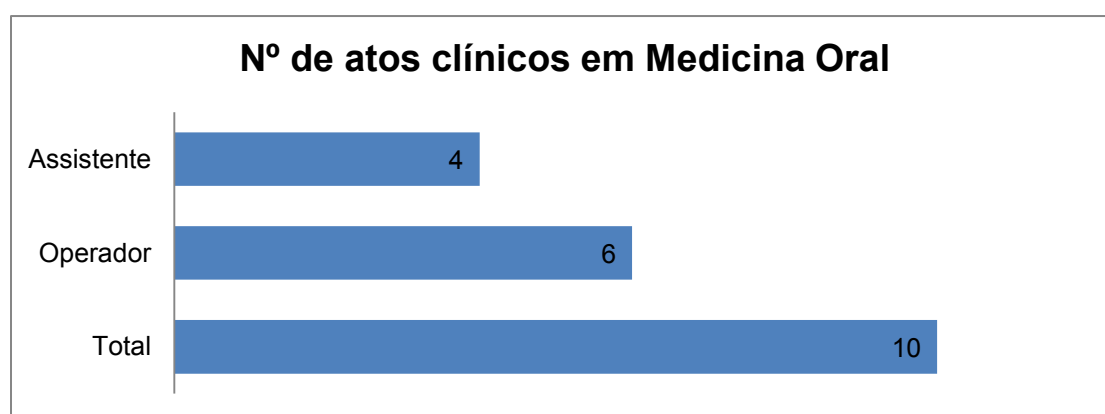


Gráfico 7. Distribuição dos atos clínicos realizados a Medicina Oral, como operador e como assistente.

Foram diagnosticadas algumas patologias em pacientes diferentes. Dois pacientes do sexo feminino com 37 e 54 anos apresentavam Língua Geográfica. Paciente do

sexo masculino com 40 anos apresentava lesão de líquen plano. Paciente do sexo masculino com 55 anos apresentava um fibroma reacional provocado por traumatismo dentário. Foram ainda detetados pacientes com Hipertensão, Hipercolesterolemia, Cirrose Hepática, Hiperplasia Prostática, Osteoporose, Diabetes tipo II e com Síndrome Vertiginosa.

3.3. DENTISTERIA OPERATÓRIA

3.3.1. ENQUADRAMENTO

A Dentisteria Operatória é a área da Medicina Dentária que visa a aprendizagem de métodos e técnicas preventivas e restauradoras que possibilitem a contenção de lesões de cárie. Esta área permite também intervir na reabilitação de dentes com alterações de cor, forma e textura que afetam a estética dentária. A Dentisteria Operatória opera também no tratamento de dentes alvo de traumatismo, e com patologia pulpar reversível ou de transição. De acordo com o programa da área disciplinar é esperado que os alunos sejam capazes de recolher uma história clínica cuidada e relevante, elaborar corretamente o diagnóstico e definir o plano de tratamento. O aluno deve ter a capacidade de executar o plano de tratamento, conhecendo e aplicando os protocolos de ação clínica das diferentes técnicas. Deve ser capaz de selecionar o material e a técnica de restauração adequados.

O programa foi cumprido em 48 horas de contacto por semestre, em blocos de 3 horas semanais, num total de 96 horas.

3.3.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 27 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 11 foram como operador e 16 como assistente Gráfico 8.

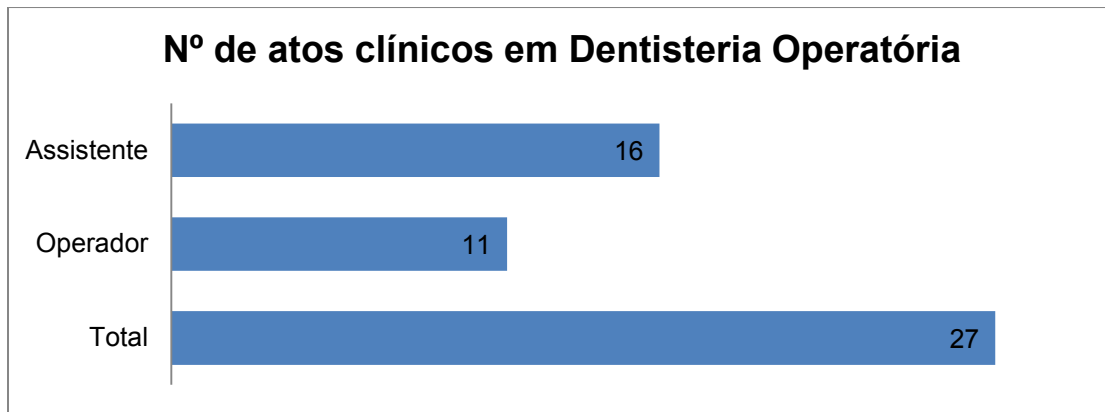


Gráfico 8. Distribuição dos atos clínicos realizados a Dentisteria Operatória, como operador e como assistente.

No decorrer da prática clínica dos dois semestres foram realizadas 18 restaurações de classe II e Classe V em molares e pré-molares. Destas, 15 foram feitas em compósito e 3 em amálgama. Nestas restaurações foi utilizada uma matriz moldável metálica ou transparente, de acordo com o tipo de classe. Foram realizadas 6 restaurações em dentes anteriores, com implicações estéticas, correspondentes a classes III e IV, restauradas com compósito com o auxílio de matriz transparente. Foram realizadas 2 restaurações recorrendo a coroas de acetato pré-formadas, devido ao facto de os dentes estarem extensamente destruídos. Foi ainda realizada uma restauração com aplicação de um espigão intrarradicular de fibra de vidro. Cerca de 30% das restaurações realizadas necessitaram da aplicação de proteção pulpar indireta.

3.4. ENDODONTIA

3.4.1. ENQUADRAMENTO

A Endodontia complementa a Dentisteria Operatória no que diz respeito ao tratamento de lesões pulpares irreversíveis ou de necrose pulpar. Em Endodontia é necessário um diagnóstico efetivo. Este diagnóstico é feito atendendo à sintomatologia descrita pelo paciente, complementado com o exame clínico intraoral, e através de testes de vitalidade pulpar como a precursão vertical/horizontal, o teste de sensibilidade ao frio/calor, o teste de cavidade, e ainda

o exame radiográfico. Um vez estabelecido o correcto diagnóstico o tratamento endodôntico é dividido em várias etapas: acesso cameral (que difere entre dentes); reconhecimento dos canais; determinação da odontometria de trabalho; instrumentação canal; conometria e obturação (que pode ser com vários materiais e diferentes técnicas). Segundo o programa da disciplina, os alunos devem ser capazes de estabelecer o diagnóstico e as metodologias a implementar nos tratamentos, assim como saber executar todos os passos dos tratamentos endodônticos em pacientes. O programa foi cumprido em 48 horas de contacto por semestre, em blocos de 3 horas semanais, num total de 96 horas.

3.4.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 13 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 8 foram como operador e 5 como assistente (Gráfico 9).

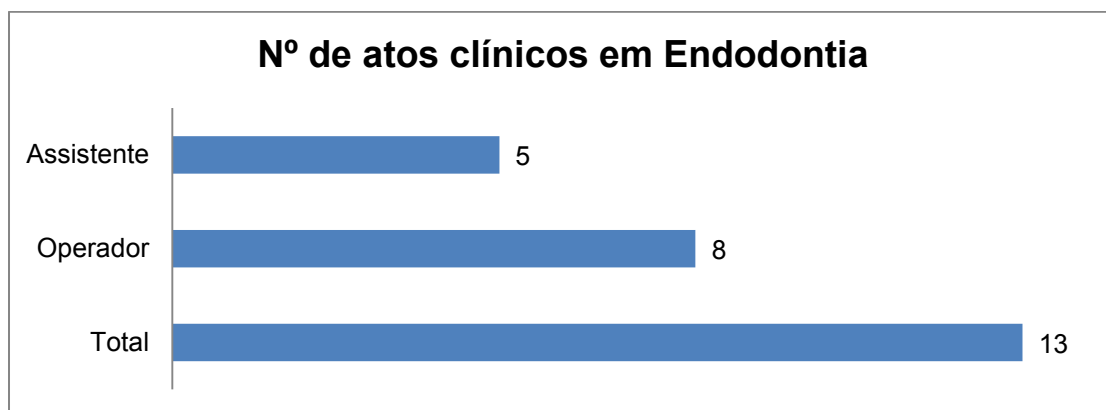


Gráfico 9. Distribuição dos actos clínicos realizados a Endodontia, como operador e como assistente.

No decorrer da atividade clínica dos dois semestres foram endodonciados 3 dentes, 2 como operador e 1 como assistente. Os 3 dentes obturados foram 3 molares inferiores, com 3 canais radiculares, 2 canais mesiais e 1 canal distal. Todos os canais foram instrumentados segundo a técnica telescópica ou semi-telescópica. Foram utilizadas apenas limas K, padronizadas. A obturação foi feita através da técnica de condensação vertical de guta-percha.

3.5. PERIODONTOLOGIA

3.5.1. ENQUADRAMENTO

A Periodontologia é a área da Medicina Dentária que se ocupa das estruturas de suporte dentário. Essas estruturas são a gengiva, o ligamento periodontal, o cimento radicular e o osso alveolar. Nesta área disciplinar foram estudados a anatomia e as características saudáveis destas estruturas, bem como as suas alterações patológicas, que resultam nas doenças designadas periodontais. De acordo com o programa da disciplina o aluno deve ser capaz de examinar cada doente, estabelecer um diagnóstico e plano de tratamento adequados, que envolvem desde o desbridamento mecânico da placa, como a sensibilização para a higiene oral, instrução de técnicas de escovagem, e elaboração de planos de consulta de suporte. O aluno deve ser também capaz de avaliar a necessidade e planejar a execução de cirurgias mucogengivais: gengivectomia para redução de bolsas periodontais; aumento gengival para recobrimento de resseções; frenectomia e gengivectomia para permitir terapêutica restauradora, entre outras. O programa foi cumprido em 32 horas de contacto em cada semestre, em blocos de 2 horas por semana, num total de 64 horas.

3.5.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 17 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 9 foram como operador e 8 como assistente (Gráfico 10). Para todos os pacientes observados foram investigados os hábitos de higiene, a profundidade das bolsas periodontais (medida com sonda periodontal), o índice de placa oral, a presença de sangramento durante a sondagem. Foi avaliada a presença e dimensão de resseções gengivais, bem como a presença de mobilidade dentária. Todos estes parâmetros foram obtidos de forma sistemática, e registados no *software Newsoft*®. Foi também elaborado um *status* radiográfico de toda a dentição de cada doente.



Gráfico 10. Distribuição dos atos clínicos realizados a Periodontologia, como operador e como assistente.

Relativamente ao diagnóstico em Periodontologia importa evidenciar o carácter da doença periodontal. Esta pode ser crónica ou agressiva. Os pacientes atendidos pelo grupo de trabalho foram diagnosticados na sua totalidade com doença periodontal crónica, sendo que 6 sofriam de periodontite crónica moderada e 5 de periodontite crónica avançada. Os atos clínicos realizados pelo grupo de trabalho correspondem a consultas de diagnóstico/controlo, consultas de desbridamento mecânico da placa com ultra-som, e consultas de raspagem e alisamento radicular com recurso a curetas metálicas. Foi também elaborada a construção de uma férula rígida em fibra de vidro, no 5º sextante, para diminuir a mobilidade das peças dentárias desse paciente.

3.6. CIRURGIA ORAL

3.6.1. ENQUADRAMENTO

A Cirurgia Oral é a área da Medicina Dentária que se debruça sobre a realização de cirurgias dento-alveolares, simples e complexas. Nesta área disciplinar é imperativo a abordagem do doente como um todo, reflectir sobre o seu estado de saúde geral, bem como a sua história clínica pormenorizada visando o tratamento de pacientes medicamente comprometidos e/ou a tomar medicação que possa afetar negativamente o ato cirúrgico.

De acordo com o programa da disciplina, compete ao aluno conhecer os princípios gerais de exodontia, o material utilizado, a técnica cirúrgica para cada um dos dentes e as possíveis complicações, aplicada à prática clínica com pacientes; saber efetuar corretamente exodontia de dentes mono e multirradiculares; saber tratar as emergências das infeções de origem odontogénica; controlar as complicações pós-operatórias; diagnosticar e planear exodontia de dentes semi-inclusos e submucosos; reconhecer e respeitar o protocolo de pacientes de risco. O programa foi cumprido em 32 horas de contacto em cada semestre, em blocos de 2 horas por semana, num total de 64 horas.

3.6.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 13 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 7 foram como operador e 6 como assistente (Gráfico 11).

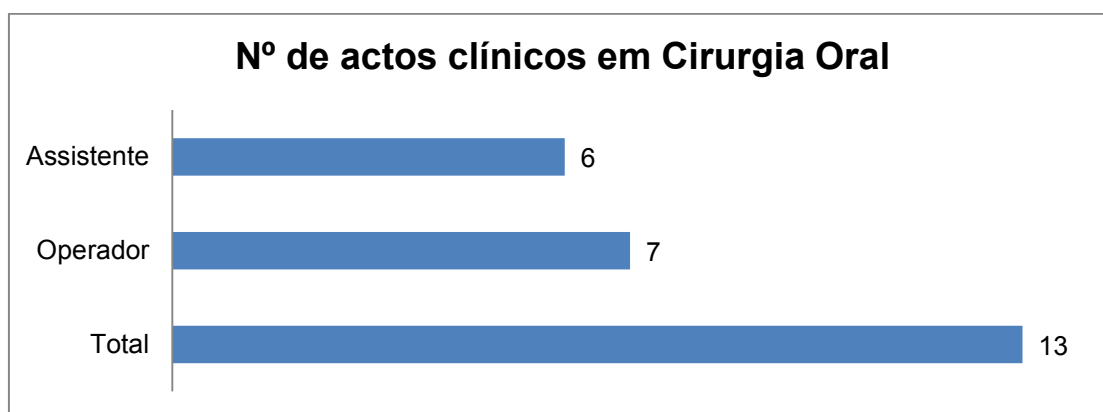


Gráfico 11. Distribuição dos atos clínicos realizados a Cirurgia Oral, como operador e como assistente.

Durante a atividade clínica foram extraídos peças dentárias completas e restos radiculares. Foram extraídos dentes monorradiculares e dentes multirradiculares. Foi realizada a enucleação de dois quistos de origem dentária. Foi feito o encerramento de uma comunicação oroantral. As extrações foram feitas na sua maioria pela técnica fechada, havendo necessidade de odontosseccção para separar as diferentes raízes em dentes molares.

3.7. PRÓTESE REMOVÍVEL

3.7.1. ENQUADRAMENTO

A Prótese Removível tem como objetivo a reabilitação oral através da substituição de dentes perdidos ou ausentes, por uma estrutura com dentes artificiais, que é facilmente inserida/removida da cavidade oral, pelo paciente. O tipo de edentulismo vai determinar o tipo de prótese, estando indicado para pacientes desdentados totais próteses totais acrílicas. Aos pacientes com edentulismo parcial pode ser recomendada uma prótese parcial esquelética ou acrílica. As próteses removíveis obtêm a sua retenção e suporte nas peças dentárias presentes e/ou tecidos mucogengivais. Assim, é imperativo, nesta área, a avaliação do estado dos dentes pilares, dos tecidos de suporte e das áreas desdentadas. É essencial que antes de qualquer tipo de reabilitação oral, o paciente apresente saúde oral.

De acordo com o programa da área disciplinar, o aluno deve saber e ser capaz de executar todos os procedimentos clínicos essenciais à reabilitação de desdentações parciais, sobretudo em casos de classe I, II e III da classificação da *AmericanCollegeofProsthodontics*, os procedimentos clínicos essenciais à reabilitação de desdentações totais, e ainda ser capaz de comunicar com o laboratório de prótese dentária, transmitindo a informação fundamental para a confeção correta da prótese. O programa foi cumprido em 64 horas de contacto em cada semestre, 4 horas por semana, num total de 128 horas.

3.7.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 36 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 22 foram como operador e 14 como assistente (Gráfico 12).

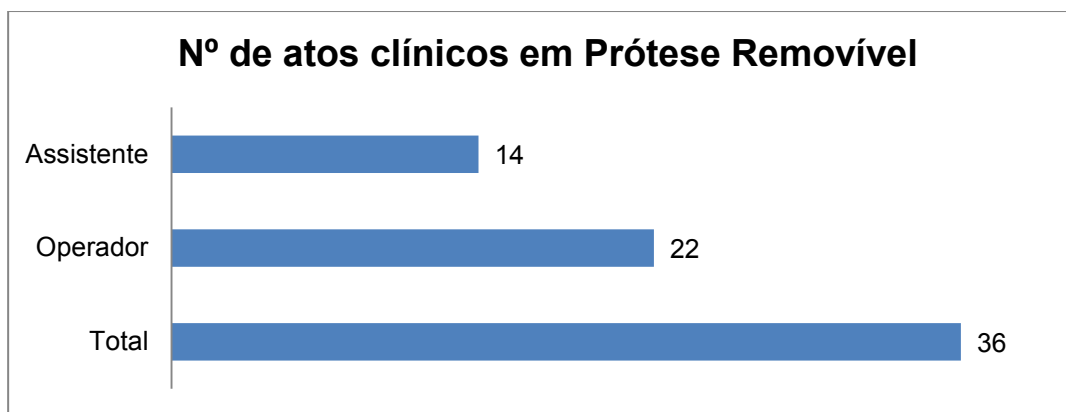


Gráfico 12. Distribuição dos atos clínicos realizados a Prótese Removível, como operador e como assistente.

No decorrer da atividade clínica foram observados 5 pacientes, dos quais 3 foram reabilitados em prótese removível, os restantes eram já portadores de prótese removível, sendo as suas consultas apenas de *follow-up*.

Dos 3 pacientes reabilitados, todos eram desdentados em ambas as arcadas. Um deles era desdentado total maxilar e apresentava uma classe III de Kennedy mandibular, tendo sido reabilitado com uma prótese parcial esquelética inferior e uma prótese total acrílica superior. Outro paciente apresentava uma classe III maxilar e classe I mandibular extensa, foi reabilitado com uma prótese parcial esquelética na arcada superior, e uma prótese parcial acrílica na arcada inferior. O terceiro paciente apresentava classe III em ambas as arcadas, foi reabilitado com prótese parcial esquelética superior e inferior.

3.8. PRÓTESE FIXA

3.8.1. ENQUADRAMENTO

A Prótese Fixa é a ciência e arte que visa a reabilitação oral do paciente, devolvendo a função, conforto, estética e saúde oral ao doente, quando este apresenta uma condição clínica associada à falta ou deficiência de dentes. A intervenção desta área acontece quando existe perda de estrutura dentária extensa, por trauma ou cárie, em que a um remanescente dentário reduzido é devolvida a

anatomia e função através de coroas e incrustações. Intervém também quando se quer repor dentes ausentes, onde existem dentes contíguos e com condições favoráveis para desempenharem função de dentes pilares. De acordo com o programa da disciplina, compete ao aluno ser capaz de compreender e identificar as situações nas quais é indicado o recurso da prótese fixa, bem como as limitações desta reabilitação. O aluno deve ser capaz de realizar todos os procedimentos necessários à reabilitação em prótese fixa, desde o diagnóstico, à preparação dentária para restaurações unitárias ou não unitárias, incluindo dentes extensamente destruídos; a confeção de restaurações provisórias usando técnicas diretas e indiretas para os preparos efetuados; a tomada de impressões dos dentes preparados; a prova de infra-estruturas das restaurações, e a execução de cimentação definitiva escolhendo o cimento adequado.

O programa foi cumprido em 64 horas por semestre, 4 horas por semana num total de 128 horas.

3.8.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 9 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 6 foram como operador e 5 como assistente (Gráfico 13).

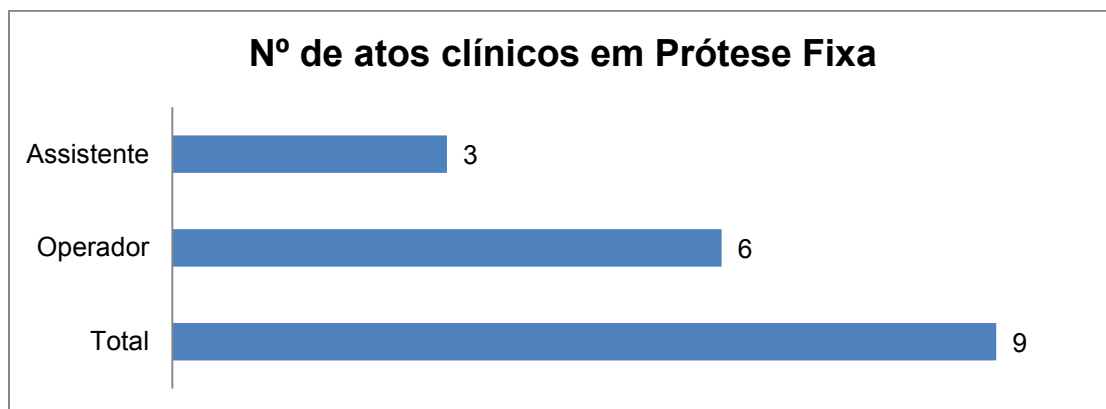


Gráfico 13. Distribuição dos atos clínicos realizados a Prótese Fixa, como operador e como assistente.

Durante o período de atividade clínica foram realizadas 3 primeiras consultas e 3 consultas de *follow-up*. Foi realizada a restauração de um dente 36 extensamente destruído, com amálgama, dando especial atenção à criação de pinos

intracanales de amálgama. Nesta situação a amálgama serviu como infraestrutura para o assentamento de uma coroa metalocerâmica. Foi ainda confeccionada uma restauração provisória para o preparo dentário de um dente 21, em acrílico, que foi cimentada provisoriamente com cimento *Ketactm* da marca **3M ESPE**. Realizou-se também uma consulta de prova de infraestrutura, falso-coto-fundido, para os dentes 31, 32, 41 e 42.

3.9. OCLUSÃO

3.9.1. ENQUADRAMENTO

A Oclusão é a área que se dedica ao diagnóstico, prevenção e tratamento das disfunções relacionadas com a articulação temporomandibular. A etiologia destas patologias é multifatorial, sendo que podem ser considerados três grandes grupos de fatores etiológicos: o anatômico; o neuromuscular e o psicológico. Assim, estes fatores podem agir juntos, ou ocorrer a prevalência de um fator sobre os outros. No entanto, uma grande parte dos distúrbios temporomandibulares é causada pela utilização excessiva dos músculos da mastigação. Ao longo do tempo, este uso exagerado pode provocar desgastes dentários, dores dentárias, dores musculares e/ou dores articulares.

O tratamento de alguns distúrbios temporomandibulares pode passar pela confecção de um *Stop Oclusal Anterior* (ou Jig), ou de uma goteira de oclusão em relação cêntrica(ou de relaxamento muscular). Por outro lado, e uma vez que se trata de uma condição com etiologia multifatorial, muitas vezes é necessário um tratamento multidisciplinar com encaminhamento do paciente para especialidades como a fisioterapia, a neurologia e a psicologia.

Nesta área é imprescindível o conhecimento morfológico das estruturas anatómicas envolvidas em todo o processo da mastigação: articulação, músculos, ligamentos e dentes.

É ainda essencial saber montar e programar o articulador semi-ajustavel *SAM-II* para ser possível uma reprodução em laboratório mais fiável das relações intermaxilares do paciente.

O programa foi cumprido durante o primeiro semestre em 45 horas, distribuídas por 3 horas semanais, e durante o segundo semestre em 32 horas, distribuídas por 2 horas semanais, perfazendo um total de 77 horas.

3.9.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 4 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 2 foram como operador e 2 como assistente (Gráfico 14).

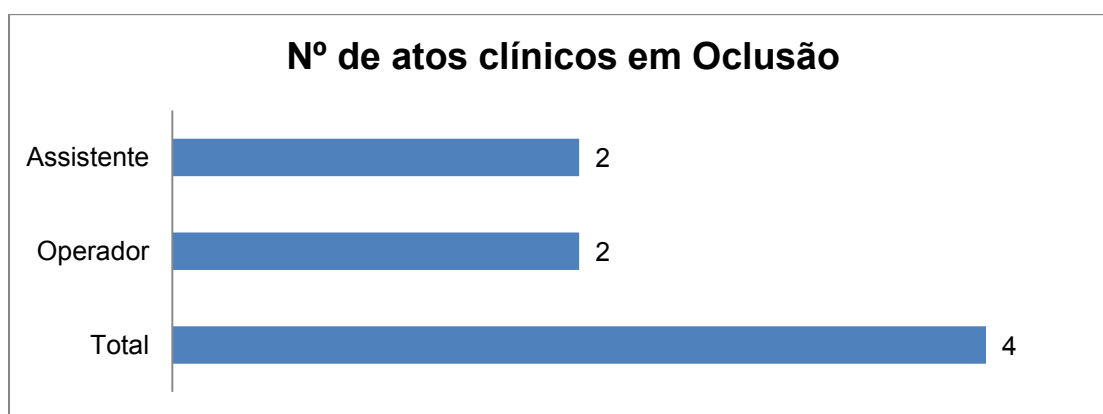


Gráfico 14. Distribuição dos atos clínicos realizados a Oclusão como operador e como assistente.

No decorrer da atividade clínica foram observados 3 doentes, para os quais foi feita a recolha de dados com base no questionário da ficha de Critérios de Diagnóstico para Pesquisade Disfunções Temporomandibulares (RDC/DTM). Foram feitas duas primeiras consultas onde se fez o levantamento da história clínica, exame clínico, e diagnóstico associado, registo fotográfico e confeção de modelos de estudo em gesso.

Foram feitas duas consultas de montagem dos modelos em articulador *SAM-II*, e programação do mesmo. Uma destas montagens teve como objetivo estabelecer as relações inter-maxilares a fim de reabilitar todo o setor anterior inferior do paciente

com prótese fixa. A outra montagem destinava-se ao estudo e planeamento da confecção de goteira de oclusão em relação cêntrica.

3.10. ODONTOPEDIATRIA

3.10.1. ENQUADRAMENTO

A Odontopediatria é uma especialidade da Medicina Dentária que se ocupa do diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças que afetam a cavidade oral dos pacientes com dentição decídua e mista. A Odontopediatria é responsável pela prestação de cuidados de saúde oral a crianças e jovens, desde o nascimento até ao final da adolescência. É nesta área que são assistidos pacientes com necessidades cognitivas especiais. O tratamento de crianças apresenta alguns desafios, principalmente no controlo do comportamento destas. Existem várias técnicas que auxiliam na modelação do comportamento da criança, de entre elas são: a técnica de modelação da voz; a técnica demonstrativa “*dizer-mostrar-fazer*”; técnicas de reforço positivo com oferta de presentinho no final da consulta; ou ainda técnicas de restrição física ou farmacológica.

Nesta área clínica o aluno deve ser capaz de atuar clinicamente tendo em consideração as especificidades psicossomáticas que diferenciam a criança do adulto. Deve conhecer as diferentes etapas evolutivas do sistema estomatognático, bem como as implicações decorrentes do estado de contínuo crescimento e desenvolvimento no que diz respeito à planificação dos tratamentos a executar.

O programa foi cumprido em 32 horas por semestre, 2 horas por semana num total de 64 horas.

3.10.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 4 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 2 foram como operador e 2 como assistente (Gráfico 15).

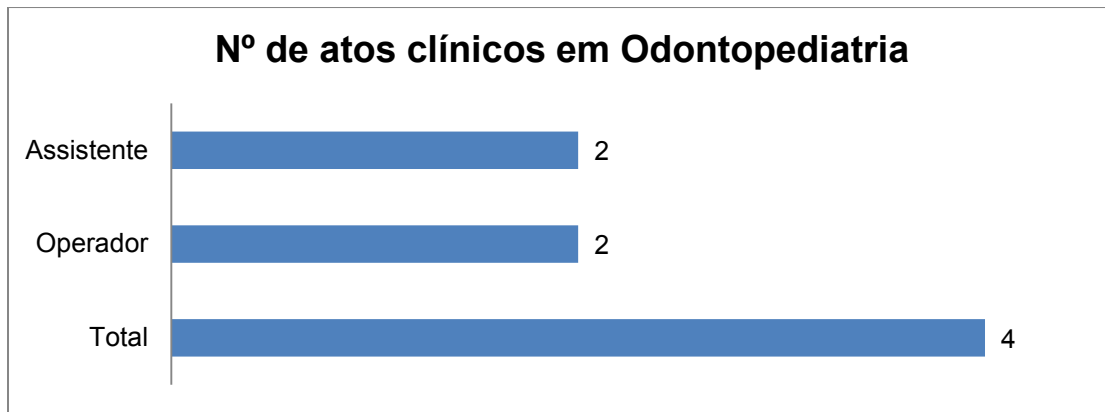


Gráfico 15. Distribuição dos atos clínicos realizados a Odontopediatria como operador e como assistente.

Durante a atividade clínica foram realizadas 3 consultas nas quais foram extraídos dentes decíduos. Os motivos das extrações foram sempre lesões de cárie extensas. Numa consulta realizou-se a aplicação de selantes de fissura nos quatro primeiros-molares permanentes.

3.11. ORTODONTIA

3.11.1. ENQUADRAMENTO

A especialidade de Ortodontia requer por parte de quem a pratica uma formação adicional junto do colégio de Ortodontia. Esta especialidade da Medicina Dentária visa o tratamento das más-oclusões, devolvendo aos pacientes uma aparência facial e dentária mais agradável. O seu ensino pré-graduado tem como objetivo introduzir os principais conceitos desta especialidade aos futuros médicos dentistas. De acordo com o programa da disciplina, o aluno deve ser capaz de recolher toda a informação pertinente ao estabelecimento de um diagnóstico correto: elaboração de um exame clínico detalhado; confeção de modelos de estudo adequados; registo fotográfico cuidado; ser capaz de fazer a análise cefalométrica com recurso a telerradiografia. Compete ao aluno também, saber identificar quais as condições patológicas que requerem tratamento precoce, como todos os tipos de mordida cruzada, mordida aberta e situações de classe II e III esquelética. O aluno deve

ainda ser capaz de estabelecer os objetivos do tratamento ortodôntico e esboçar um plano de tratamento.

O programa foi cumprido em 24 horas de contacto teórico-prático e 8 horas de contacto clínico por semestre, 2 horas por semana num total de 64 horas.

3.11.2. EXPOSIÇÃO DE DADOS

Durante os dois semestres, foram realizados 8 atos clínicos pelo grupo de trabalho, dos quais 5 foram como operador e 3 como assistente (Gráfico 16).

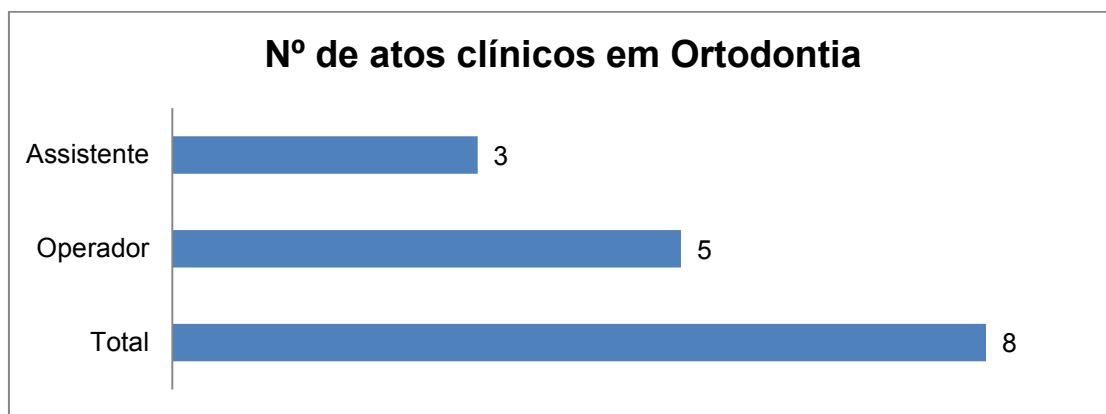


Gráfico 16. Distribuição dos atos clínicos realizados a Ortodontia como operador e como assistente.

Todas as consultas foram com o mesmo paciente. Na primeira consulta foi elaborada uma anamnese detalhada, feito um exame clínico minucioso, acompanhado de registo fotográfico intra e extra-oral, e da confeção de modelos de estudo, em gesso. Recolheu-se o registo radiográfico sobre a forma de telerradiografia de perfil, e ortopantomografia. Posteriormente os dados foram analisados e estabeleceu-se o diagnóstico, objetivos e plano de tratamento que foram apresentados à família da paciente na consulta seguinte.

Paciente feminino, com 8 anos de idade. Foi evidenciada a presença de mordida cruzada posterior unilateral esquerda. O tratamento sugerido foi a expansão da arcada superior com auxílio de uma placa de Hawley com parafuso de expansão assimétrica.

A inserção do aparelho foi efectuada na terceira consulta. Tanto a paciente como a sua família foi instruída do correto uso do aparelho bem como da sua higienização. Até à data, a paciente tem sido acompanhada em consultas de *follow-up*, pelo grupo de trabalho, onde a evolução do tratamento é avaliado. Na última consulta, verificou-se uma expansão de 3,4 mm da arcada superior. No entanto esta não é suficiente para descruzar a mordida, pelo que o tratamento tem de continuar.

4. DISCUSSÃO

Neste relatório foram analisados 142 atos clínicos, 79 como operador e 63 como assistente. Foram observados um total de 49 pacientes, o que significa que houve vários pacientes a serem observados mais do que uma vez e/ou em mais do que uma área disciplinar. Isto é gratificante no sentido em que nos indica que os nossos pacientes mostram vontade de cumprir os planos de tratamento estabelecidos.

Dos pacientes observados 68% (28) são mulheres e 42 % (21) são homens. Esta diferença pode ser explicada pelo facto de as mulheres, de forma geral, responderem mais positivamente a ações de promoção de saúde ⁽¹⁴⁾, como pela maior incidência de lesões de cárie nas mulheres. A maior incidência das lesões de cárie em mulheres, em comparação com homens, foi demonstrada em vários estudos ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Para isto contribuem fatores como a composição e fluxo salivar, variações hormonais, hábitos alimentares, e variações genéticas ⁽¹⁷⁾.

As mulheres produzem menos saliva do que os homens, o que reduz a capacidade de remoção de resíduos alimentares dos dentes. Estudos sugerem a existência de correlação entre os estrogénios e a formação de cáries, com efeito cumulativo, promovendo a formação de cáries em especial durante a puberdade e a gravidez ^(15, 16). Ainda durante a gravidez existe uma redução da atividade anti-microbial da saliva por alteração da sua composição química, diminuição da resposta imunitária e desejos por alimentos altamente calóricos e doces (em particular no terceiro trimestre de gestação), o que agrava ainda mais a predisposição à cárie ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

A Amelogenina (AMELX) é um gene localizado no braço curto do cromossoma X. A proteína que expressa constitui 90% da matriz do esmalte. Desta forma mutações ou deleções neste gene resultam em amelogénese imperfeita associada ao cromossoma X. A produção diminuída ou deficiente da proteína amelogenina pode perturbar a formação do esmalte e consequentemente aumentar a susceptibilidade à cárie. Nas mulheres, em cada célula é inativado aleatoriamente um dos cromossomas X. Desta maneira se o gene AMELX estiver comprometido em algum dos cromossomas, e o mosaicismo apresentar predomínio do cromossoma X com o gene anómalo, existirá prejuízo na produção de amelogenina. No homem este efeito

não se verifica da mesma maneira, uma vez que existe um gene (AMELY), homólogo ao AMELX, localizado no cromossoma Y, que por não ser inativado assegura uma produção adicional de amelogenina⁽¹⁷⁾.

Relativamente à média das idades do total dos pacientes observados esta é de 48,4 anos. A faixa etária com maior número de pacientes foi entre os 51 e os 60 anos, e a com menor número de pacientes foram as faixas etárias <20 e <30 anos. Estes valores traduzem um número baixo de pacientes jovens na consulta da clínica Universitária. Em medicina dentária a melhor forma de tratamento é a prevenção. A falta de adesão das camadas jovens à consulta de rotina de medicina dentária impossibilita muitas vezes o diagnóstico precoce de patologias orais, com consequente progressão e agravamento da doença o que limita frequentemente o prognóstico e o sucesso terapêutico, quando estes pacientes, mais tarde, procuram o médico dentista.

Esta falta de afluência de pacientes jovens pode ser atribuída ao horário das consultas na clínica Universitária ser coincidente com o período lectivo, uma vez que a clínica funciona apenas durante os dias úteis, e encerra a sua actividade durante os períodos de férias letivas (Natal, Pascoa e Verão). A falta de sensibilização dos pais para a importância da saúde oral na infância, ou por outro lado a preocupação ou falta de confiança que os pais possam ter nas competências dos estudantes de medicina dentária, para tratarem os seus filhos, e a possibilidade de usufruírem de programas de promoção de saúde oral gratuitos (ex. Cheque Dentista) junto de qualquer clínica aderente, fornecem justificações adicionais para os resultados observados.

Da mesma maneira, o horário de funcionamento da clínica é uma possível explicação para a ausência de jovens em início de atividade profissional, uma vez que estes podem ver comprometida a sua situação laboral por ausências durante o horário de trabalho.

O principal motivo que leva os pacientes a procurar a clínica Universitária é a odontalgia (49%) seguindo-se motivos como a mobilidade e fratura dentária (27%). Apenas 18% dos pacientes procura a consulta de medicina dentária para fazer um “*check-up*” de rotina. Estes valores são o reflexo de uma sociedade com baixo poder

económico – de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2015 26,6% da população residente em Portugal estava em risco de pobreza ou exclusão social ⁽¹⁸⁾ - na qual a saúde oral é um bem muitas vezes deixado para segundo plano, para o qual os pacientes apenas procuram ajuda do profissional de saúde quando já existe um problema, e este incomoda.

O tabagismo é um hábito que tem efeitos prejudiciais sobre a saúde oral já descritos. Dos pacientes observados pelo grupo de trabalho cerca de 12% são fumadores, um valor surpreendente baixo. Em 2014 cerca de um quarto (24,7%) da população residente em Portugal com idades superiores a 15 anos, era consumidora de tabaco ⁽¹⁹⁾.

No que diz respeito à higiene oral, podemos ver que a maioria dos pacientes diz escovar os dentes uma (36%) a duas (46%) vezes por dia. O número de escovagens diárias recomendado é diferente entre cada indivíduo. O número de escovagens é dependente do número de refeições diárias, e idealmente devia acontecer depois de cada refeição. Na clínica Universitária incentivamos os nossos pacientes a escovarem os dentes e passarem o fio dentário, pelo menos duas vezes por dia, sempre antes de dormir, e claro sempre com uma pasta dentífrica com flúor.

As áreas disciplinares com maior número de atos clínicos foram Prótese Removível (36), e Dentisteria Operatoria (27).

A prótese removível é um tratamento de reabilitação oral no qual é necessário que o paciente compareça a várias consultas durante a confeção da prótese. Na clínica Universitária são efetuadas no mínimo 6 consultas desde o diagnóstico até à inserção da prótese. Além disso, esta área contempla ainda várias consultas de *follow-up* gratuitas, durante os primeiros 3 meses após a inserção da prótese, para ajudar o paciente na adaptação à mesma. Neste tipo de reabilitação é frequente detetarem-se complicações como as úlceras, as epúlides, a estomatite protética e a infeção por *Candida albicans*, ou complicações como a fratura de um retentor direto ou outra parte da prótese⁽⁹⁾. É por isso importante nestas consultas, o despiste e resolução destas complicações.

A Dentisteria Operatória é uma disciplina que permite o tratamento simples, rápido e económico da patologia com maior incidência na cavidade oral: a cárie dentária. O

tratamento restaurador é eficaz no controlo da dor, e restabelecimento da função e da estética, sem grande desconforto para o paciente.

A Periodontologia surge como a terceira área disciplinar com maior número de atos clínicos. Esta área disciplinar desempenha um papel muito importante ao nível da prevenção da patologia oral. De forma sistemática, é recomendado a todos os pacientes que visitam a clínica Universitária, a avaliação da condição periodontal e o desbridamento mecânico da placa dentária com ultra-sons. Esta ação de limpeza é benéfica para a realização de qualquer outro tratamento dentário, seja uma restauração, desvitalização ou exodontia.

As áreas disciplinares com menor número de atos clínicos são a Odontopediatria (4) e a Oclusão (4).

A explicação para a baixa afluência de pacientes odontopediátricos à clínica Universitária pode ser remetida para as causas de ausência de pacientes jovens já supracitadas.

Um estudo realizado em Portugal verificou que a prevalência de sintomas de distúrbios temporomandibulares na população estudada foi de 51%, embora os sinais clínicos afetassem 72% da amostra. Neste estudo, apenas 5% dos indivíduos sentiu necessidade de recorrer a tratamento⁽²⁰⁾. O número reduzido de atos a Oclusão pode ser assim explicado pela subjectividade do paciente na percepção de necessidade de procura de tratamento. Por outro lado este resultado pode ser atribuído à falta de competência dos alunos na pesquisa de sinais e sintomas durante as consultas de triagem, e conseqüente falta de referência dos pacientes.

CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS

5. CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS

5.1. REGULARIZAÇÃO PRÉ-PRÓTÉTICA DO REBORDO ALVEOLAR COM RECURSO A CIRURGIA PIEZOELÉTRICA.

5.1.1. INTRODUÇÃO

A cirurgia piezoelétrica é um método cirúrgico promissor no corte de osso de forma meticulosa e protetora dos tecidos moles adjacentes ⁽²¹⁾. Foi introduzido em 1999 por Mectron e Tomaso Vercellotti para ultrapassar as limitações dos instrumentos tradicionais de corte de osso ^(21,22). Este método cirúrgico baseia-se no efeito piezoelétrico que possibilita o corte de tecidos duros através de vibrações ultrassônicas ⁽²²⁾. Para além de ser um método cirúrgico eficaz, existem evidências histológicas de que a cicatrização e formação de osso é mais favorável quando feita cirurgia piezoelétrica do que utilizando instrumentos de corte de osso tradicionais ⁽²¹⁾. O número de indicações para o uso deste método na comunidade médica já está estabelecido. Este método é utilizado em procedimentos cirúrgicos como rinoplastias, cirurgias ortopédicas, cirurgias da cabeça e pescoço e também cirurgias plásticas e reconstrutivas ^(21,23). As aplicações deste método na prática da Medicina Dentária têm vindo a aumentar, estando já indicado em cirurgias para extração de dentes impactados, cirurgias de implantes, cirurgias endodônticas e cirurgias periodontais ^(22,24-25).

A cirurgia piezoelétrica baseia-se no efeito piezoelétrico, descrito por Jean e Marie Curie em 1880, que afirmam que certas cerâmicas e cristais deformam (contraem e expandem) quando lhes é aplicada uma corrente elétrica ⁽²²⁾. Estas deformações resultam em vibrações com frequências ultrassônicas que são amplificadas e transferidas para uma ponta vibratória, que uma vez usada sobre tecido ósseo resulta num fenómeno de cavitação – efeito de corte mecânico que acontece exclusivamente em tecidos mineralizados ⁽²¹⁾.

Um equipamento piezoelétrico é composto por uma unidade principal, uma peça-de-mão, uma ponta ativa, um pedal de ativação e sistema de refrigeração ⁽²¹⁾. Tanto a frequência das vibrações, como o poder de corte e o volume de irrigação podem ser ajustados. A frequência utilizada é geralmente 25 a 30 kHz. Estas frequências causam microvibrações de 60 a 210 µm de amplitude, e permitem à peça-de-mão voltagens de mais de 5 W ^(21,22). Existem vários tipos de pontas ativas, com funções diferentes (ex. *scalpel*, cone compressor, boné *harvester*, *sharp-tippedsaw*). Cada equipamento piezoelétrico tem também vários modos pré-programados com diferente poder de corte para as várias indicações (ex. corte de osso cortical, alisamento e regularização de margens ósseas, tratamento apical de raízes, entre outros) ⁽²¹⁾. A cirurgia Piezoelétrica requer irrigação constante para evitar o sobreaquecimento dos tecidos ^(22,24). Os equipamentos estão munidos de sistema de irrigação que permite manter a temperatura baixa e uma visibilidade adequada do campo operatório ⁽²²⁾. A solução irrigadora mais utilizada é uma solução salina que deve ser refrigerada a 4 °C ^(21,24-25).

5.1.2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 70 anos de idade, ASA II, ex-fumador, desdentado total, portador de duas próteses parciais removíveis desadaptadas. O paciente dirigiu-se à Clínica Universitária com interesse em reparar/substituir as suas próteses antigas. Foi sugerida ao paciente a confecção de duas próteses totais removíveis acrílicas. Durante a avaliação clínica verificou-se a necessidade de regularizar o rebordo alveolar mandibular remanescente (Figura 1) de forma a promover uma melhor adaptação da nova prótese aos tecidos.

Para a cirurgia efetuou-se um retalho em envelope com uma única incisão mucoperióstea, desde a zona retromolar direita até à zona retromolar esquerda (Figura 2). Fez-se o descolamento do retalho para língual e vestibular. O retalho foi fixado em língual com ajuda de um ponto colchoeiro. O tecido ósseo foi então cortado com o aparelho piezoelétrico (Figuras 3, 4 e 5). Uma vez regularizado o rebordo alveolar, os bordos do retalho foram aproximadas e suturadas, com sutura contínua travada (Figura 6).

Foi feita a prescrição de metilprednisolona 16 mg, em comprimido, com a indicação posológica para a toma de 3 comprimidos no 1º dia, 2 comprimidos no 2º dia, e 1 comprimido no 3º dia, pós-cirurgia. Foi também prescrito paracetamol 1000 mg, com a indicação posológica para a toma de 1 comprimido de 8 em 8 horas, em caso de sintomatologia dolorosa.

Foram feitas consultas de *follow-up* ao fim de uma, três e seis semanas (Figura 6, 7 e 8 respetivamente). Não foram verificadas qualquer tipo de complicações. Ao fim da sexta semana foi dada indicação ao paciente para a continuação da confecção da prótese.



Figura 1, Fotografia intraoral pré-operatória – aspecto inicial.



Figura 2. Fotografia intraoral da incisão realizada.

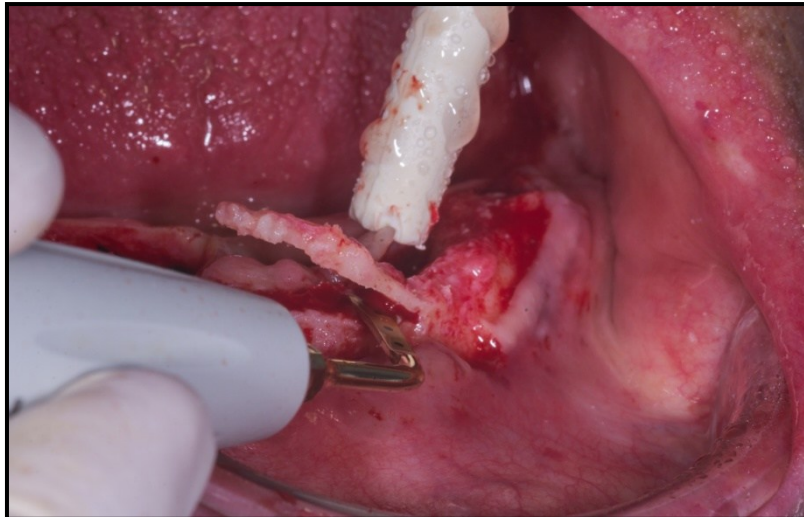


Figura 3. Fotografia Intraoral no momento de osteotomia com o equipamento piezoelétrico.

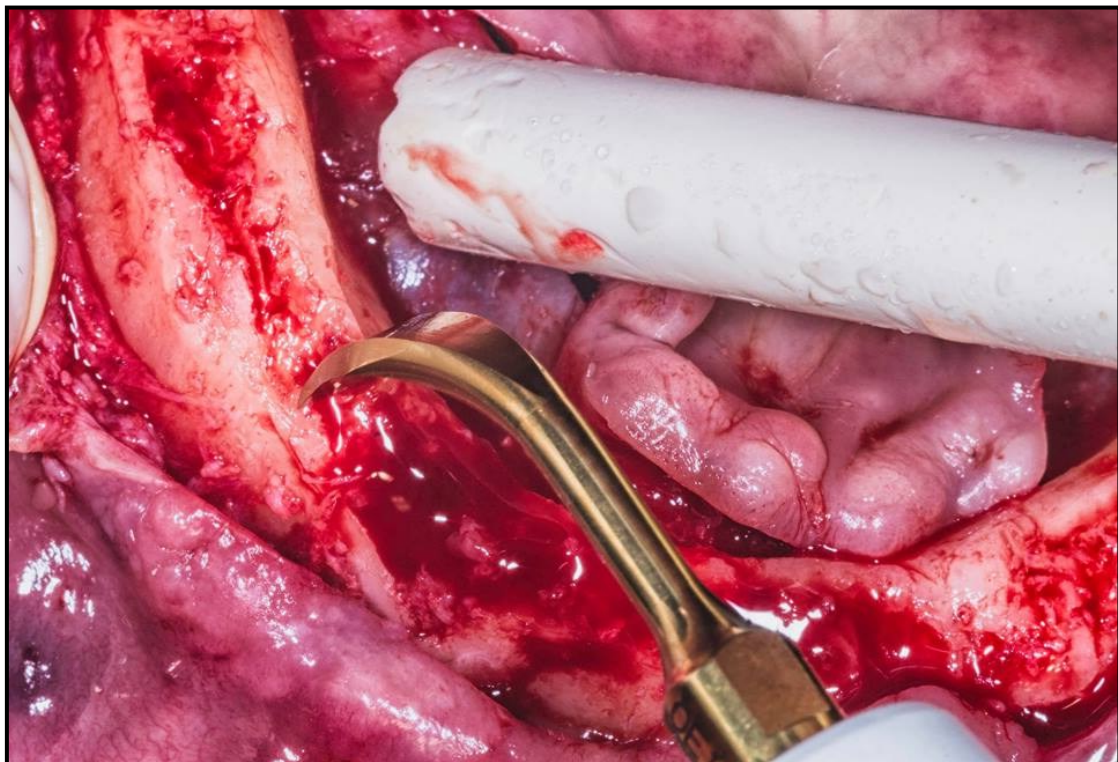


Figura 4. Fotografia Intraoral aquando da regularização do rebordo com o equipamento piezoelétrico.

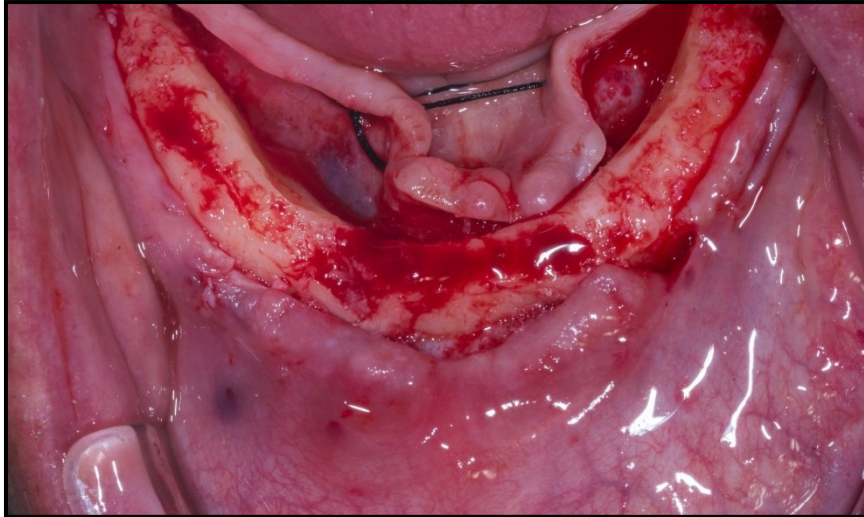


Figura 5. Fotografia intraoral após a regularização do rebordo alveolar - aspecto final.



Figura 6. Fotografia intraoral uma semana pós-cirurgia – 1º controle.



Figura 7. Fotografia intraoral três semanas pós-cirurgia – 2º controle.



Figura 8. Fotografia intraoral seis semanas pós-cirurgia – 3º controle.

5.1.3. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A cirurgia piezoelétrica tem várias vantagens descritas na literatura quando comparada a métodos cirúrgicos tradicionais ⁽²¹⁻²⁴⁾. O corte preciso, seletivo e menos traumático de osso promove uma regeneração mais rápida e efetiva, com uma resposta óssea mais favorável. Este efeito é benéfico para o paciente uma vez que a dor e o edema pós-operatório são menores ^(22,25). Esta técnica tem ainda vantagens para o médico: melhor sensação tátil ^(21,22); melhor visibilidade do campo operatório ^(21,22,25); proteção dos tecidos moles adjacentes; proteção de estruturas nobres; maior controle da assépsia⁽²¹⁻²⁵⁾.

Esta técnica foi eficaz em manter uma excelente visibilidade do campo operatório, facilitando a ação do médico. A osteotomia sem danos nos tecidos marginais e sangramento reduzido promoveu condições ótimas de regeneração durante o pós-operatório. A diminuição da dor e edema durante esta fase, fez com que o desconforto pós-cirúrgico fosse menor para o paciente.

5.2. FIBROMA REACIONAL

5.2.1. INTRODUÇÃO

O termo “hiperplasia inflamatória” é usado para descrever uma ampla gama de crescimentos nodulares comuns na mucosa oral que histologicamente apresentam fibroses inflamatórias e tecido de granulação ^(4,26). O tamanho destas massas hiperplásicas reativas pode ser maior ou menor, dependendo do grau de inflamação e resposta imunológica no local ⁽⁴⁾. Algumas lesões são predominantemente sobrecrecimentos epiteliais com uma escassa camada de tecido conjuntivo; outras são fibromatosas com uma cobertura epitelial fina. Em algumas lesões, diferentes seções revelam exemplos de cada um destes padrões histológicos. Como o tecido de uma cicatriz, algumas hiperplasias inflamatórias parecem amadurecer, tornando-se menos vascularizadas (mais pálidas e menos friáveis) e com mais colagénio (mais firmes e menores) com o tempo. Outras lesões parecem ter uma grande capacidade proliferativa para o crescimento exofítico até serem excisadas. Esta variabilidade de aparência histológica reflete-se na ampla gama de características clínicas que as hiperplasias inflamatórias exibem, sendo que alguns dos nomes clínicos adquiridos sugerem uma etiologia específica. Nomes como “fibroma” e “papiloma” são, portanto, muitas vezes utilizados para descrever estas lesões, embora não haja evidência para sugerir uma etiologia neoplásica ^(27,28).

O fator etiológico principal para estas lesões é geralmente aceite como sendo o trauma crónico (tal como o produzido por próteses mal ajustadas, cálculo, sobre-restaurações dentárias, lesão dos tecidos aguda ou crónica causada por mordida ou dentes fraturados) ^(4,27). A maioria das lesões ocorre na superfície da membrana da mucosa oral, onde os agentes traumáticos são comuns. A maioria destes crescimentos hiperplásicos desaparece com o tempo, após a remoção do agente agressor associado. No entanto, nem todas as lesões desaparecem na totalidade ⁽²⁸⁾. Neste caso, e dependendo do tamanho da lesão, esta pode ser excisada.

O diagnóstico deste tipo de lesão é feito com base nas suas características clínicas, sintomatologia, e história da lesão. O diagnóstico definitivo só é conseguido com análise histopatológica da lesão.

5.2.2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino com 55 anos, ASAll, dirigiu-se à Clínica Dentária Universitária devido a uma tumefação do lado inferior esquerdo que lhe causava algum desconforto e por vezes dor. Encontra-se medicado com Finasterida, Lisinopril, Sinvastatina, Silodosina e apresentava historial de cirrose hepática. Higiene oralera insatisfatória e apresentava uma lesão hiperplásica na zona dos pré-molares inferiores perceptível ao exame extraoral (Figura 9). Lesão contínua com o epitelio oral, com consistência duro-elástica e não-dolorosa à palpação. Observou-se que o dente 35 se encontrava posicionado horizontalmente e que este tinha efeito traumático sobre a mucosa adjacente. Após radiografia periapical (Figura 10) verificou-se que a lesão não atingia a cortical óssea. Desta forma, a lesão era compatível com o diagnóstico de fibroma reacional.

Foi feita extração simples do dente 35 e optou-se pelo controlo da lesão sem a sua excisão.

Foram feitas consultas de *follow-up* ao fim de uma semana, um e dois meses. Não foram detetadas quaisquer anomalias ou complicações. Verificou-se uma ligeira regressão da lesão ao fim de 2 meses (Figura 11). O paciente foi alertado de que deveria estar atento a qualquer alteração sintomatológica da lesão: dor, sangramento; aumento de dimensão ou alteração de cor. O paciente foi alertado de que caso se verificasse, este devia dirigir-se à Clínica Universitária a fim de ser observado.



Figura 9. Fotografias extraorais: à esquerda, fotografia inicial onde é visível a tumefacção na zona inferior esquerda da face; à direita, fotografia sem tumefacção visível 2 meses pós-extração.

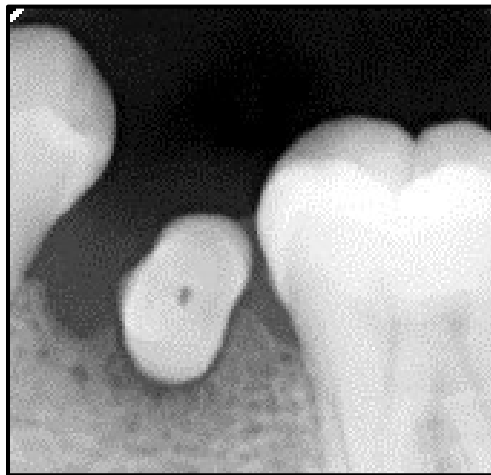


Figura 10. Radiografia periapical da área da lesão.



Figura 11. Fotografias intraorais: à esquerda, fotografia inicial onde é visível a lesão e o agente traumático; à direita, fotografia 2 meses após a remoção do agente traumático.

5.2.3. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Nesta situação clínica, espera-se a total remissão da lesão após a remoção do agente traumático. É verdade que, ao fim de 2 meses, a diminuição da lesão foi ligeira, no entanto isto pode ser explicado pelo facto da lesão ter um volume grande de material fibroso na sua constituição, que é de lenta reabsorção⁽²⁸⁾. Perante esta situação, temos duas opções terapêuticas: a via cirúrgica ou a via conservadora. A via cirúrgica corresponde à total excisão da lesão, com posterior análise anatomopatológica para confirmação do tipo de lesão. A via conservadora consiste em controlar a evolução da lesão. Neste caso, a lesão não aparenta ter qualquer tipo de risco, sendo expectável a sua completa remissão.

O paciente continua a ser seguido pelo grupo de trabalho, na Clínica Universitária. A próxima consulta de *follow-up* será realizada 4 meses após a exodontia.

5.3. REABILITAÇÃO ORAL COMPLEXA COM PROTESE REMOVÍVEL

5.3.1. INTRODUÇÃO

A perda de peças dentárias é o resultado de vários fatores como cárie, doença periodontal, trauma oclusal ou parafunções. Mesmo tendo a prevenção como o alvo do exercício da medicina dentária atual, ainda existem muitas pessoas que, por falta de cuidado ou de acesso a tratamentos adequados, desenvolvem sérios problemas consequentes ao desequilíbrio obtido por tais perdas ⁽²⁹⁾.

A eficácia mastigatória tem relação direta com a quantidade de dentes presentes ^(30,31). Quando esta é reduzida o paciente pode ser negativamente afetado na sua seleção de alimentos. Outro aspeto importante é o comprometimento estético resultante da perda de dentes. Na maioria das vezes a perda de dentes é causadora de prejuízo social marcante, que diminui a qualidade de vida do paciente ^(29,30).

Em pacientes com perda extensa de peças dentárias, o restabelecimento tanto da função como da estética pode ser conseguido com auxílio de próteses fixas ou removíveis.

Num quadro em que haja perda extensa de dentes, a dimensão vertical de oclusão está afetada, e precisa de ser restabelecida antes de qualquer tratamento ^(30,31). Caso contrário, esses tratamentos vão ser mal-sucedidos ⁽²⁹⁾. O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão ideal é crítico para a reabilitação oral com qualquer tipo de prótese, para que esta seja harmoniosa com o sistema craniofacial do paciente ⁽²⁹⁻³¹⁾.

O caso clínico que se segue reporta uma situação de edentulismo parcial, complexa, na qual existe uma perda considerável de dentes, e uma perda alarmante da dimensão vertical de oclusão.

5.3.2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, com arcada superior Classe III de Kennedy modificação 2 e arcada inferior Classe I modificação 1. A paciente procurou a Clínica Universitária com interesse em reabilitar as áreas edentulas, nunca antes tendo utilizado prótese.

O exame clínico inicial revelou uma perda alarmante da dimensão vertical de oclusão, na qual todos os dentes se encontram sem oponente. No sector anterior os dentes mandibulares, quando em oclusão, estavam em contacto com a mucosa da arcada maxilar, o que causava lesão dolorosa da mucosa.

Em relação à higiene oral, logo na primeira consulta a paciente foi consciencializada sobre a sua importância. Foram dadas instruções sobre técnicas de escovagem apropriadas e do uso do fio dentário.

Na primeira consulta foram obtidos todos os dados relevantes para o planeamento da confecção da prótese. Foram confeccionados modelos de estudo em gesso. Foi feito o registo fotográfico intra e extraoral (Figura 12 e 13). Foram avaliados todos os possíveis dentes pilares quanto ao seu estado de saúde periodontal e pulpar (Figura 14).



Figura 12. Fotografias extraorais: frontal em repouso, frontal em sorriso, lateral esquerda e direita em repouso.



Figura 13. Fotografia intraoral frontal inicial



Figura 14. Radiografia dos dentes pilares 15, 16, 25, 26 e 44.

Os modelos de estudo foram analisados com o paralelômetro para determinar as áreas retentivas dos dentes pilares, para a colocação adequada dos ganchos, e o correto desenho da prótese.

Definiu-se assim a construção de uma prótese removível esquelética superior e uma prótese removível acrílica inferior.

A prótese superior tem como objetivo reabilitar os dentes 11, 12, 14 e 21. Esta prótese teria como conector maior uma barra palatina, como retentores um gancho duplo Ackersnos dentes 16 e 15, e nos dentes 26 e 25 e para apoio oclusal seriam usadas a zona mesial dos dentes 16 e 26 e a zona distal dos dentes 15 e 25 (Figura 15).

A prótese inferior tem como objetivo reabilitar os dentes 31, 32, 33, 34, 35, 36, 45 e 46. Esta prótese tem como conector a própria base acrílica da prótese, e como meio auxiliar de retenção será usado um gancho em aço-inoxidável no dente 44 (Figura 15).

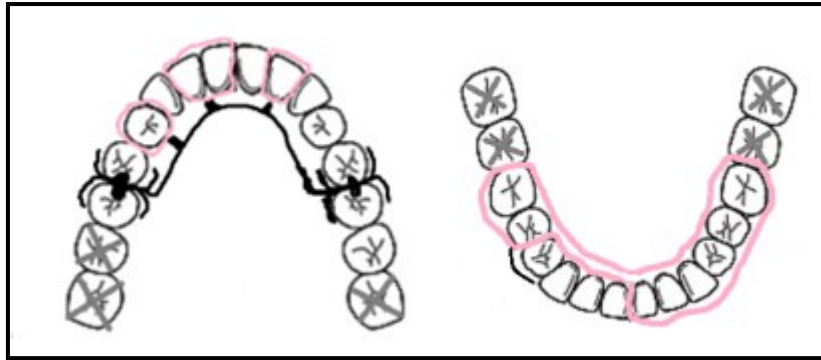


Figura 15. Desenho da prótese. À esquerda, o esquema da prótese removível superior, com esqueleto metálico. À direita, o da prótese removível acrílica inferior.

Na segunda consulta foi realizada a prova do esqueleto metálico e da base acrílica de cada prótese. Aqui, foram avaliadas a integridade das estruturas, a adaptação, a estabilidade e a retenção.

Foi ainda realizado o registo intermaxilar sobre rolos de cera de base dura. Para isto foi determinada a dimensão vertical de oclusão óptima da paciente, através da medição dos terços faciais com uma régua milimetrada. Os terços faciais são delimitados pelos pontos anatómicos, trichion, glabella, subnasal e mento. Idealmente estes têm todos o mesmo comprimento. O terço inferior foi medido na posição de máxima intercuspidação que a paciente apresentava, e o seu comprimento ideal foi estimado com base no comprimento dos outros dois terços. O registo maxilar foi orientado para que a paciente mantivesse o comprimento ideal do terço inferior enquanto mordida os rolos de cera (Figura 16).

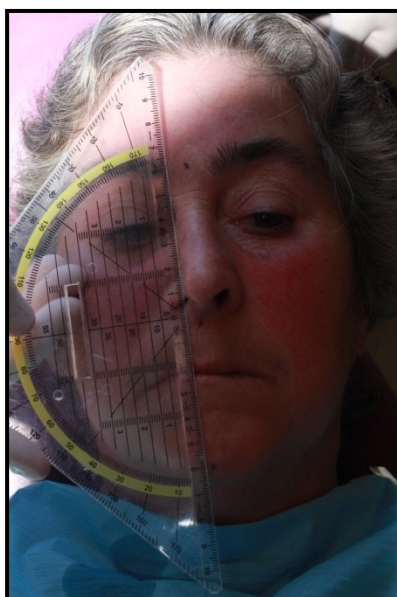


Figura 16. Medição do comprimento dos terços faciais da paciente.

Posteriormente realizaram-se várias provas de dentes até estarem reunidos todos os critérios para a finalização do trabalho (Figura 17). Para este efeito foi sempre verificada a adaptação e estabilidade do conjunto, a cor, forma e posição dos dentes, a fonética do paciente, e em especial, a dimensão vertical oclusal, o plano e a estabilidade oclusal.



Figura 17. Fotografia intraoral da prova de dentes.



Figura 18. Fotografia intraoral, aspecto final da prótese.

Após o momento de inserção da prótese (Figura 18), a paciente foi acompanhada em consultas de *follow-up* semanais durante um mês, nas quais foram sendo registadas e resolvidas as eventuais queixas da paciente. Durante este período foram feitos alguns ajustes ligeiros, nomeadamente desgastes pontuais na base da prótese, com o objetivo de aliviar zonas de desconforto. Naturalmente a restauração provisória do dente 21 também foi substituída.

5.3.3. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Qualquer tratamento reabilitador deve considerar sempre as necessidades gerais do paciente e não apenas a mera falta de dentes ⁽²⁹⁾. A recuperação da dimensão vertical é uma etapa muitas vezes negligenciada, o que condena ao insucesso todo o trabalho a executar^(29,31). Neste caso, a dificuldade de conseguir o seu correto aumento foi bastante evidente durante as repetidas consultas de prova de dentes, nas quais foram necessários ajustes constantes quer na posição dos dentes, quer no comprimento da dimensão vertical de oclusão pretendido.

Perante a situação sócio-económica limitada da paciente, a reabilitação com prótese parcial removível foi uma alternativa simples e eficaz de reabilitar a função e a estética. O resultado final foi satisfatório pelo facto de ter sido restabelecido o equilíbrio do sistema mastigatório que estava em colapso, o que sem dúvida era condição imprescindível para a reabilitação ser realizada com sucesso. Por outro

lado, a harmonia estética ficou com algum comprometimento. Neste caso seria interessante adicionar alguma caracterização dentária ao nível da cor, uma vez que os dentes naturais da paciente apresentam uma grande variação de tons ao longo do eixo ocluso-cervical. Não obstante, a paciente mostrou-se contente com o resultado final.

6. CONCLUSÃO

A prática clínica promovida na Universidade Católica Portuguesa, permite aos alunos um contacto direto com os fenómenos envolvidos no exercício da Medicina Dentária. É este contacto que confere ao aluno a possibilidade de desenvolver competências fundamentais para o desempenho da sua profissão. A relação de proximidade que se consegue, durante o exercício clínico, com o docente responsável, permite a partilha de conhecimentos preciosos (técnicas, truques e dicas) que não estão descritas em nenhum manual, e que fazem muitas vezes a diferença na resolução dos problemas e das dificuldades sentidas pelo aluno, conduzindo-o ao sucesso.

O conhecimento teórico, aliado à possibilidade da sua aplicação em contexto clínico diariamente é sem dúvida uma vantagem para a formação de um profissional capaz e confiante. Infelizmente, não são todas áreas disciplinares que facultam muita experiência clínica: ou por falta de pacientes ou pela não comparência destes à consulta. No entanto, não podemos deixar de dar valor às consultas realizadas e às competências desenvolvidas em cada disciplina.

É importante perceber que o objetivo de um Médico Dentista é a promoção da saúde oral e o bem-estar dos seus doentes. Desta forma, qualquer tratamento deve ser precedido de um diagnóstico correto, e de um planeamento adequado, que só são conseguidos quando existe uma anamnese detalhada e um exame clínico minucioso. É de carácter fundamental, o conhecimento anatómico e fisiopatológico das estruturas da cavidade oral, saber estabelecer relações entre patologias locais e patologias sistémicas, bem como dominar os princípios farmacoterapêuticos.

Todos os pacientes devem ser tidos como indivíduos, únicos e complexos. Para alcançar o sucesso na prestação de cuidados adequados às necessidades de cada situação é necessário reconhecer as prioridades, expectativas, situação psicológica e condição socioeconómica do paciente. É importante frisar o valor dos bons hábitos de higiene oral. Em Medicina Dentária, a prevenção diminuiu substancialmente a incidência e prevalência de doenças orais. É urgente tentar que os pacientes compreendam a sua importância, não só ao nível da prevenção, como também no

peso que têm sobre o sucesso dos nossos tratamentos. As medidas preventivas são inúmeras, e cabe ao profissional instruir e motivar os pacientes na sua prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Dental Association. *Glossary of Dental Clinical and Administrative Terms*. Disponível em:
<http://www.ada.org/en/publications/cdt/glossary-of-dental-clinical-and-administrative-terms> [Consultado em: 20 de Maio de 2016].
2. Decreto de Lei n.º 124/2015 de 2 de Setembro de 2015 da Assembleia da República. Diário da República, 1.ª série — N.º 171. Anexo 1: *Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas*. Disponível em:
<https://www.omd.pt/info/estatuto/EstatutodaOMD3alteraoLein124.2015de2.09.pdf>[Consultado a 20 de Maio de 2016].
3. WorldHealthOrganization. *Oral Health. - Fact sheet N° 318*. Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
[Consultado a 20 de Maio de 2016]
4. Greenberg M, Glick M. *Burket's Oral Medicine: Diagnosis and Treatment*. 10th edition. Ontario: BC Decker; 2003. p. 1-2, 150-152.
5. Kidd E.A.M., Smith B.G.N., Watson T.F. *Pickard's Manual of Operative Dentistry*. 8th Edition. Oxford University Press, 2006.p. 5-28.
6. Soares IJ e Goldberg F. *Endodontia - Técnica e Fundamentos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed. 2011.p. xiii-xvii.
7. Carranza FA, Glickman I, ElíasUrdapilleta L, CerónRossainz E, ArronizPadilla S. *Periodontología clínica de Glickman*. México: Nueva Editorial Interamericana : McGraw-Hill; 1993.p. 1-9.
8. Peterson LJ, editor. *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2003. 776. p. xi-xii
9. Carr AB, Brown DT. *McCracken's Removable Partial Prosthodontics*. 12th Edition. Elsevier Mosby.2010.p. 3-10.

10. Shillingburg HT, Sather Jr. DA, Wilson Jr. EL, Cain JR, Mitchell DL, Blanco DJ, Kessler JC. *Fundamentals of Fixed Prosthodontics*. 4th Edition. Quintessence Pub. 2012. p. vii-viii e 1-8.
11. Okeson JP. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 6^a Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; 2008.p. 4-8.
12. Canut Brusola, J. A. *Ortodoncia Clínica e Terapeutica*. 2^a Edição. Barcelona: Elsevier Masson; 2001. p. 1-10.
13. Boj JR, Catalá M, Garcia Ballestra C, Mendoza A. *Odontopediatria*. 1^o Edição. Barcelona: Masson, 2004.p.1-3.
14. Zakrzewska JM. Women as dental patients: are there any gender differences? *International Dental Journal*. 1996 Dec; 46 (6): 548– 57.
15. Jindal A, McMeans M, Narayanan S, Rose EK, Jain S, Marazita ML, et al. Women Are More Susceptible to Caries but Individuals Born with Clefts Are Not. *International Journal of Dentistry*. 2011. p.1– 6.
16. Lukacs JR, Largaespada LL. Explaining sex differences in dental caries prevalence: Saliva, hormones, and “life-history” etiologies. *American Journal of Human Biology*. 2006 Jul; 18 (4): 540– 55.
17. Ferraro M, Vieira AR. Explaining Gender Differences in Caries: A Multifactorial Approach to a Multifactorial Disease. *International Journal of Dentistry*. 2010. p. 1–5.
18. Instituto Nacional de Estatística Português. População residente em risco de pobreza ou exclusão social (%) por Sexo e Grupo etário; anual. Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006271&contexto=bd&selTab=tab2
 [Consultado em 19 de Junho de 2016].
19. Instituto Nacional de Estatística Português. *População residente com 15 e mais anos de idade (N.º) por Local de residência, Sexo, Grupo etário e Condição perante o consumo de tabaco; Quinquenal*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008821&contexto=bd&selTab=tab2

[Consultado em 20 de Maio de 2016].

20. Pinto J, Mota C. Importância na cirurgia ortognática dos sinais e sintomas de DTM. Estudo sobre a sua prevalência numa população de adultos jovens. *Arq Porto Cir.* 2000;9.
21. Pavlíková G, Foltán R, Horká M, Hanzelka T, Borunská H, Šedý J. Piezosurgery in oral and maxillofacial surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2011 May;40(5):451–7.
22. Agarwal E. Escalating Role of Piezosurgery in Dental Therapeutics. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2014. Disponível em:
http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973709x&year=2014&volume=8&issue=10&page=ZE08&issn=0973-709x&id=4988
[Consultado a 11 de Abril de 2016]
23. Tirelli G, Tofanelli M, Bullo F, Bianchi M, Robiony M. External osteotomy in rhinoplasty: Piezosurgery vs osteotome. *American Journal of Otolaryngology.* 2015 Sep; 36(5): 666–71.
24. Stübinger S, Stricker A, Berg B I. Piezosurgery in implant dentistry. *Journal of Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry.* 2015 Nov; 115.
25. Jiang Q, Qiu Y, Yang C, Yang J, Chen M, Zhang Z. Piezoelectric Versus Conventional Rotary Techniques for Impacted Third Molar Extraction: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Medicine (Baltimore).* 2015 Oct; 94(41): e1685.
26. Wood NK, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 5th Edition. St. Louis Missouri: Don Ladig; 1997. p. 148-150.
27. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3rd Edition. 2009. p. 509-511; 727-728.
28. Jalayer Naderi N, Eshghyar N, Esfahanian H. *Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases.* *Dental research journal.* 2012;9(3).

29. Mukail MK, Gil C, Costa B, Stegun RC, Galhardo APM, Chaccur DC, Fakuda ACCS, Kammerer BA. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. *RPG Revista de Pós-Graduação*. 2010; 17(3): 167-72.
30. Fayz F, Eslami A: Determination of occlusal vertical dimension: A literature review. *Journal of Prosthetic Dentistry* 1988;59:321-323
31. Mays KA. Reestablishing occlusal vertical dimension using a diagnostic treatment prosthesis in the edentulous patient: A clinical report. *Journal of Prosthodontics-Implant Esthetic and Reconstructive Dentistry*. 2003 Mar;12 (1):30-6.

8. ANEXOS

8.1.1. ANEXO 1 – HISTORIA CLÍNICA

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:

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:

Senhoras, 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 Cromo/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. PESSOAIS DENTÁRIOS

1.3.3. FAMILIARES E DENTÁRIOS

2. EXAME CLÍNICO

2.1. Extra-Oral

Face:

Adenopatias:

Cicatrizes:

Edemas:

Tumefacções:

Assimetrias:

Outros:

Z.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

Sintomatologia:	<input type="text"/>
Abertura da Boca:	<input type="text"/>
Classe de Angle:	<input type="text"/>

GLÂNDULAS SALIVARES:

Parótidas:	<input type="text"/>
Submaxilares:	<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

1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações - Avaliação Intra-Oral

8.1.2. FICHA DE RISCO

Página 1.

Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH)

Nível de Risco: **0**

Data: 20-06-2016

Código: 26631

Nome: Rodrigo José Fernandes Rodrigues

Sexo: Masculino

Idade: 10

Tipo Actividade:

Estudante Desempregado
 Trabalhador Reformado por limite de idade
 Doméstica Reformado por invalidez

Nível de Estudos:


Básico (até ao 9º ano, inclusivé)
 Médio
 Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)

Resumo:

Pergunta	Nível

Classificação:

Nível	Descrição
I	Paciente saudável
II	Doença sistémica moderada, sem limitação das funções vitais
III	Doença sistémica severa, com funções vitais comprometidas
IV	Doença sistémica severa com ameaça à vida



Página 2.

Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH)

Nível de Risco: **0**

Questionário:

1. Já sentiu dor torácica ao realizar esforço físico (angina de peito)?
Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

a) As suas actividades estão limitadas? SIM NÃO NÃO RESPONDEU
b) As suas queixas aumentaram recentemente? SIM NÃO NÃO RESPONDEU
c) Tem dor torácica em repouso? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

2. Já teve algum ataque cardíaco?
Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

a) As suas actividades estão limitadas? SIM NÃO NÃO RESPONDEU
b) Teve algum ataque cardíaco nos últimos seis meses? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

3. Tem sopro cardíaco, doença de válvula cardíaca ou válvula cardíaca artificial?
Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

a) Sofreu alguma cirurgia cardíaca ou vascular no espaço dos últimos seis meses? SIM NÃO NÃO RESPONDEU
b) É portador de "pace-maker" ou marca-passo? SIM NÃO NÃO RESPONDEU
c) É portador de doença cardíaca reumática? SIM NÃO NÃO RESPONDEU
d) As suas actividades estão limitadas? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

4. Tem palpitações no coração sem fazer esforços?
Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

a) Tem que se sentar, descansar ou deitar durante as palpitações? SIM NÃO NÃO RESPONDEU
b) Algumas vezes sente falta de ar, vertigem ou palidez? SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Resposta:

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

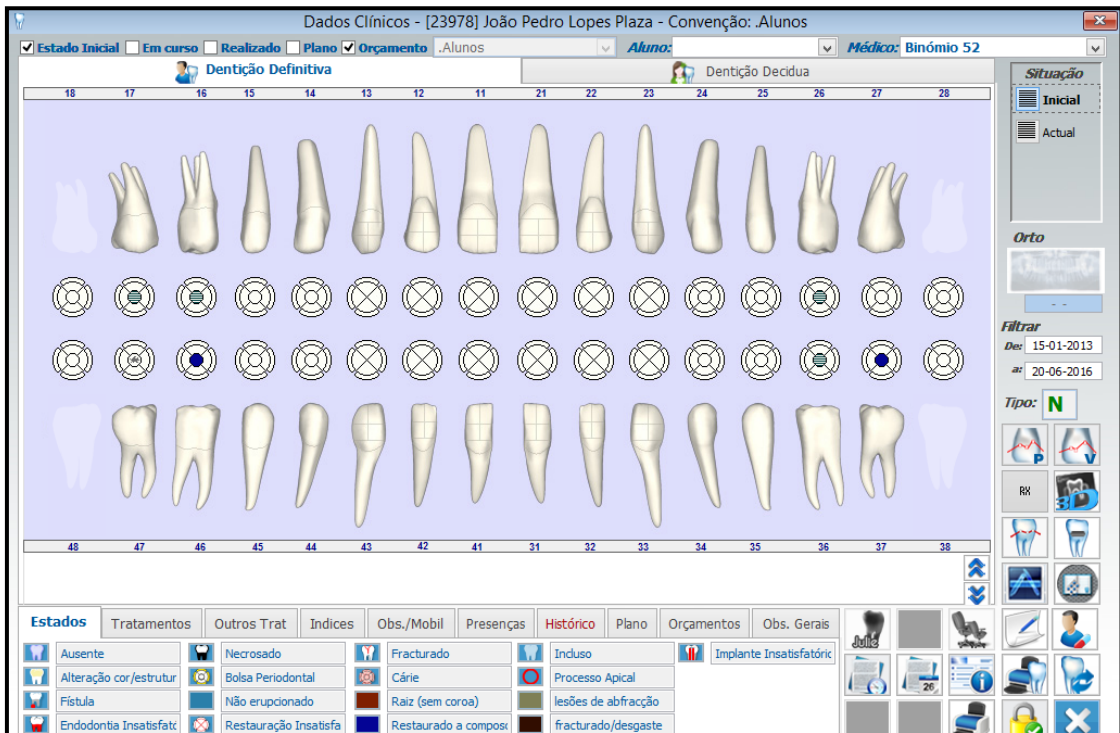
<u>Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH)</u>		Nível de Risco: 0
Questionário:		Resposta:
5. Sofre de insuficiência cardíaca?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Sente falta de ar em decúbito dorsal (deitado de costas para baixo)?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) Precisa de dois ou mais travesseiros nocturnos devido a insuficiência respiratória?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
6. Tem ou já teve hipertensão?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Escreva os valores da última tensão arterial:</i>		
Máximo: <input type="text" value="0"/>		
Mínimo: <input type="text" value="0"/>		
7. Tem tendência para a hemorragia?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Já teve alguma hemorragia que durasse mais de uma hora após uma cirurgia ou ferida?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) Já lhe apareceu alguma contusão espontânea?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
8. Sofre de epilepsia?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Sente que está a piorar?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) Continua a ter ataques apesar da medicação?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
9. Sofre de asma?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Toma medicamentos e/ou usa inaladores?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) Apresenta dificuldades respiratórias actualmente?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU

<u>Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH)</u>		Nível de Risco: 0
Questionário:		Resposta:
10. Tem outros problemas respiratórios ou tosse persistente?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Tem dificuldade respiratória depois de subir 20 degraus?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) Tem dificuldade respiratória ao despir-se?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
11. Já teve alguma reacção alérgica à penicilina, aspirina, látex, material dentário ou outro qualquer?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Isto exigiu tratamento médico ou hospitalar?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) Ocorreu durante a visita ao médico dentista?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
12. Sofre de diabetes?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Toma insulina?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) A sua diabetes está descontrolada actualmente?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
13. Sofre de doença da tiróide?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) A sua tiróide está hipoactiva?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) A sua tiróide está hiperactiva?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
14. Sofre, ou já sofreu de alguma doença hepática?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU

Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH)		Nível de Risco: 0
Questionário:		Resposta:
15. Sofre de alguma doença renal?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Já fez diálise?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) Já fez transplante renal?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
16. Já sofreu de cancro ou leucemia?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Qual é a sua doença?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>	
b) Já fez medicação ou transplante de medula óssea para o seu tratamento? Qual a medicação?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
c) Já fez radioterapia para um tumor ou problema na cabeça ou pescoço?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
17. Sofre de hiperventilação?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
18. Já desmaiou durante algum tratamento médico ou dentário?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU

Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH)		Nível de Risco: 0
Questionário:		Resposta:
19. Está a tomar medicamentos prescritos?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<i>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</i>		
a) Por alguma razão ou motivo?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) Por queixa cardíaca?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
c) Anticoagulantes?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
d) Hipertensão?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
e) Aspirina?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
f) Por alergia?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
g) Por diabetes?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
h) Prednisona, corticosteroides (sistémico ou tópico)?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
i) Medicamentos contra a rejeição de implantes?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
j) Medicamentos contra doenças reumáticas, intestinais e pele?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
m) Contra cancro ou doença sanguínea?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
n) Penicilina, antibióticos ou antimicrobianos?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
o) Para desordens do sono, depressão e ansiedade?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
p) Outras medicações?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
Indique quais: <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>		
20. Tem que tomar algum antibiótico antes do tratamento dentário?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
21. Somente mulheres, está grávida?		<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU

8.1.3. ODONTOGRAMA



8.1.4. PERIODONTOGRAMA

