



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

*RELATÓRIO ATIVIDADE CLÍNICA*

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

Por:

Sílvia Egipto Cabral

(Viseu, 2015)





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

*RELATÓRIO ATIVIDADE CLÍNICA*

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

Por:

Sílvia Egípto Cabral

Sob orientação do Professor Doutor Rui Amaral Mendes

(Viseu, 2015)



## **Dedicatória**

Aos meus pais

Ao meu irmão



## **Agradecimentos**

Não faria sentido começar os agradecimentos sem referir em primeiro lugar os meus pais, que tudo fizeram por mim e por todas as oportunidades que me deram. É a eles que devo todo o meu percurso.

Ao meu irmão, pela paciência nos dias mais complicados e pelas conversas.

A todas as pessoas especiais que me acompanharam desde sempre, sem nunca me desiludir. Poucos mas bons.

Ao Pedro, pela companhia e atenção.

Não podendo faltar um agradecimento ao meu orientador Professor Doutor Rui Amaral Mendes pela atenção, disponibilidade e exemplo.

Por fim, um agradecimento a todo o corpo docente, sempre disponíveis e entusiastas; e a todos os funcionários da clínica.



## Resumo

O presente documento, Relatório de Atividade Clínica, trata de toda a actividade realizada por mim, na Clínica Universitária no presente ano lectivo 2014/15.

Este trabalho é realizado com o intuito de relatar todas as actividades clínicas, tendo como objetivo resumir todo o percurso deste ano lectivo, podendo, quando terminado, ter um conjunto de informação com interesse académico e pessoal, de evolução e integração de conhecimentos. Juntamente a isto pretende-se também estudar a população que se apresenta à consulta da Clínica Universitária, avaliando o Índice de CPO, dentes perdidos, reabilitações protéticas e doença periodontal.

Assim sendo, este relatório elabora um plano de trabalho, seguindo uma linha de pensamento, de forma a apresentar possíveis conclusões com sentido e lógica. O tema a ser abordado é o envelhecimento e degradação da saúde oral da população, sendo este um assunto, na minha opinião, com interesse para a Medicina Dentária, tendo repercussões directas na nossa prática clínica diária. Acompanhado com um relato, quantitativo e qualitativo, do cumprimento do programa proposto pelas diferentes áreas disciplinares.

O Médico Dentista tem de estar preparado para o aumento da população idosa e das suas necessidades e expectativas em relação ao tratamento dentário. É essencial investir na prevenção e gestão da doença, ao invés de apenas tratar o paciente.

Palavras-chave: medicina dentária, prática clínica, envelhecimento, índice CPO, reabilitação protética, reabilitação removível, reabilitação fixa, doença periodontal, higiene oral



## **Abstract**

This document, Clinical Activity Report, deals with all the activity carried out by me, at the University Clinic during the present school year, 2014/15.

This work is elaborated in order to report all academic activities, both clinical and research work. Aiming to summarize all the work from this present year, may, when completed, have a set of information with academic and personal interest, showing development and integration of knowledge. Along to this there will be a study about the population that is presented to the consultation in University Clinic, assessing the DMF Index, lost teeth, prosthetic rehabilitation and periodontal disease.

Therefore, this report shall prepare a work plan, following a line of thought, in order to present possible conclusions with sense and logic. The issue to be addressed is the aging of population and degradation of oral health, which is a subject that in my opinion, is relevant to dentistry since it has direct implications on our daily clinical practice. Attached there will be a report, quantitatively and qualitatively, that will resume the fulfilment of the proposed program by the different disciplines.

The Dentist must be prepared for the increasing of elderly population which has needs and expectations in relation to dental treatment. It is essential to invest in prevention and management of disease, rather than just treating the patient.

Key words: dentistry, clinical practice, aging, DMF index, prosthetic rehabilitation, removable rehabilitation, fixed rehabilitation, periodontal disease, oral hygiene



# Índice

1. Introdução .....	- 1 -
1.1. Enquadramento teórico.....	- 4 -
1.1.1. Envelhecimento populacional .....	- 4 -
1.1.2. Desdentados e as suas conseqüências .....	- 7 -
1.1.3. Reabilitação oral.....	- 10 -
2. Objectivos.....	- 13 -
3. Material e métodos.....	- 15 -
4. Resultados .....	- 17 -
4.1. Análise geral da amostra.....	- 17 -
4.2. Cirurgia Oral.....	- 23 -
4.2.1. Apresentação.....	- 23 -
4.2.2. Actos clínicos.....	- 23 -
4.3. Dentisteria operatória.....	- 24 -
4.3.1. Apresentação.....	- 24 -
4.3.2. Actos clínicos.....	- 24 -
4.4. Endodontia.....	- 25 -
4.4.1. Apresentação.....	- 25 -
4.4.2. Actos clínicos.....	- 26 -
4.5. Medicina oral .....	- 27 -
4.5.1. Apresentação.....	- 27 -
4.5.2. Actos clínicos.....	- 28 -
4.6. Oclusão.....	- 28 -
4.6.1. Apresentação.....	- 28 -
4.6.2. Actos clínicos.....	- 28 -
4.7. Odontopediatria .....	- 29 -
4.7.1. Apresentação.....	- 29 -
4.7.2. Actos clínicos.....	- 29 -
4.8. Ortodontia.....	- 30 -
4.8.1. Apresentação.....	- 30 -
4.8.2. Actos clínicos.....	- 30 -
4.9. Periodontologia .....	- 30 -
4.9.1. Apresentação.....	- 30 -
4.9.2. Actos clínicos.....	- 31 -

4.10.	Prótese removível.....	- 32 -
4.10.1.	Apresentação.....	- 32 -
4.10.2.	Actos clínicos.....	- 32 -
4.11.	Prótese fixa.....	- 33 -
4.11.1.	Apresentação.....	- 33 -
4.11.2.	Actos clínicos.....	- 34 -
4.12.	Casos clínicos diferenciados .....	- 35 -
4.12.1.	Cirurgia diferenciada – Extracção dente incluso.....	- 36 -
4.12.2.	Cirurgia periodontal - Frenectomia labial superior .....	- 39 -
4.12.3.	Descrição de caso clínico - Leucoplasia do pavimento da boca.....	- 41 -
4.13.	Actividade científica .....	- 45 -
5.	Discussão.....	- 47 -
6.	Conclusão .....	- 55 -
7.	Referências bibliográficas.....	- 57 -
8.	Anexos.....	- 61 -

## Índice de gráficos

Gráfico 1: Actos clínicos.....	17
Gráfico 2: Sexo dos pacientes.....	17
Gráfico 3: Faixa etária.....	18
Gráfico 4: CPO – por idades.....	19
Gráfico 5: CPO – por sexo.....	19
Gráfico 6: Espaços edêntulos.....	19
Gráfico 7: Dentes perdidos - por idades.....	20
Gráfico 8: Dentes perdidos - por sexo.....	20
Gráfico 9: Reabilitação protética.....	20
Gráfico 10:Reabilitação Protética.....	21
Gráfico 11: Diagnóstico periodontal.....	22
Gráfico 12: Comparação de dados acerca da saúde periodontal.....	22
Gráfico 13: Actos clínicos Cirurgia.....	23
Gráfico 14: Materiais restauradores.....	25
Gráfico 15: Cavidades restauradas.....	25
Gráfico 16: Canais radiculares obturados em endodontia.....	27
Gráfico 17: Consultas de Periodontologia.....	31
Gráfico 18: Consultas clínicas de Prótese Removível.....	33
Gráfico 19: Consultas de Prótese Fixa.....	34



## Índice de figuras

Fig. 1: Crescimento da população idosa em diferentes regiões do mundo. Fonte: Basker (2012).....	5
Fig. 2: Proporção de população dentada e desdentada, por idade, no Reino Unido em 1998. Fonte: Basker (2012).....	9
Fig.3: Periapical do dente 2.7 e 2.8.....	36
Fig.4: Ortopantomografia.....	36
Fig. 5: Retalho mucoperiósteo.....	37
Fig. 6: Dente 2.8.....	37
Fig. 7: Freio labial superior.....	39
Fig. 8: PeriAcyl.....	39
Fig. 9: Pós-operatório – imediato.....	40
Fig. 10: Pós-operatório – 3 dias após.....	40
Fig.11: Foto inicial – leucoplasia.....	41
Fig. 12: 3 meses após a biópsia.....	42
Fig. 13: 4 meses após a biópsia.....	42
Fig.14: 1 semana após prescrição de isotrexin.....	42



## Abreviaturas

BOP – Bleeding on probing (índice de sangramento)

CPO – Cariados, perdidos e obturados

G – Gengivite

IP – Índice de placa

IRM – Óxido de zinco e eugenol

PCA – Periodontite crónica avançada

PCM – Periodontite crónica moderada

PCL – Periodontite crónica leve



# 1. Introdução

O presente documento, Relatório de Atividade Clínica, trata de toda a atividade clínica executada por mim, na Clínica Universitária no presente ano-letivo 2014/15, de 15 de Setembro de 2014 a 8 de Maio de 2015. Pretende-se abordar o modo de actuação de cada área disciplinar de modo particular, percebendo o seu funcionamento e de que modo nos ajudam a integrar todos os conhecimentos teóricos na prática clínica diária.

Tratar-se-á de um relato pessoal, de todas as atividades realizadas, de forma quantitativa e também qualitativa. Destacando possíveis casos que possam suscitar mais curiosidade, quer pela sua complexidade ou singularidade, reunindo assim, um conjunto de informação que traduzam o meu percurso ao longo deste período de tempo.

Outro objectivo é concluir acerca da saúde oral da amostra de pacientes que foram atribuídos ao binómio 106, avaliando a existência ou não de padrões; estudando o Índice de CPO, edentulações, estado de saúde periodontal e reabilitações protéticas. Assim como analisar quais as áreas clínicas mais solicitadas.

Para além de todas as atividades pertencentes ao programa, a instituição incentiva todos os trabalhos de pesquisa com valor científico e que contribuam para o nosso crescimento académico.

De forma a seguir uma linha de pensamento e de estudo para discussão, reflecti acerca do estado da saúde oral da população que nos rodeia; quais as suas vulnerabilidades, quais as queixas mais comuns e o tipo de pacientes que nos procura.

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas, entende-se por Medicina Dentária o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas. <sup>(1)</sup> Não esquecendo a importância de ouvir, entender e adequar a nossa abordagem para cada caso específico.

Portugal encontra-se cada vez mais com uma população envelhecida, segundo os Censos do Instituto Nacional de Estatística em 2001 existiam 1693493 idosos residentes em território nacional (65 anos ou mais), aumentando este número para 2010064 em 2011. O índice de envelhecimento da população agravou-se de 102 para 128, o que significa que por cada 100 jovens existem 128 idosos. <sup>(2)</sup>

Com uma população cada vez mais envelhecida, sem dar sinais de querer contrariar esta evolução, e associando a falta de hábitos regulares que a nossa população tem em relação à ao Médico Dentista, iremos encontrar uma elevada percentagem de pacientes com grande carência em relação à sua saúde oral.

Segundo um estudo publicado em 2014 da Ordem dos Médicos Dentistas, 20.9% dos portugueses tinha diminuído o seu número de visitas ao médico dentista no último ano. E também puderam observar que a diminuição foi superior em pessoas mais idosas e pertencentes a classes sociais mais baixas. As questões monetárias (60%) foram a principal justificação para esta tendência. <sup>(3)</sup>

Uma população com uma esperança média de vida a aumentar, que descuida da sua saúde oral desde jovem; desde a não visita regularmente o Médico Dentista, até à sua própria higiene oral, em que 76,2% dos inquiridos que escova os dentes não usa nunca o fio dentário. <sup>(3)</sup> São factores que combinados irão obrigatoriamente resultar em problemas orais. O estudo já referido correlaciona directamente a falta de visitas regulares ao Médico Dentista com a perda de dentes naturais: 41.4% dos inquiridos que afirmou nunca ir ao dentista tem falta de mais de 6 dentes naturais. <sup>(3)</sup>

Sabendo que 71,8% dos portugueses vêm a saúde oral como a especialidade mais cara, quando comparada com outras especialidades médicas <sup>(3)</sup>, só posso concluir que a tendência para não procurar ou adiar o máximo possível a visita a um Médico Dentista vai manter-se, havendo uma continuação e agravamento da saúde oral da população em geral e o Médico Dentista tem de estar preparado para dar resposta às necessidades e expectativas desta mesma população.

Aqui entra a reabilitação protética, quando não existe, ou falhou, a prevenção e também a falta/insuficientes tratamentos que permitam preservar as peças dentárias o máximo de tempo possível em boca.

O paciente procura o seu Medico Dentista quando chega a um ponto em que a sua qualidade de vida está afectada a todos os níveis, em que a sua maior preocupação não é a estética, mas sim a sua insuficiente capacidade de mastigação ou falta de à-vontade de estar em convívio com família ou amigos.

E com o empobrecimento, e olhando de novo para os resultados do estudo da Ordem dos Médicos Dentistas, 56.1% dos portugueses com falta de dentes naturais não têm qualquer tipo de reabilitação protética das peças dentárias, e que dos portugueses que recorrem a próteses, o número de prótese removíveis é bastante superior (36,2%) em comparação com o uso de próteses fixas (7,7%).<sup>(3)</sup> Podemos concluir que os portugueses adiam ao máximo a sua reabilitação oral, e quando o fazem recorrem muito mais à prótese removível, que será uma opção mais barata quando comparada com a prótese fixa.

Assim tomei especial atenção, a possíveis parâmetros de avaliação do estado da saúde oral da minha amostra de pacientes, de forma a poder aferir se existe realmente uma degradação da saúde dos pacientes, neste caso de pacientes que frequentam a Clínica Universitária.

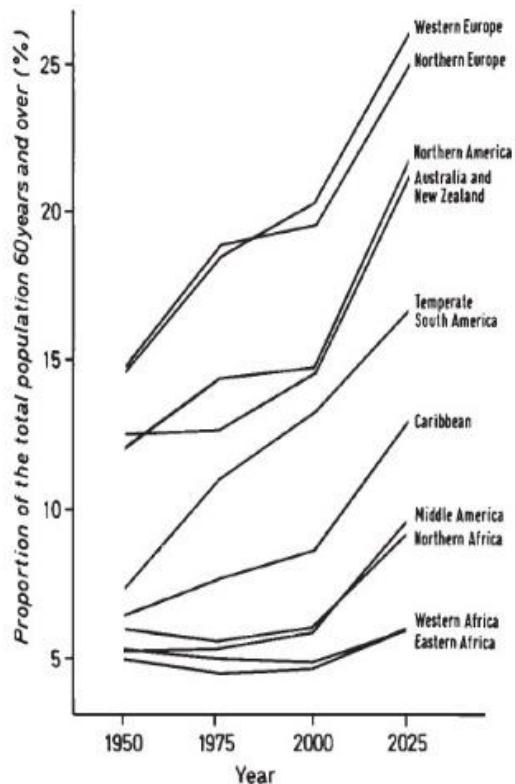
## 1.1. Enquadramento teórico

### 1.1.1. Envelhecimento populacional

De um modo geral a população idosa está a aumentar em todo o mundo, mas de forma mais significativa nos países desenvolvidos.

Entre 1900 e 1930, a população com idade superior a 60 anos constituíam 9,6% da população, uma percentagem que aumentou progressivamente, sendo de 11,6% em 1960, de 15,8% em 1980 e de 18,2% em 1990 prevendo-se que seja de 22% em 2020. Esta população passou de 8% em 1960, para 9,7% em 1970, para 11,4% em 1980 e para 13,3% em 1990, prevendo-se que atinjam valores de 15,6% em 2020. <sup>(4)</sup>

A Figura 1 mostra-nos a proporção do total da população com 60 anos ou mais, a viver em diferentes regiões. Estes dados são da autoria da Organização Mundial de Saúde sobre o envelhecimento, em 1982; já nesta data se previa um aumento significativo da população idosa. Através da imagem podemos perceber que existe uma grande diferença entre regiões industrializadas e regiões menos desenvolvidas. <sup>(5)</sup> Apesar de já se prever um aumento desta população, os números são bastante diferentes quando se compara países desenvolvidos com países em desenvolvimento.



**Fig. 1:** Crescimento da população idosa em diferentes regiões do mundo. Fonte: Basker (2012).

Outros estudos, nos EUA, previam o aumento da proporção de indivíduos com mais de 65 anos de idade, de 12,4% em 2000 para 19,6% em 2030. <sup>(6)</sup>

Portugal encontra-se cada vez mais com uma população envelhecida, segundo os últimos Censos do Instituto Nacional de Estatística (2011) em 2001 existiam 1693493 idosos residentes em território nacional (65 anos ou mais), aumentando este número para 2010064 em 2011. O índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos. Outro dado relevante que reflecte o aumento da população idosa é o índice de longevidade, medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa, que em 2011 era de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991. Este dado reflecte directamente o aumento da esperança média de vida. <sup>(2)</sup>

O conceito “pessoa idosa” e no que isso se traduz para a sociedade atual, depende de cada autor, e por isso encontramos diversas definições diferentes

Começamos pela Organização Mundial de Saúde que classifica o idoso como alguém com idade superior a 65 anos de idade em países desenvolvidos, e mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. Por outro lado, existem autores que veem o envelhecimento como um processo normal, que se caracteriza pelas modificações anatómicas e fisiológicas que acontecem entre os 50 e os 60 anos”.<sup>(7)</sup> Segundo Gonçalves (2010), existe já uma distinção entre terceira e quarta idade em que se define terceira idade dos 65 aos 79 anos e quarta idade os idosos com 80 ou mais anos.<sup>(8)</sup> Segundo alguns autores a idade cronológica de 65 anos como entrada na terceira idade é “uma construção socio-política desenvolvida por sistemas de segurança social e organizações governamentais para decidir uma idade arbitrária em que os benefícios sociais devem ser pagos.”<sup>(9)</sup> A “Fédération Dentaire Internationale” ainda apresenta um outro conceito de pessoas idosas como aquelas com mais de sessenta anos, classificando-as em três grupos, de acordo com o grau de dependência: independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes.<sup>(10)</sup>

Cada vez mais nos deparamos, com o desenvolvimento da tecnologia na saúde, que se chega aos 65 anos de idade longe da perda total das capacidades físicas e mentais. De acordo com pesquisas realizadas um idoso saudável com idade inferior a 85 anos pouco se diferencia de um adulto de meia-idade.<sup>(8)</sup>

Desta forma, a Organização Mundial de Saúde vem apresentar um novo conceito “envelhecimento activo”, como o “processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. É necessário encarar a velhice não como uma enfermidade mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a desenvolver doenças.<sup>(7)</sup>

Mesmo com todos os avanços na saúde, existe sempre deterioração da saúde geral do idoso à medida que vai envelhecendo. Por exemplo, o sistema motor vai sofrendo algumas alterações, entre elas a perda de equilíbrio e algum tremor postural. Os idosos tornam-se menos precisos no controle da contração dos músculos.<sup>(5)</sup> Surgem também, com a idade, outras alterações físicas que deixa o ser humano mais suscetível a problemas de saúde. Hoje em dia, dos problemas mais preocupantes encontram-se o desenvolvimento de demências e

a diminuição da capacidade física, afetando diretamente o quotidiano da pessoa idosa. O sistema nervoso central sofre também consequências com o envelhecimento podendo resultar no comprometimento da vida social e intelectual do indivíduo, mais especificamente “com alterações da memória, raciocínio lógico, juízo crítico, funções práticas e gnósticas, na orientação do espaço, na fala e outras formas de comunicação, e ainda na afectividade, na personalidade e na conduta”.<sup>(11)</sup>

Deste modo, de acordo com o índice de avaliação da capacidade funcional do indivíduo na comunidade: Índice de Katz, um estudo publicado em 2007, em que foram avaliados idosos institucionalizados a realizarem diversas actividades da vida diária, tais como higiene, vestuário, controlo das necessidades fisiológicas e utilização da casa de banho e alimentação, classificando-os em diferentes graus de dependência. Os resultados obtidos demonstram que apenas 37% da amostra estudada era totalmente independente na realização das actividades da vida diária, outro estudo realizado em 1990 terá reportado resultados semelhantes.<sup>(12)</sup>

Tudo factores que contribuem para a diminuição significativa da qualidade de vida da população desta faixa etária. O estado físico e intelectual da pessoa idosa afecta directamente todas as tarefas do seu quotidiano, na medida em que se possam tornar incapazes de cuidarem da sua própria higiene pessoal, alimentação ou por exemplo o simples facto de se vestirem sozinhos, como foi referido anteriormente. Como consequência tornam-se pessoas dependentes de terceiros, e deste modo deixam de ser os únicos responsáveis sobre si mesmos. O que implica que para além de seres mais frágeis e susceptíveis à doença, estão dependentes de terceiros para cuidar e travar a progressão da patologia, seja ela qual for.

#### 1.1.2. Desdentados e as suas consequências

Um bom estado de saúde dentária condiciona o bem-estar individual quando proporciona uma auto-imagem favorável, capacidades de comunicação

social e ainda uma alimentação adequada, o que permite uma melhor qualidade de vida. <sup>(4)</sup>

Já em 1995, Fernandes, <sup>(4)</sup> afirmava que a fisiologia oral se mantém relativamente estável com a idade em indivíduos saudáveis mas que, na presença de doenças e de certas medicações, as funções se deterioram, ao contrário do que se pensava, que a perda dentária era considerada inevitável e fazendo mesmo parte do processo normal de envelhecimento.

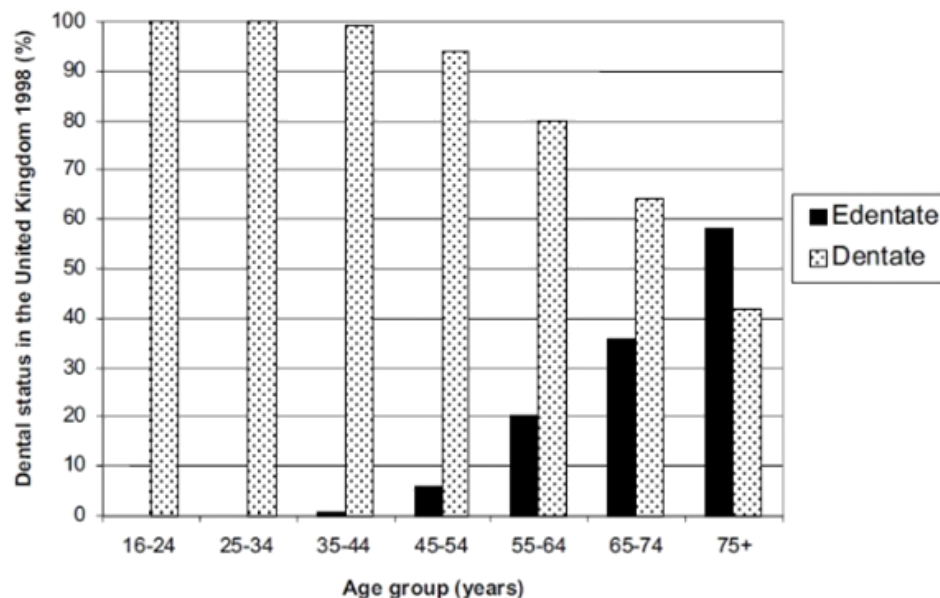
Quando existem grandes perdas dentárias, são visíveis alterações a nível facial, devido à reabsorção óssea e atrofia muscular. Por outro lado, existem consequências a nível mastigatório tornando-a ineficaz ou mesmo impossível. <sup>(4)</sup>

A perda dentária trás consigo diversas consequências; é possível observar a migração, rotação e extrusão dos dentes remanescentes. Em casos de extracções únicas leva à mesialização dos dentes adjacentes, numa tentativa de ocupar os espaços edêntulos, assim como à extrusão e rotação dos dentes antagonistas. Estes movimentos levam à abertura de espaços interdentários, o que por sua vez dificulta a higienização, aumentando assim o risco de cárie. <sup>(4)</sup>

A perda dentária leva também à reabsorção óssea progressiva, condiciona uma degenerescência da musculatura oral que vai ter reflexos evidentes no aspecto facial. Observa-se uma queda dos lábios e da linha do sorriso, caso exista perda dentária múltipla à também uma diminuição da altura facial do terço inferior. <sup>(4)</sup>

Nos EUA, segundo a Associação Dentária Americana existiam em 1976 mais indivíduos desdentados totais do que parciais. O número médio de dentes perdidos era, nos EUA, em 71/74, de 15,5 nos homens e 14,5 nas mulheres de 65-74 anos. <sup>(4)</sup>

Em 1998, um estudo em adultos no Reino Unido acerca de desdentados totais, constatou que 13% dos adultos era desdentado total, e que esta condição estava fortemente correlacionada com a idade. <sup>(5)</sup> A Figura 2 mostra a transição de desdentados parciais para totais, em diferentes faixas etárias.



**Fig. 2:** Proporção de população dentada e desdentada, por idade, no Reino Unido em 1998. Fonte: Basker (2012).

Em Portugal, um dos primeiros estudos sobre perda dentária foi em 1979, em que se estudou uma amostra de residentes em Lisboa, Alentejo e Mon temoro-Novo com idades entre os 35 e os 44 anos. Os valores encontrados indicavam que a perda dentária aumentava com a idade e eram maiores no sexo feminino e nas populações rurais. Dos indivíduos observados, 28,9% tinham necessidade de substituição protética. Os indivíduos com 35-44 anos tinham uma média de 5,9 dentes perdidos. Em 1983/84, um inquérito realizado no âmbito dos acordos de cooperação entre o Ministério da Saúde e o Secretariado Regional Europeu da OMS, examinaram, com carácter nacional, 1891 indivíduos distribuídos igualmente pelas idades de 6,12 e 35-44 anos. Nos adultos foi observado um CPO médio global de 10,9, tendo o máximo, de 13,3, sido observado em Castelo Branco e o mínimo, de 7,9, em Chaves. Na classe etária com 35-44 anos, o número médio de dentes perdidos foi 6,7. <sup>(4)</sup>

Mais recentemente (2013), um estudo feito em Vila de Óbidos em Portugal, calculou o Índice de CPO, com a finalidade de estudar a prevalência de cárie e edentulismo em adultos e idosos. Os valores encontrados revelam que o Índice CPO total foi de 15,4, com valores semelhantes tanto no sexo feminino como no

sexo masculino. Analisando o CPO por idades, o valor de CPO em adultos foi de 11,6 (35-44 anos) e de 20,6 em idosos (65-74 anos).<sup>(13)</sup>

Estudos referem que em 1968, dois terços dos indivíduos que passavam a desdentados totais tinham 12 ou mais dentes já extraídos, e em 1998 este valor tinha caído para um quarto. Tudo isto devido à consciencialização da população, e aos esforços, tanto por parte do Médico Dentista como do paciente, em preservar o máximo de tempo possível os dentes naturais. Se as tendências atuais continuarem calcula-se que, até 2018, apenas 5% da população adulta será desdentado.<sup>(5)</sup>

### 1.1.3. Reabilitação oral

Com o aumento da esperança média de vida, como já foi referenciado anteriormente, e com o aumento da população idosa, vemo-nos deparados com a necessidade de realizar reabilitações protéticas.

Com o avanço da idade, assistimos à deterioração da saúde oral, como já concluído com diversos estudos que avaliam o edentulismo, aumentando assim a necessidade de reabilitar os pacientes, quer com próteses removíveis, quer com próteses fixas. E cada vez mais nos deparamos com pacientes que trazem expectativas elevadas quanto à reabilitação, por motivos pessoais que assentam em preocupações estéticas e de bem-estar, ou por motivos sociais que se predem em opiniões de terceiros ou até mesmo questões de empregabilidade.

Acima de tudo, a reabilitação protética visa restituir a função do aparelho estomatognático, permitindo a mastigação, e desta forma uma dieta equilibrada. Habitualmente, é mais fácil atingir este objectivo através da reabilitação fixa do que com a reabilitação removível. Por outro lado, uma reabilitação com próteses totais removíveis, com boa oclusão e retenção conseguem restaurar a mastigação.<sup>(4)</sup>

Mesmo tendo uma reabilitação protética em boas condições, a nível de retenção, oclusão e estabilidade, esta pode muitas vezes conduzir ao agravamento de cáries, problemas parodontais ou lesões na mucosa, muitas

vezes pré-malignas ou mesmo malignas, quer por trauma pela prótese quer por deficiente higiene oral. <sup>(4)</sup>

Estudos indicam que a maioria dos indivíduos desdentados com mais de 65 anos de idade têm próteses com mais de 10 anos, o que pode trazer como consequência alterações da mucosa, presentes em 44 a 63% dos casos. Através da avaliação profissional das próteses dentárias pode concluir-se que 40% das próteses com 5 anos de utilização, e 80% das próteses com 10 anos de utilização necessitam de ser substituídas. Também já foi quantificado que 70 a 85% das próteses dentárias de pessoas idosas precisam de algum tipo de arranjo. <sup>(5)</sup>

Uma das razões que justifiquem estes valores é o facto dos pacientes apenas procurarem o Médico Dentista quando existe algum tipo de patologia dolorosa, problemas de mastigação, algum problema estético muito evidente ou em casos de fractura ou perda da prótese. Outra justificação é o facto de os pacientes atribuírem mais importância a outras áreas da saúde que à sua saúde oral. <sup>(5)</sup>

A higienização da prótese é outra problemática com relevância. Diversos estudos mostram que uma higienização deficiente leva ao acumulo de placa na superfície da prótese, que pode levar ao desenvolvimento de doença periodontal e ao desenvolvimento de cáries nos dentes remanescentes, assim como infecções na mucosa de suporte (estomatites protéticas, hiperplasia papilar, candidose crónica). <sup>(14, 15)</sup>



## 2. Objectivos

Como já referido, este trabalho é realizado com o intuito de descrever a atividade clínica e científica desenvolvida no ano lectivo 2014/15, pelo binómio 106 na Clínica Universitária.

Complementarmente, visa efectuar uma análise mais aprofundada do grupo de pacientes que no período de 15 de Setembro de 2014 a 8 de Maio de 2015 frequentou a consulta com o binómio 106. Este grupo será caracterizado por sexo e idade: diferenciando dois grupos independentes: pacientes em idade pediátrica e pacientes em idade adulta.

Todos os outros critérios avaliados serão sobre o grupo de pacientes em idade adulta; avaliando o Índice de CPO, que estuda os dentes cariados, perdidos e obturados; com especial ênfase no critério dentes perdidos. Também a reabilitação protética destes pacientes será analisada, assim como, a doença periodontal.

Todos estes parâmetros serão comparados com o factor idade, diferenciando pacientes adultos de pacientes idosos, sendo o principal objectivo perceber o estado de saúde oral dos pacientes que atendem à consulta na Clínica Universitária e se existem diferenças significativas entre estas duas faixas etárias distintas.



### 3. Material e métodos

A amostra de estudo foi definida como sendo todos os pacientes atribuídos ao binómio 106 da Clínica Universitária, do qual faço parte, trabalhando como operador e assistente intercalado com a minha colega, ao longo do presente ano-lectivo. O período definido para recolha de dados teve início no dia 15 de Setembro de 2014 até 08 de Maio de 2015. Foram contabilizados todos os actos clínicos realizados pelo binómio, diferenciando por áreas clínicas, e por função (operador/assistente). Foram também recolhidos dados sobre os pacientes com os quais o binómio trabalhou durante este ano-lectivo, podendo assim caracterizar a amostra de indivíduos.

A amostra foi diferenciada entre indivíduos pediátricos (0-16 anos) e adultos (16-65 anos) e quantificada acerca do sexo. Do grupo criado de indivíduos adultos foi estudado o Índice de CPO total, por idades e por sexo. Deste grupo de pacientes também foi estudada a média total de dentes perdidos, verificando se existem diferenças significativas entre adultos e idosos e também entre sexos. Seguidamente foram estudados os espaços edêntulos na população adulta, e que o número de pacientes com algum tipo de reabilitação protética removível ou fixa, estudando também o valor da média do índice de placa dos pacientes portadores de próteses. Foram também comparados os valores médios de idade e de dentes perdidos nos grupos com reabilitação protética removível, fixa e sem qualquer tipo de reabilitação. Outro ponto avaliado foi estado de saúde periodontal dos indivíduos que realizaram a consulta de Periodontologia na Clínica Universitária. Foram recolhidos os diagnósticos periodontais e dados de média de dentes perdidos, média de percentagem de índice de placa e média de percentagem de índice de sangramento.

Como ferramentas para a recolha de dados serão utilizados os programas informáticos em funcionamento na Clínica Universitária: New Soft e Dimaxis, e também será utilizado o registo fotográfico de casos pontuais. O programa informático New Soft é um programa de gestão clínica, onde se encontra toda a informação do paciente, desde a ficha clínica à sua agenda, em paralelo com este programa existe a funcionar o Dimaxis, onde estão armazenadas todos os registos imagiológicos do paciente. Através destes dois programas informáticos será

possível documentar todos os casos clínicos e fazer uma caracterização da amostra. O Microsoft Office Excel será uma ferramenta útil para trabalhar os dados e retirar possíveis conclusões.

De forma a complementar a documentação e descrição de casos mais diferenciados poderá recorrer-se a diversas fontes de documentação, como motores de pesquisa avançada como Pubmed, Google Académico.

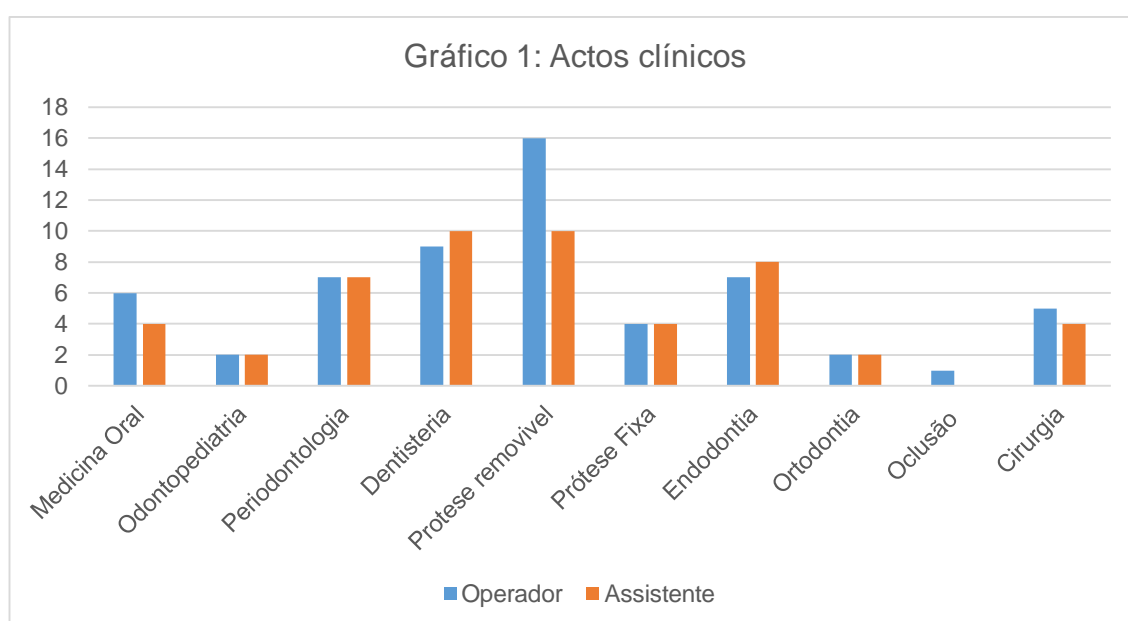
Numa segunda parte do relatório encontramos por secção as diversas áreas clínicas. Cada área clínica tem uma pequena apresentação que consiste numa definição geral e o programa da mesma na Clínica Universitária. De seguida são apresentados resumidamente os actos clínicos realizados em cada área clínica, diferenciando entre função de operador e assistente.

De seguida são abordados alguns casos clínicos; estes foram escolhidos por constituírem uma prática clínica que não é do nosso quotidiano na Clínica Universitária.

## 4. Resultados

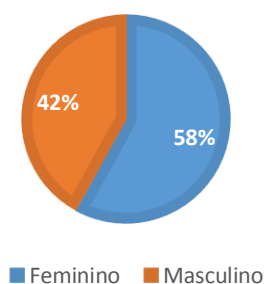
### 4.1. Análise geral da amostra

Ao longo do ano lectivo 2014/15, o binómio 106 teve um total de 53 pacientes, que realizaram 110 tratamentos dentários. Destes 110, 59 foram realizados enquanto operador, e 51 como assistente (Gráfico 1). A área clínica com mais afluência de pacientes foi Prótese Removível com um total de 16 consultas, e as áreas clínicas onde se registou um menor número de pacientes foi Oclusão e Ortodontia.



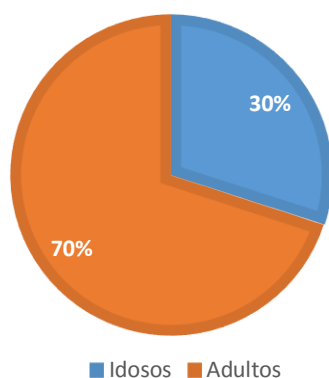
Dos 53 pacientes, 50 são pacientes em idade adulta e 3 são pacientes pediátricos. A totalidade de pacientes pediátricos é do sexo masculino, e dos 50 pacientes adultos: 21 são do sexo masculino e 29 do sexo feminino (Gráfico 2).

Gráfico 2: Sexo dos pacientes



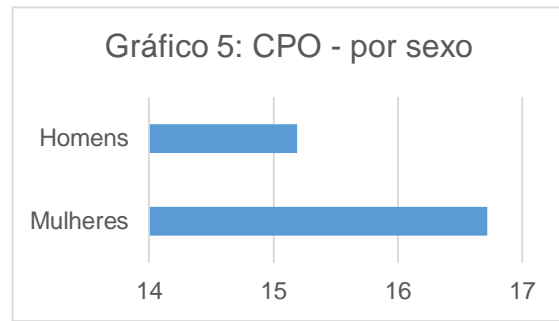
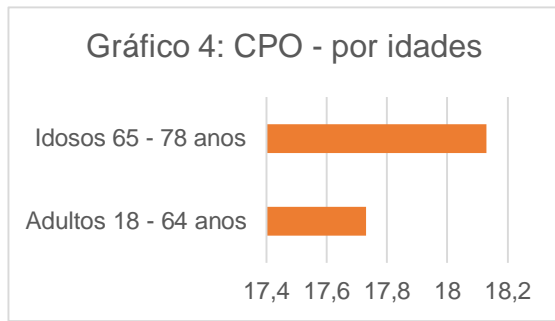
A amostra de pacientes adultos tem uma média de idades de 52,38 anos. Na amostra total de 50 pacientes, a idade mínima registada foi de 18 anos, e a máxima foi de 78 anos de idade. Existem 15 pacientes idosos na amostra e 35 pacientes em idade adulta. Os pacientes idosos representam 30% da amostra total (Gráfico 3).

Gráfico 3: Faixa etária



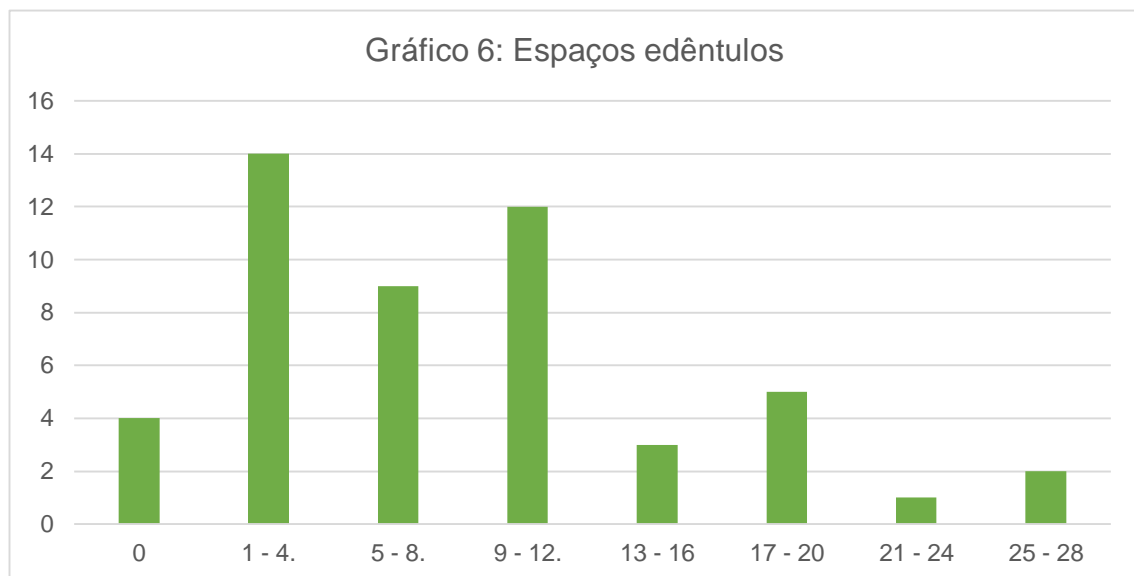
Foi avaliado o Índice de CPO desta amostra de adultos; para o cálculo foram excluídos os 3<sup>os</sup> molares, fazendo um total de 28 dentes avaliados por indivíduo.

Aplicando a fórmula à amostra de 50 indivíduos, obteve-se um Índice de CPO total de 16,08. Calculando para adultos, dos 18 aos 64 anos de idade, num total de 35 indivíduos com uma média de idades de 44,6 anos, o valor obtido foi de 17,73. O mesmo foi calculado para os pacientes idosos, dos 65 aos 78 anos de idade, num total de 15 indivíduos com uma média de idades de 70,53 anos, o valor obtido foi de 18,13 (Gráfico 4). Também se calculou diferenciando os sexos: 29 mulheres com um Índice de CPO de 16,72, e 21 homens com um índice de CPO de 15,19 (Gráfico 5).



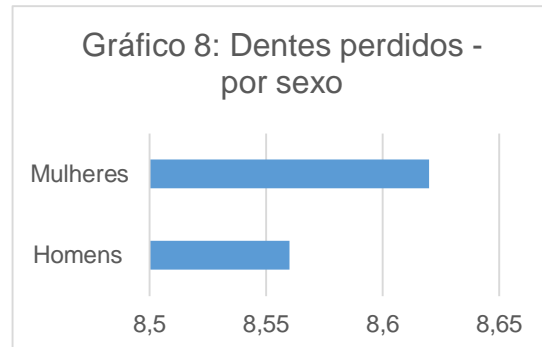
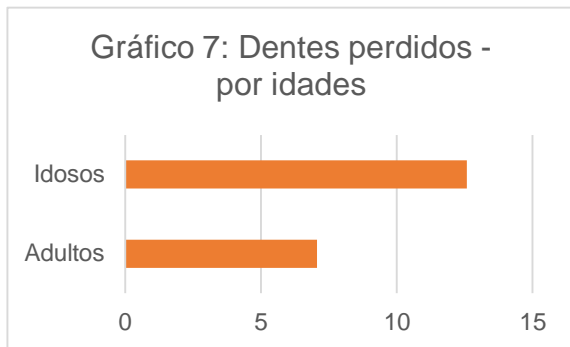
A média de dentes cariados nestes 50 pacientes é de 1,98 e de dentes obturados é de 5,5.

Estudando a amostra total de adultos: 4 pacientes não apresentam espaços edêntulos, 14 apresentam falta de 1 a 4 dentes, 9 a falta de 5 a 8 dentes, 12 pacientes apresentam falta de 9 a 12 dentes, 3 apresentam falta de 13 a 16 dentes, 5 apresentam falta de 17 a 20 dentes, 1 paciente apresenta falta de 21 a 24 dentes e 2 pacientes apresentam falta de 25 a 28 dentes (gráfico 6). Esta contagem foi realizada para 28 dentes, não tendo assim em consideração a presença ou não dos 3<sup>os</sup> molares.

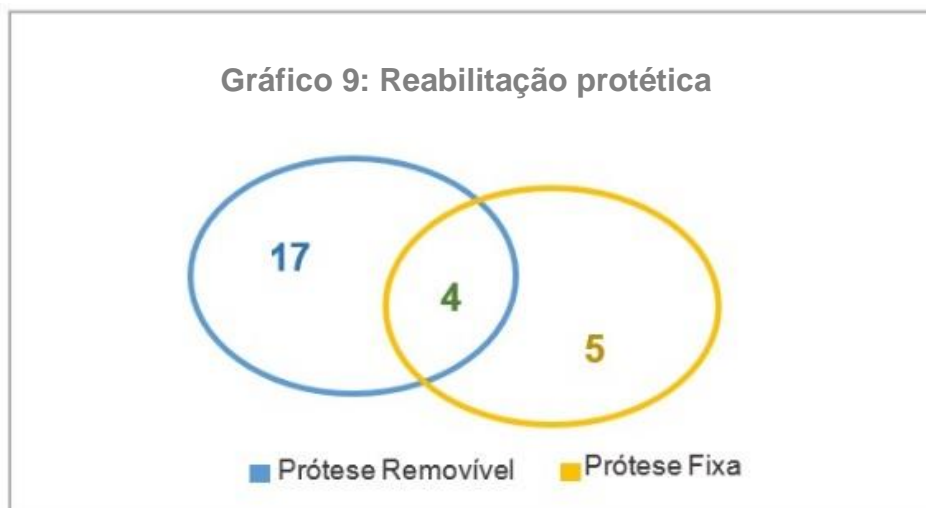


Do total da amostra a média de dentes perdido é 8,6 dentes, o que corresponde a 30,71% do total de dentes avaliados por pessoa. Avaliando número

de dentes perdidos por faixas etárias, os adultos (16 – 64 anos) têm uma média de 7,06 dentes perdidos e os idosos (65 ou mais anos) têm uma média de 12,56 dentes perdidos (Gráfico 7). Por sexo, os homens têm uma média de 8,56 dentes perdidos e as mulheres têm uma média de 8,62 dentes perdidos (Gráfico 8).



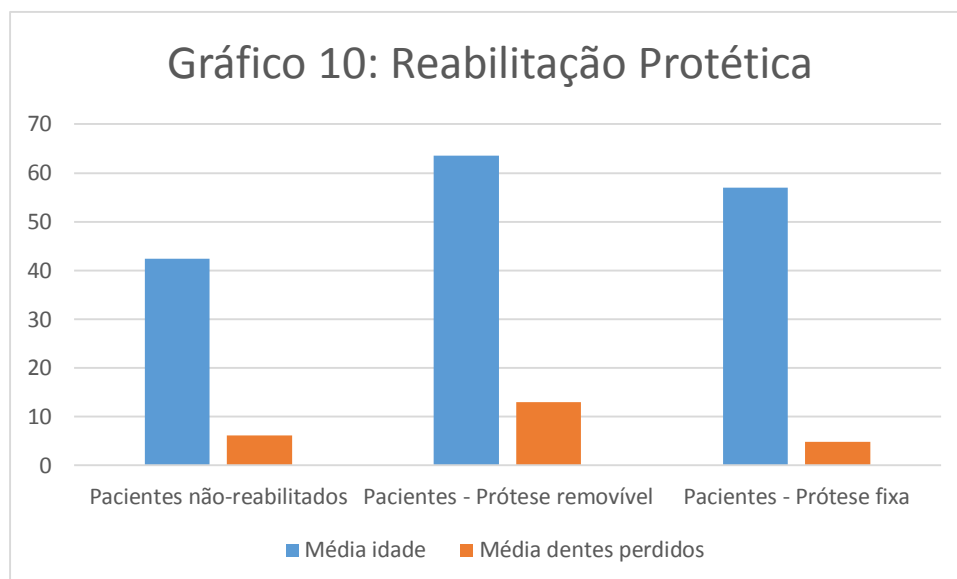
Destes 50 adultos, 26 têm algum tipo de reabilitação protética, removível ou fixa. Existem 21 próteses removíveis, e 9 próteses fixas; sendo que 4 pacientes têm os 2 tipos de reabilitação: removível e fixa (Gráfico 9).



Os pacientes reabilitados com prótese removível têm uma média de idades de 63,52 anos, com uma média de 13 dentes perdidos; o paciente com menor número de dentes perdidos registra a falta de 3 peças dentárias e o paciente com maiores espaços edêntulos registra uma perda de 28 peças dentárias.

Os pacientes reabilitados com prótese fixa têm uma média de idades de 57 anos e uma média de 4,89 dentes perdidos. Neste grupo, o paciente com menor número de dentes perdidos regista a falta de 1 peça dentária e o paciente com maiores espaços edêntulos regista uma perda de 11 peças dentárias.

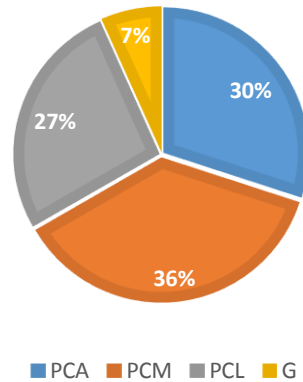
Os restantes 21 pacientes sem qualquer tipo de reabilitação protética tem uma média de idade de 42,42 anos e uma média de 6,13 dentes perdidos (Gráfico 10).



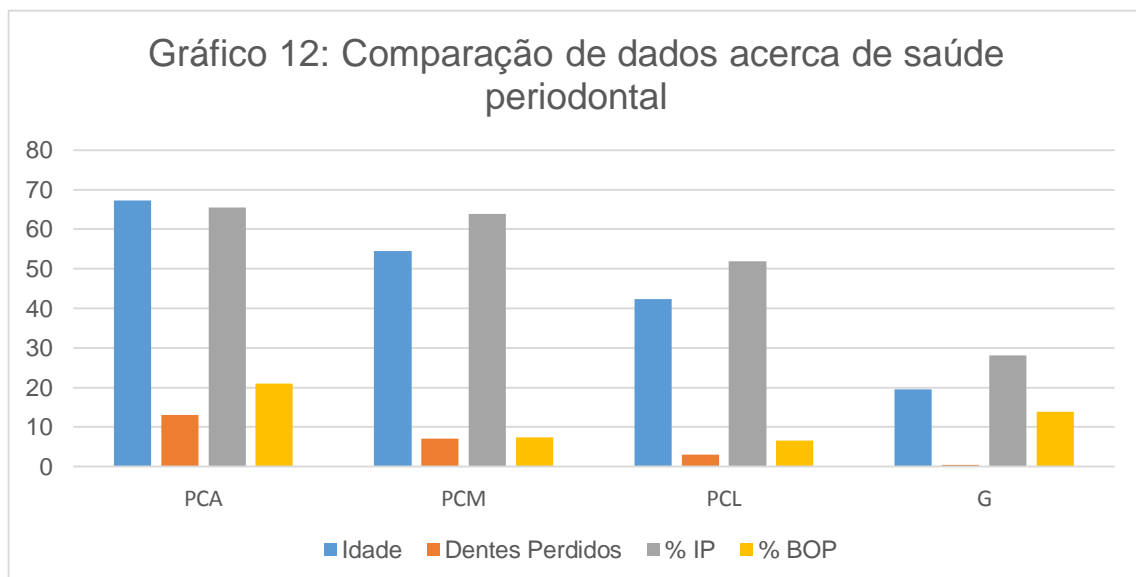
Outro ponto com interesse é a relação do Índice de Placa dos pacientes com algum tipo de prótese dentária, fixa ou removível. Nesta amostra de 19 pacientes (do total de 26 pacientes apenas 19 fizeram avaliação na Clínica Universitária), o valor médio é de 63,58%.

Desta amostra de 50 adultos, 30 avaliaram o seu estado periodontal na consulta de Periodontologia na Clínica Universitária, 19 mulheres e 11 homens. A média de idades destes indivíduos é de 52,8 anos de idade. Em relação ao diagnóstico periodontal, 9 indivíduos foram diagnosticados com Periodontite Crónica Avançada (PCA), 11 com Periodontite Crónica Moderada (PCM), 8 com Periodontite Crónica Leve (PCL) e 2 indivíduos com Gengivite (G) (Gráfico 11).

Gráfico 11: Diagnóstico periodontal



Também foram avaliados a média de Dentes Perdidos, percentagem de Índice de Placa (IP) e percentagem de Índice de Sangramento (BOP). Os resultados obtidos para os 9 indivíduos, com uma média de idade de 67,33 anos, com PCA foram uma média de 13,11 dentes perdidos, uma média de 65,44% de IP e uma média de 20,93% de BOP. Para os 11 indivíduos com PCM, com uma média de idades de 54,55 anos, foi de uma média de 7,1 dentes perdidos, uma média de 63,87% de IP e uma média de 7,34% de BOP. Os 8 indivíduos, com uma média de idades de 42,37 anos, com PCL apresentaram uma média de 3,12 dentes perdidos, uma média de 51,94% de IP e uma média 6,53% de BOP. Por fim, os 2 indivíduos com média de idades de 19,5 anos, com diagnóstico de Gengivite, tinham uma média de 0,5 dentes perdidos, uma média de 28,15% de IP e uma média de 13,95% de BOP (Gráfico 12).



## 4.2. Cirurgia Oral

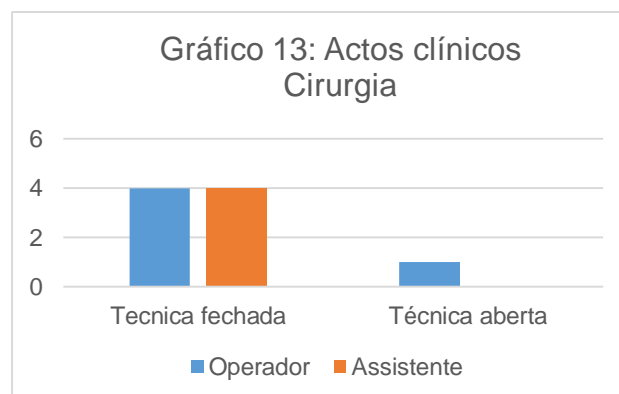
### 4.2.1. Apresentação

Segundo Peterson <sup>(16)</sup>, “Cirurgia oral e maxilofacial é a especialidade da odontologia que engloba o diagnóstico e o tratamento cirúrgico e complementar de doenças, lesões e deficiências, incluindo aspectos funcionais e estéticos dos tecidos duros e moles das regiões oral e maxilofacial”.

A área clínica de Cirurgia Oral foi leccionada na Clínica Universitária, sob supervisão dos docentes. O programa previa a realização de três actos clínicos por semestre, que poderiam incluir exodontias simples de dentes mono e multirradiculares, dentes inclusos, cirurgia pré-protética e abordagem de processos infecciosos e/ou de situações de trauma dento-alveolar. A área disciplinar teve uma carga horária de 3 horas semanais no 1º semestre e 2 horas semanais no 2º semestre.

### 4.2.2. Actos clínicos

Na área clínica de Cirurgia Oral, num total de 26 semanas foram realizados 9 consultas clínicas. Enquanto operador foram realizados 5 actos clínicos, 4 com técnica fechada e 1 com técnica aberta. Enquanto assistente, foram realizados 4 actos clínicos, todos eles com técnica fechada (Gráfico 13).



### 4.3. Dentisteria operatória

#### 4.3.1. Apresentação

A Dentisteria Operatória evolui exponencialmente nos últimos anos, desde o entendimento da doença dentária, do melhoramento de materiais e das técnicas. No início da Dentisteria, a tendência era o Médico Dentista olhar apenas para a cavidade oral e para dentes, agora avalia-se um todo, e trata-se uma pessoa com problemas dentários e não apenas os dentes. Existe também um maior entendimento acerca da doença e da sua fisiopatologia. Assim como uma nova forma de atuar junto ao paciente: aprimorando a prevenção e gestão da doença, e não apenas o seu tratamento. <sup>(17)</sup>

A Dentisteria Operatória não trata apenas de restaurar cavidades, primeiro estuda a anatomia do dente (esmalte, dentina, cemento e polpa) e os seus tecidos adjacentes (osso alveolar e gengiva). Para que desta forma, quando se aplicam os princípios da restaurabilidade, não exista um comprometimento físico, químico e biológico dos tecidos dentários, evitando a falha prematura de restaurações, o comprometimento da integridade coronária, recorrência de cária, desconforto do paciente ou até mesmo necrose pulpar. <sup>(18)</sup>

As aulas são leccionados na Clínica Universitária, onde o aluno segue um Protocolo (Anexo1) que vai completando ao longo do acto clínico. O Protocolo tem a função de orientar o aluno em termos gerais e também para o avaliar, quando o seu procedimento é revisto com o docente supervisor. A área disciplinar teve uma carga horária de 3 horas semanais.

#### 4.3.2. Actos clínicos

Num total de 26 semanas, na área clínica de dentisteria operatória, foram realizadas 19 consultas pelo binómio. Do total de consultas realizadas: 9 foram enquanto operador e 10 enquanto assistente.

Ao longo das consultas clínicas foram realizadas 6 restaurações com óxido de zinco e eugenol (IRM), 12 restaurações a compósito e 1 restauração a

amálgama (Gráfico 14). Foram restauradas 1 cavidade Classe I, 12 cavidades Classe II, 2 cavidades Classe III, 3 cavidades Classe IV e 1 cavidade classe V (Gráfico 15).

Gráfico 14: Materiais restauradores

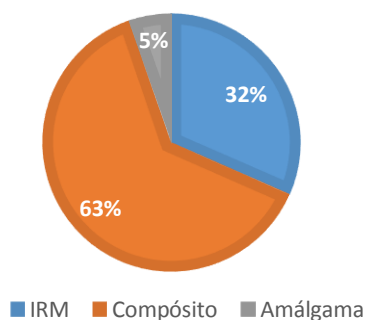
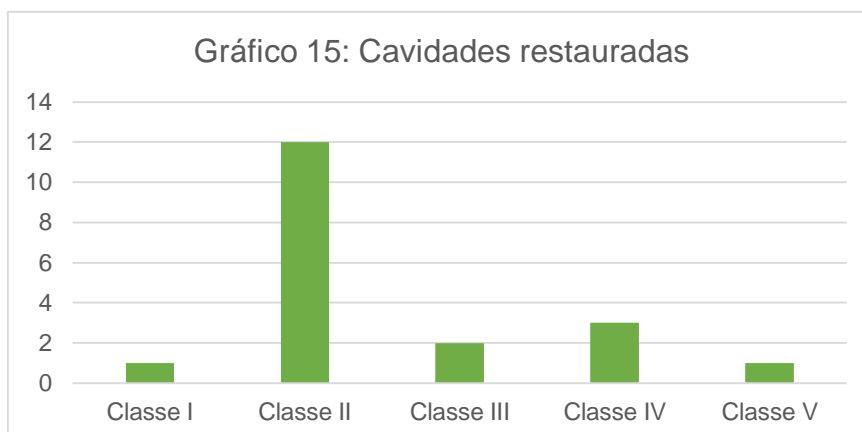


Gráfico 15: Cavidades restauradas



#### 4.4. Endodontia

##### 4.4.1. Apresentação

A endodontia pode definir-se como o ramo da Medicina Dentária que se dedica ao estudo da morfologia, função, saúde, lesões e alterações da polpa dentária e região periodontal, e é também responsável pelo seu tratamento. <sup>(19)</sup>

De um modo geral, uma grande parte dos problemas pulpares estão relacionados com contaminação microbiana do sistema de canais radiculares das peças dentárias. Desta forma, a endodontia tem aperfeiçoado técnicas que

permitem a eliminação de microrganismos do canal radicular. O maior desafio encontrado nesta área é a variável morfologia canalar, que muitas vezes dificulta o tratamento endodôntico. O principal objectivo do tratamento é reduzir o nível de contaminação microbiana, tanto quanto possível, e conseguir realizar uma selagem tridimensional efectiva. <sup>(20)</sup>

A área clínica, leccionada na Clínica Universitária, é dividida em duas componentes: pré-clínica e clínica. A componente pré-clínica visa simular a prática clínica, de modo a desenvolver a destreza manual na preparação biomecânica de dentes molares recentemente extraídos e incluídos numa base rígida. Na segunda componente, clínica, pretende-se a realização de tratamentos endodônticos completos. Primeiramente, são apresentados casos clínicos aos docentes, que os avaliam e distribuem segundo grau de dificuldade de execução do tratamento e a adequação às competências dos alunos. Sempre que a componente clínica não é possível, compensa-se com a componente pré-clínica.

Cumprido o programa, 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.

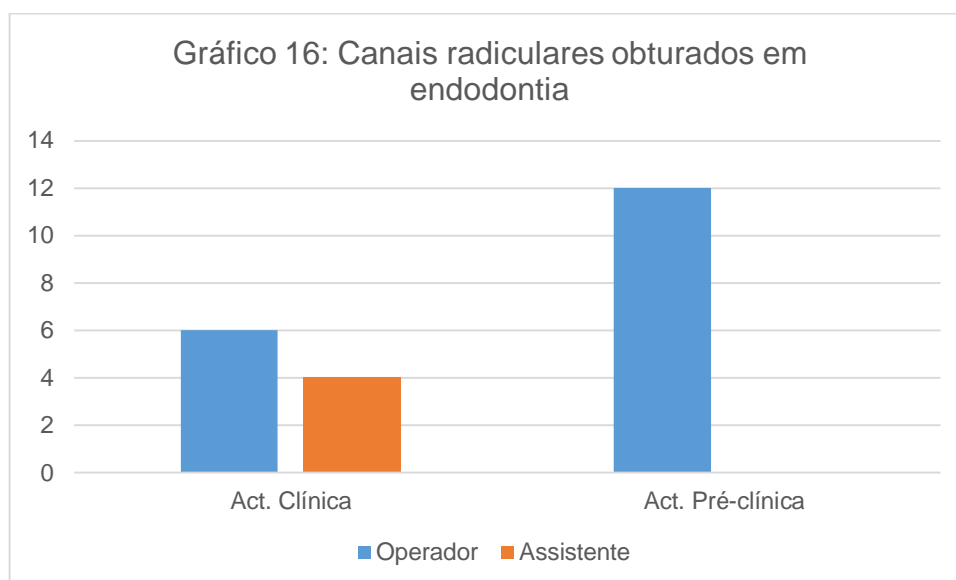
Nesta área clínica, para além dos actos clínicos em si, são contabilizados também o número de canais trabalhados e obturados, tanto em ambiente pré-clínica como clínica. A área clínica teve uma carga horária de 3 horas semanais.

#### 4.4.2. Actos clínicos

Num total de 26 semanas, foram marcadas 15 consultas clínicas, e em 11 semanas foi realizado trabalho de pré-clínica. Do total das consultas realizadas, 7 foram realizadas enquanto operador e as restantes 8 enquanto assistente.

Das 15 consultas clínicas realizadas: 12 foram para realização de tratamentos endodônticos, e as restantes 3 foram urgências clínicas em que não foi aconselhado o avançar para tratamento endodôntico radical.

Ao longo do ano lectivo, na Clínica Universitária, foram obturados 6 canais enquanto operador, e 4 enquanto assistente, o que corresponde a 3 dentes multirradiculares e 1 dente monorradicular. Em ambiente pré-clínica, obturei 12 canais, o que corresponde a 4 dentes multirradiculares (Gráfico 16).



## 4.5. Medicina oral

### 4.5.1. Apresentação

A Medicina Oral é uma área da medicina responsável pelo diagnóstico e estudo de doenças que afectam a cavidade oral. O Médico Dentista é o clínico com mais conhecimento da cavidade oral, ao contrário do Médico Generalista, que recebe uma formação limitada no que diz respeito a esta área. Desta forma, é no Médico Dentista que recai a responsabilidade de diagnosticar e tratar as patologias da cavidade oral. <sup>(21)</sup>

Nesta área clínica é abordado o paciente de forma a elaborar uma correcta e completa história clínica e exames objectivos, assim como conhecer a motivação que o fez dirigir-se à consulta de Medicina Dentária. É dada um especial ênfase à elaboração da história clínica, de forma a garantir ao paciente um tratamento adequado. Diversos estudos referem que a grande maioria dos diagnósticos são

conseguidos a partir da história clínica, e que o exame objectivo apenas fornece dados relevantes para o diagnóstico numa minoria dos casos. <sup>(22)</sup>

A área clínica teve uma carga horária de 3 horas semanais no 1º semestre e de 2 horas semanais no 2º semestre.

#### 4.5.2. Actos clínicos

De um total de 25 semanas, na área de Medicina Oral, foram realizadas 10 consultas clínicas, 6 consultas enquanto operador e 4 enquanto assistente. Com o total de 6 pacientes.

### 4.6. Oclusão

#### 4.6.1. Apresentação

A área clínica de Oclusão, leccionada na Clínica Universitária, tem por objectivo focar-se no estudo das disfunções temporomandibulares, estudando a sua etiologia e diagnóstico, e estabelecendo um protocolo terapêutico e de tratamento para cada paciente.

A área clínica teve uma carga horária de 2 horas semanais.

#### 4.6.2. Actos clínicos

Num total de 26 semanas, na área clínica de Oclusão, foi realizada 1 consulta clínica enquanto operador.

## 4.7. Odontopediatria

### 4.7.1. Apresentação

A Odontopediatria é definida como uma área da Medicina Dentária que trata do estudo, prevenção e tratamento de patologias da cavidade oral em crianças, encarregando-se do tratamento da dentição decídua e mista. <sup>(23)</sup>

O Médico Dentista tem a responsabilidade de lutar pela preservação da dentição decídua até ao momento da sua esfoliação natural, sendo crucial para o bem-estar de qualquer criança. As crianças são os pacientes adultos do futuro, e uma parte da sua percepção sobre a saúde oral está dependente das experiências no consultório que estes têm enquanto criança. <sup>(24)</sup>

Na clínica Universitária, devido ao reduzido número de pacientes pediátricos, os mínimos exigidos são de 1 acto clínico por aluno em cada semestre. Na consulta de Odontopediatria é avaliado o conhecimento adquirido durante as aulas práticas de clínica supervisionada, bem como os conhecimentos teóricos adquiridos durante a sua formação Médico-Dentária. A área clínica teve uma carga horária de 2 horas semanais.

### 4.7.2. Actos clínicos

Na área clínica de Odontopediatria, num total de 24 semanas, foram realizadas um total de 4 consultas pelo binómio. Como operador foram realizadas 2 dessas consultas, e as restantes foram realizadas enquanto assistente. Com a totalidade de 3 pacientes.

## 4.8. Ortodontia

### 4.8.1. Apresentação

A Ortodontia tem como objectivo, de forma resumida, a “criação de uma relação oclusal possivelmente melhor dentro de uma estrutura estética facial aceitável e estabilização do resultado”.<sup>(25)</sup>

A Ortodontia praticada na Clínica Universitária é Ortodontia Interceptiva, em crianças, aproveitando o crescimento para favorecer o tratamento. O objectivo é introduzir aos alunos os conceitos da Ortodontia. A nível prático, os alunos devem conhecer os componentes básicos dos aparelhos removíveis, de forma que conheçam os processos da sua confecção, as suas características principais e a técnica de activação. A área clínica teve uma carga horária de 2 horas semanais.

### 4.8.2. Actos clínicos

Na área clínica de Ortodontia, foram realizadas um total de 3 consultas clínicas: 1 enquanto operador e 2 enquanto assistente; com o total de 1 paciente.

## 4.9. Periodontologia

### 4.9.1. Apresentação

A doença periodontal afecta e é descrita pela população desde as culturas mais antigas. A Periodontologia é a área da Medicina Dentária que estuda os tecidos de suporte dentário, e é também responsável pelo tratamento de doenças que afectam estas estruturas.<sup>(26)</sup>

Na Clínica Universitária, o paciente é abordado primariamente de forma a se realizar um correcto diagnóstico acerca do seu estado de saúde periodontal.

Desta forma, segundo o protocolo de actuação na consulta de Periodontologia (Anexo 2), começamos por uma avaliação do Índice de Placa,

Índice de Sangramento e calculamos o Índice de Detecção Precoce de Periodontites. O planeamento das consultas de tratamento periodontal inicia-se por instruções de higiene oral ao paciente, e realização de fase higiénica supra e infra-gengival com ultra-sons; caso se justifique, também se pode proceder à curetagem e alisamento radicular. O paciente é reavaliado, tendo duas opções:

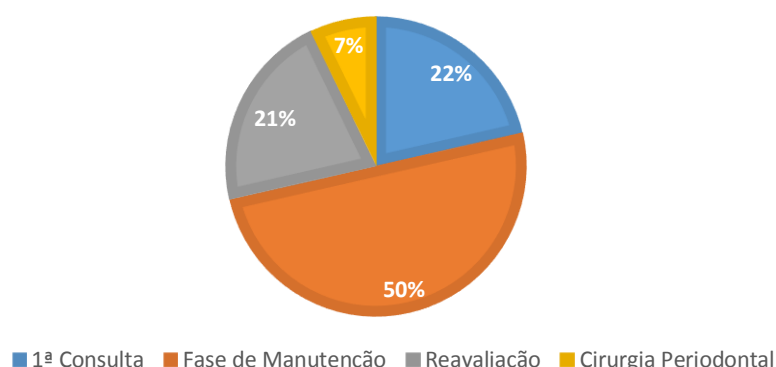
- Evolução positiva: repetem-se os procedimentos já descritos e passam para uma fase de manutenção;
- Evolução negativa ou ausente: o paciente pode ser sujeito a intervenção cirúrgica, caso cumpra os requisitos.

#### 4.9.2. Actos clínicos

Na área clínica de Periodontologia foram realizadas um total de 14 consultas clínicas: 7 enquanto operador e 7 enquanto assistente. Com um total de 13 pacientes.

Do total de consultas realizadas, 3 foram consultas de pacientes avaliados pela primeira vez em Periodontologia, 7 foram consultas de manutenção, 3 foram consultas de reavaliação (pacientes com doença periodontal ainda por controlar) e 1 consulta foi para realização de uma cirurgia periodontal (Gráfico 17).

Gráfico 17: Consultas de Periodontologia



## 4.10. Prótese removível

### 4.10.1. Apresentação

Como já referido anteriormente, a tendência nos últimos anos, é a diminuição da perda dentária. Mesmo assim, vamos assistir à continuação da procura de reabilitação protética. O papel da Prótese Removível é permitir a reabilitação destes pacientes, que maioritariamente são pacientes mais idosos. Estes pacientes apresentam cada vez mais expectativas altas acerca da sua reabilitação, sendo por vezes difícil satisfazer totalmente o paciente. <sup>(5)</sup>

Actualmente preconiza-se uma abordagem mais biológica e não tão mecânica do paciente, devendo a reabilitação ser a mais adequada para os espaços edêntulos de cada paciente. <sup>(5)</sup>

Basker <sup>(5)</sup> recomenda uma boa comunicação entre o Médico Dentista e o técnico de laboratório, acreditando ser essencial para o sucesso do tratamento.

Na área clínica de Prótese Removível, leccionada na Clínica Universitária, é abordado o paciente de forma individual, de modo a ser possível realizar o tratamento mais adequado para cada caso. São realizados planeamentos completos de reabilitação protética com prótese removível, e consultas de concertos de próteses. A área clínica teve uma carga horária de 4 horas semanais, sendo possível 2 pacientes por semana.

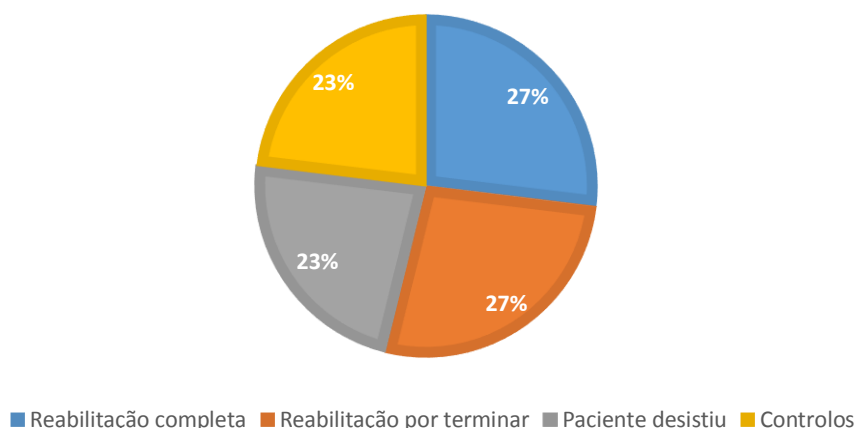
### 4.10.2. Actos clínicos

Na área clínica de Prótese Removível, foram realizadas um total de 16 consultas clínicas: 16 enquanto operador e 10 enquanto assistente.

Do total de consultas realizadas, foi completada 1 reabilitação protética com prótese parcial removível esquelética em 7 consultas, 2 ainda não foram terminadas (1 reabilitação com prótese parcial removível esquelética e 1 reabilitação com prótese total acrílica) em 7 consultas, e outros 3 pacientes desistiram a meio do tratamento (2 paciente com reabilitação com prótese parcial

removível esquelética e 1 paciente com reabilitação com prótese total acrílica), tendo ocupado 6 consultas. Foram também realizadas consultas de controlos diversos (apertos de ganchos, rebasamentos de próteses removíveis,...) em 6 consultas (Gráfico 18).

Gráfico 18: Consultas clínicas de Prótese Removível



## 4.11. Prótese fixa

### 4.11.1. Apresentação

A Prótese Fixa tem como papel na Medicina Dentária a substituição e restauração de dentes, através de substitutos artificiais, apenas removidos da cavidade oral por Médicos Dentistas quando necessário. O seu objectivo é restaurar a função, estética e conforto ao paciente. <sup>(27)</sup>

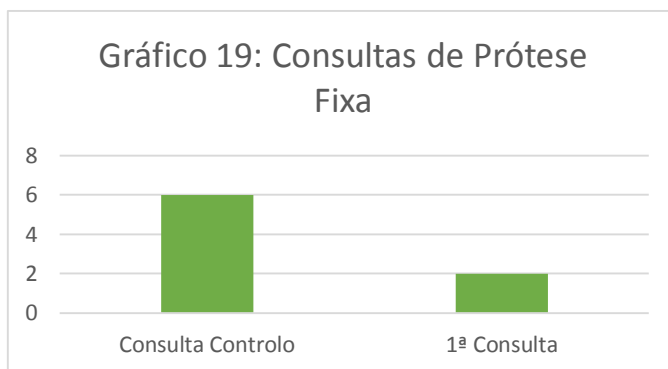
Através da Prótese Fixa é possível reabilitar desde apenas um dente, até reabilitar toda a oclusão. Com a possibilidade de reabilitar com elementos protéticos fixos é proporcionado ao paciente maior conforto e mais eficiência mastigatória. <sup>(28)</sup>

A área clínica de Prótese Fixa é leccionada na Clínica universitária, e teve uma carga horária de 4 horas semanais.

#### 4.11.2. Actos clínicos

Na área clínica Prótese Fixa, foram realizadas um total de 8 consultas clínicas: 4 enquanto operador e 4 enquanto assistente.

Do total de consultas, realizaram-se 2 primeiras consultas (2 casos que não avançaram para prótese fixa: um por não ser possível e o segundo por a paciente não ter aceite o orçamento), e 6 consultas de controlo de próteses fixas (Gráfico 19).



#### 4.12. Casos clínicos diferenciados

Ao longo do ano lectivo foram realizados diversos actos clínicos pelo binómio como já foi referido anteriormente.

Alguns destes actos clínicos destacaram-se, quer pelo grau de dificuldade de execução, quer pela inovação ou mesmo pela gravidade da patologia. Estes casos merecem a nossa especial atenção, de modo a estarmos preparados para lidar com estas situações na clínica diária.

#### 4.12.1. Cirurgia diferenciada – Extracção dente incluído

No primeiro semestre foi realizada uma cirurgia diferenciada, que consistiu na extracção do dente 2.8 (Fig.3) incluído, classe C (classificação de Pell e Gregory que diz respeito à profundidade da inclusão em relação ao plano oclusal do segundo molar) horizontal (classificação de Winter que diz respeito à angulação do terceiro molar em relação ao eixo do segundo molar).



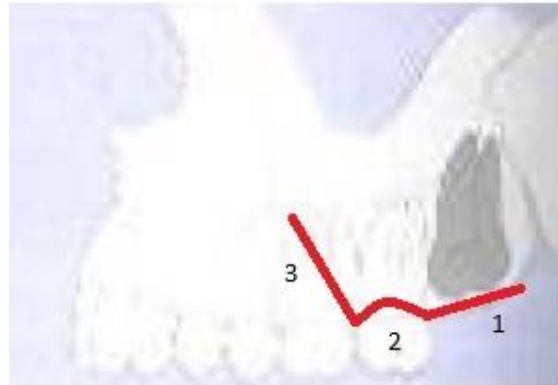
**Fig.3:** Periapical do dente 2.7 e 2.8

A paciente, de 72 anos, apresentou-se à consulta com a queixa de sintomatologia dolorosa durante a mastigação. Após o exame radiográfico, concluiu-se que o desconforto teria origem no terceiro molar incluído, que se encontrava muito próximo da raiz do dente 2.7, desta forma, a melhor opção de tratamento seria a extracção do dente incluído e preservação do dente 2.7. De notar, a proximidade com as raízes do segundo molar e a proximidade com o seio maxilar, como se pode confirmar na ortopantomografia (Fig.4).



**Fig.4:** Ortopantomografia

Antes de iniciar a cirurgia procedeu-se à anestesia do alveolar superior posterior e palatino maior. De seguida fez-se incisão e um retalho mucoperiósteo (Fig.5): com incisão horizontal (1) sobre a tuberosidade maxilar, ao longo do processo alveolar até distal do 2º molar. Incisão sulcular (2) contornando o sétimo por vestibular, e em mesial incisão de descarga (3). Este passo permitiu garantir e otimizar o acesso por vestibular.



**Fig. 5:** Retalho mucoperiosteio

Após a execução do retalho mucoperiósteo adequado procedeu-se à remoção do osso de revestimento por vestibular (osteotomia). Com o objectivo de expor a totalidade da coroa do dente incluso até à linha amelocementária. E de seguida luxação. Devido à idade da paciente, existia atrofia do ligamento periodontal, que dificultou a luxação.

Após a exodontia do dente, foi observada a fractura do terço apical da raiz palatina e a raiz vestibular apresentava hipercementose (Fig.6).



**Fig. 6:** Dente 2.8

Procedeu-se à curetagem do alvéolo, que permitiu a remoção do fragmento da raiz e verificar que existia uma comunicação oroantral, que foi confirmada através da Manobra de Valsava.

Para obter cicatrização por 1ª intenção, procedeu-se à sutura com múltiplos pontos simples: primeiro estabiliza-se o retalho com um ponto simples por mesial

do sétimo. De seguida suturou-se a porção horizontal do retalho sobre a tuberosidade maxilar até distal do sétimo, com dois pontos simples. Por fim, sutura da porção vertical com dois pontos simples.

Durante todo o procedimento foi necessário estar atento e tomar precauções em relação à tuberosidade maxilar que poderia fraturar com forças excessivas, e também à proximidade das raízes do dente 2.7 para evitar a sua fratura, visto que um dos objectivos seria a sua preservação.

Deu-se um acumular de algumas situações durante o procedimento, que dificultaram a extracção do dente incluso.

A atrofia do ligamento periodontal, que é normal acontecer com o avanço da idade, sem dúvida aumentou o grau de dificuldade da extracção. <sup>(29)</sup>

Na raiz vestibular foi possível observar após a extracção a presença de uma anomalia, hipercementose. Esta anomalia resulta de um processo hiperplásico do cemento celular, que causa um espessamento anormal da região apical. <sup>(30)</sup> Este achado ajuda a justificar a acrescida dificuldade da cirurgia.

A fractura de uma porção das raízes é dos problemas que mais ocorrem na extracção de terceiros molares inclusos, neste caso o fragmento da raiz poderia deslocar-se para o seio maxilar. Terceiros molares inclusos em grande profundidade em relação ao plano oclusal do segundo molar podem apenas estar rodeados, posteriormente, de uma fina camada de osso que os separa da fossa infratemporal, ou anteriormente do seio maxilar. Nestas situações é necessário um cuidado extra, pois forças numa direcção errada podem deslocar o dente para estes espaços adjacentes. <sup>(31)</sup> Neste caso não houve deslocação da peça dentária, mas ocorreu uma comunicação oroantral, que se confirmou através da Manobra de Valsava. O procedimento correcto perante esta situação é fechar o alvéolo sem preocupações acrescidas, pois a membrana do seio maxilar tem potencial de cicatrização por si só.

#### 4.12.2. Cirurgia periodontal - Frenectomia labial superior

À consulta de Periodontologia na Clínica Universitária, apresentou-se um jovem paciente, do sexo masculino de 16 anos de idade.

O paciente, que apresentava um diastema interincisivo, devido à presença de freio labial verdadeiro, não se encontrava satisfeito com a estética do seu sorriso (Fig.7). Portanto, a frenectomia estava indicada, com o objectivo de diminuir o diastema interincisivo.



**Fig. 7:** Freio labial superior

Após realizado o procedimento optou-se por utilizar um adesivo de cianoacrilato (Fig. 8). Este adesivo (Fig.9), que foi pensado para o uso na cavidade oral, está a tornar-se muito popular em cirurgia oral. O seu propósito é proporcionar um curativo seguro e estável, até 2 semanas.



**Fig. 8:** Pós-operatório - imediato



**Fig. 9:** PeriAcyl

Após 3 dias da realização da frenectomia labial (Fig. 10), foi realizado um controlo. Podemos observar a presença do adesivo, e que os tecidos adjacentes se encontram com aspecto saudável e com um processo de cicatrização favorável.



**Fig. 10:** Pós-operatório – 3 dias após

O freio labial pode ser definido como uma membrana mucosa que conecta o lábio e o processo alveolar na linha média da maxila. É constituído por tecido conjuntivo denso e fibras elásticas. <sup>(32)</sup> A frenectomia é um processo que consiste em cortar e remover o tecido conjuntivo e as fibras elásticas, sendo este um passo crucial para a não recidiva do freio labial.

Com a colocação do adesivo PeryAcril (Fig. 9) há um grande número de vantagens, como hemóstase imediata, controlo da posição dos tecidos e acima de tudo um melhor pós-operatória e conforto para o paciente.

Este processo não garante o encerramento completo do diastema devido à idade do paciente (fim do crescimento). Por outro lado, caso o paciente opte por recorrer à ortodontia é um procedimento essencial para o sucesso do tratamento.

#### 4.12.3. Descrição de caso clínico - Leucoplasia do pavimento da boca

A uma das consultas de Medicina Oral da Clínica Universitária apresentou-se um paciente do sexo masculino, com 43 anos de idade. Sem patologias sistémicas conhecidas, com historial clínico de alcoolismo, tendo sido internado à cerca de 10 anos e não há registo de recaídas até à presente data. Paciente refere também que nesta época teve problemas hepáticos. Fumador pesado, em Novembro de 2014 fumava cerca de 40 cigarros por dia, atualmente diminuiu o número de cigarros para menos de metade. Higiene oral insuficiente.

Foi detectada uma mancha branca anormal pelo seu Médico Dentista, que lhe recomendou que se dirigisse à Clínica Universitária, da Universidade Católica Portuguesa. Na primeira avaliação intra-oral do paciente (17 de Novembro de 2014) observamos uma mancha branca no sector ântero-lateral do pavimento da boca que abrangia a crista alveolar do 3º quadrante e a base da língua. A lesão apresentava contornos delimitados, mole à palpação, com cerca de 20mm de comprimento e 8mm de largura e sem sintomatologia. Na zona do pavimento da boca a lesão tinha uma textura verrucosa (Fig.11). As características da lesão levaram à suspeita de leucoplasia.



**Fig.11:** Foto inicial - leucoplasia

Foi planeada uma biopsia incisional, e informado o paciente a seguir um plano de consultas de controlo trimestrais. O estudo anatomopatológico (Anexo 3)

confirmou o diagnóstico de leucoplasia, associada a um pequeno quisto de inclusão.

Após 3 meses da biópsia (Fig.12), e com redução do número de cigarros por dia para metade, a lesão desapareceu da crista alveolar do 3º quadrante, diminuindo significativamente de tamanho, mas continuando com uma zona mais verrucosa no pavimento da boca. Foi pedido ao paciente que se apresentasse após um mês, para se estudar melhor a evolução da lesão (Fig.13). Conclui-se que a lesão tinha estagnado.



**Fig. 12:** 3 meses após a biópsia



**Fig. 13:** 4 meses após a biópsia

Desta forma, e como a lesão continuava com um tamanho considerável, prescreveu-se *Isotrexin* e fez-se o controlo após uma semana (Fig.14).



**Fig.14:** 1 semana após prescrição de isotrexin

Como é possível observar na Figura 14, há uma melhoria significativa, tendo a lesão desaparecido da base da língua, e ficando apenas delimitada ao sector ântero-lateral do pavimento da boca, perdendo a textura verrucosa. A região junto da lesão tinha um aspecto ligeiramente eritematoso.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a leucoplasia é caracterizada como uma mancha ou placa branca, não removível à raspagem e que não pode ser classificada clínica ou patologicamente como outra enfermidade. <sup>(33)</sup> Segundo a literatura é um tipo de lesão que corre mais em pacientes de meia-idade, do sexo masculino. <sup>(34)</sup>

O caso chama em especial atenção devido à localização da lesão, segundo Neville et al. <sup>(35)</sup>, casos localizados na língua, vermelhão dos lábios e pavimento oral apresentam em mais de 90% displasia ou carcinoma. Em 0,6 a 18% dos casos de leucoplasia podem sofrer alterações e tornar-se numa lesão maligna. <sup>(36)</sup>

Os fatores de risco do paciente também contribuem para aumentar a probabilidade de malignização, já que existe uma forte correlação entre leucoplasia e consumo de tabaco, que está presente em 80% dos casos. <sup>(37)</sup>

O medicamento prescrito, Isotrexin, em gel, contém isotretinoína e eritromicina.

O caso continua sob observação e controlo regular, devido ao seu grande potencial de malignização, e aos hábitos do paciente.



#### 4.13. Actividade científica

A participação activa dos alunos, futuros Médicos Dentistas, em eventos científicos, mediante a apresentação de trabalhos, afigura-se importante para a criação de hábitos de procura do conhecimento e formação ao longo da vida, num processo dinâmico e constante que vai além do período de formação académica do Mestrado Integrado ou mesmo de formações académicas complementares subsequentes.

Com efeito, a apresentação de trabalhos científicos constitui um incentivo ao desejo de conhecer e desenvolver o estado da arte, mantendo-se assim actualizados e em contacto com os restantes profissionais da área.

Neste contexto, irão ser submetidos à apreciação da Comissão Científico do XXXV Congresso Anual SPEMD 2015, a decorrer em Lisboa, em Outubro do presente ano, 2 trabalhos nas áreas da Medicina Oral e da Prostodontia.

O primeiro aborda um caso particular de Leucoplasia no pavimento da boca, que foi seguido ao longo do período de actividade clínica. O caso encontra-se ainda sob observação de forma a estudar com mais rigor o efeito que os factores de risco têm sobre a progressão da patologia, neste caso o tabaco.

O segundo visa discutir vantagens/ desvantagens que a reabilitação com Sobredentaduras traz para o paciente, principalmente na transição de dentição natural para uma situação de reabilitação protética, com enfoque nas implicações psicológicas para o paciente. Assim, propomos apresentar uma série de casos clínicos a decorrer na Clínica Universitária.



## 5. Discussão

Ao longo deste presente ano lectivo foram realizadas diversas consultas na Clínica Universitária pelo binómio 106, somando um total de 110 tratamentos dentários. As consultas foram realizadas no âmbito de diversas áreas clínicas: Medicina Oral, Odontopediatria, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Prótese Removível, Prótese Fixa, Endodontia, Ortodontia, Oclusão e Cirurgia Oral. Tendo sido realizadas 59 consultas enquanto operador e 51 consulta enquanto assistente.

Como é possível observar pelo Gráfico 1 a Prótese Removível soma um total de consultas que se destaca das outras áreas clínicas, seguida da Dentisteria Operatória.

As áreas que registam menor afluência de pacientes são sem dúvida as áreas clínicas com pacientes pediátricos: a Odontopediatria e a Ortodontia; devido à falta de pacientes desta faixa etária, que pode ser justificável pelo horário da consulta que coincide com o horário escolar. Existe ainda uma outra área disciplinar com pouca afluência: a Oclusão.

A Prótese Fixa regista pacientes ao nível da Cirurgia Oral e da Medicina Dentária, mas neste caso não se realizou nenhuma reabilitação fixa, apenas controlos de reabilitações já existentes e avaliação de casos que não seguiram em frente com o tratamento; um deles por condição económica desfavorável.

### 5.1. Caracterização geral da amostra

Os pacientes que frequentaram as consultas da Clínica Universitária somaram um total de 53 pacientes. Destes 53 pacientes, 3 frequentaram as consultas de pediatria: Odontopediatria e Ortodontia; sendo todos eles do sexo masculino. Os restantes 50 pacientes em idade adulta frequentaram as restantes áreas clínicas.

Neste documento a amostra que foi estudada são os 50 pacientes adultos.

Desta amostra 58% eram do sexo feminino e 42% do sexo masculino, com uma média de idades de 52,38 anos.

Como se pode observar no Gráfico 3, existe uma grande percentagem de pacientes idosos a frequentar a Clínica Universitária, fazendo um total de 30% dos pacientes em idade adulta. Como foi referido no início deste documento a população idosa tem vindo a aumentar significativamente <sup>(3, 4, 5, 6)</sup>, reflectindo-se directamente na nossa consulta.

De forma a estudar o estado de saúde oral destes pacientes foi calculado o Índice de CPO, este índice é recomendado para medir e comparar os efeitos da cárie dentária em populações, o seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados num determinado grupo de indivíduos. <sup>(38)</sup>

Para este grupo de pacientes, após o cálculo, obteve-se um Índice de CPO total de 16,08. Diferenciando entre sexos, existe uma ligeira diferença, tendo o grupo dos pacientes do sexo feminino um valor mais elevado (16,72) que o grupo de pacientes do sexo masculino (15,19) como se pode observar no Gráfico 5. Eram esperadas diferenças mais significativas quando comparando entre os pacientes adultos (17,73) e os pacientes idosos (18,13). Este ponto demonstra como os pacientes em idade adulta descaram cada vez mais da sua saúde oral. Estes serão os pacientes idosos num futuro próximo, e como já foi referido, a tendência é a deterioração da saúde com o avanço da idade. <sup>(4, 13)</sup>

Comparando estes valores com um estudo recente em 2013, em Vila de Óbidos, <sup>(13)</sup> o Índice de CPO total da amostra de 50 pacientes é ligeiramente mais elevado, que o valor encontrado no estudo (15,4). Neste estudo não foram encontradas diferenças significativas entre sexos, mas é de salientar que a diferença entre CPO de adultos e CPO de idosos foi bastante significativa, ao contrário do valor registado nesta amostra.

Como se pode constatar os pacientes que atendem à consulta da Clínica Universitária apresentam um valor de CPO bastante elevado, o que indica um estado de saúde oral fraco.

Este valor está consideravelmente aumentado devido à perda dentária, e não devido à presença de dentes cariados ou obturados, o que demonstra que esta população no momento em que se apresenta à consulta já vai num estado avançado da doença, não sendo possível (ou não estando os pacientes receptivos) o tratamento, optando-se assim pela extracção dentária.

A perda de dentes tem um peso significativo no estado geral da saúde oral destes pacientes, como se pode ver pelo Gráfico 6 apenas 4 pacientes não têm registo de dentes perdidos, e os restantes apresentam espaços edêntulos extensos, por exemplo 12 pacientes têm a falta de 9 a 12 peças dentárias.

A perda de peças dentárias vai-se agravando com a idade, os pacientes em idade adulta apresentam uma média de 7,06 dentes perdidos, enquanto que, os pacientes idosos registam uma média de 12,56 dentes perdidos. Comparando com os valores de um estudo de Fernandes em 1995 <sup>(4)</sup>, em lares de idosos no distrito do Porto, em que o número médio de dentes perdidos era de  $22,59 \pm 9,44$  ( $21,11 \pm 9,19$  nos homens e  $23,48 \pm 9,49$  nas mulheres) pode observar-se uma melhoria significativa em relação aos pacientes idosos. Apesar de ainda não ser uma situação ideal, os pacientes vão tendo alguma preocupação em preservar os seus dentes. Entre pacientes de sexo diferente não se registam valores muito díspares, tendo os homens uma média de 8,56 dentes perdidos e as mulheres uma média de 8,62 dentes perdidos.

Com uma perda dentária tão elevada é necessário estudar as opções de reabilitação protética destes pacientes. Seria de esperar que a grande maioria utiliza-se algum tipo de reabilitação protética, removível ou fixa, mas apenas 52% dos pacientes optaram por fazer a reabilitação dos espaços edêntulos.

A reabilitação com prótese removível é a mais utilizada (42%) quando comparado com a prótese fixa (18%), isto pode ser justificável pelo custo da reabilitação fixa que é mais elevado, e também pelo facto de serem pacientes com espaços edêntulos extensos, como já foi visto anteriormente, o que dificulta a reabilitação fixa. O estudo realizado pelo Barómetro nacional de saúde oral da Ordem dos Médicos Dentistas <sup>(3)</sup> também conclui que a prótese removível é reabilitação de eleição dos portugueses quando comparado com a prótese fixa.

Desta amostra existem pacientes que têm os dois tipos de reabilitação protética (Gráfico 9).

Visto de uma forma mais aprofundada, os pacientes que escolheram a reabilitação removível são mais velhos (média de idades de 63,52 anos) quando comparados com os pacientes que escolheram a reabilitação protética fixa (média de idades 57 anos). Também é observado que os pacientes com prótese removível têm uma média de dentes perdidos bastante elevada (13) comparando com os pacientes com prótese fixa (4,89).

Os restantes 21 pacientes, que não possuem qualquer tipo de reabilitação protética são pacientes mais jovens (média de idades de 42,42 anos) mas que têm uma média de 6,13 dentes perdidos. Tendo em conta a conjuntura geral do país, a grande razão que afasta estes pacientes de tratamentos de reabilitação é monetária, que é muitas vezes expressa pelos próprios pacientes na consulta.

Como foi referido na introdução deste documento, o estado das próteses também não é o ideal, quer pelos anos de utilização <sup>(5)</sup> quer pela falta de higienização <sup>(14,15)</sup>. Neste grupo de pacientes com reabilitação protética o valor médio do Índice de Placa registado foi de 63,58%, o que pode resultar em complicações ou mesmo falha de algumas reabilitações.

Por fim, foi também estudado o seu estado de saúde periodontal, não na amostra total de 50 pacientes, mas de 30 que realizaram a consulta de Periodontologia na Clínica Universitária.

Destes 30 pacientes, 36% foi diagnosticado com Periodontite Crónica Moderada, enquanto que 30% foi diagnosticado com Periodontite Crónica Avançada, 27% com Periodontite Crónica Leve e apenas 7% foi diagnosticado com Gengivite.

Como seria de esperar o estado da doença periodontal vai-se agravando com o avançar da idade, como é possível observar no Gráfico 12. Também se regista um aumento do número médio de dentes perdidos, valores do Índice de Placa e valores de Índice de Sangramento.

O índice de Placa vai-se agravando com a idade, o que revela uma perda de destreza manual para realizar uma correcta higiene oral, o que ajuda no agravamento do estado de saúde oral. <sup>(12)</sup>

O que podemos então observar é o actuar de 2 doenças nesta amostra: a cárie dentária e a doença periodontal. Estas duas patologias, actuando em simultâneo, trabalham então para o agravamento do estado de saúde oral destes pacientes.

A cárie dentária é uma doença multifactorial e uma das grandes causas da sua existência é uma higiene oral insuficiente. <sup>(39)</sup> Com o avançar da cárie dentária, e sem tratamento, existe uma grande destruição de tecido dentário. Esta destruição se não for interrompida a tempo pode levar à perda da peça dentária.

A doença periodontal leva a uma perda de nível ósseo, que pode resultar numa alteração do esquema oclusal, aumentando espaços interdentários e expondo as raízes dos dentes. Todos estes pequenos movimentos levam à exposição de locais de difícil higienização e mais susceptíveis de formação e progressão de tecido carioso, por exemplo o cemento dentário que é menos resistente ao avanço da cárie dentária, que o esmalte.

O elevado valor de Índice de Placa contribui de forma a agravar quer a presença de cárie dentária, como o desenvolvimento da doença periodontal.

Desta forma, este grupo de pacientes perde dentes devido à combinação de duas patologias, isto porque os pacientes não se apresentam à consulta a tempo de controlar e gerir a doença. <sup>(3)</sup> No momento em que o paciente procura o Médico Dentista, ou já não existe possibilidade de tratamento da peça dentária, ou o paciente prefere optar pela extracção, quer por motivos financeiros, quer por falta de interesse no tratamento proposto.

## **5.2. Análise dos tratamentos realizados na Clínica Universitária**

A consulta de Cirurgia Oral não é a consulta com mais pacientes, devido à tentativa de reeducação dos pacientes para que optem pelo tratamento das peças

dentárias, fazendo com que a extracção seja vista como uma alternativa de último recurso. Este trabalho junto aos pacientes é conseguido através da intervenção das diversas áreas clínicas, por exemplo a Dentisteria Operatória e a Periodontologia.

Como podemos ver pelo Gráfico 14, 32% das restaurações realizadas em Dentisteria Operatória são com óxido de zinco e eugenol, utilizado para tratamentos de espera, em que se tenta preservar a vitalidade da peça dentária. Ao aceitar este tipo de tratamento, o paciente está a demonstrar interesse em cuidar da sua saúde oral, pois implica consultas subsequentes, e não a opção mais cómoda, que seria a extracção como era prática corrente no passado.

A Periodontologia participa também activamente na preservação das peças dentárias. Como foi possível observar, o estado de saúde periodontal dos pacientes que atendem à Clínica Universitária não é favorável, pelo Gráfico 12 podemos concluir que com o avanço da doença periodontal vem a perda dentária. É necessário não esquecer que mais de 50% dos pacientes estão diagnosticados com PCM ou PCA (Gráfico 11), o que indica um estado geral de saúde periodontal deteriorado. Ainda assim, a Periodontologia registou 50% das consultas como sendo Consultas de Manutenção, o que demonstra que se conseguiu a cooperação do paciente e foi possível estabilizar a doença periodontal. Sendo este um valor muito positivo, provando que a abordagem dos pacientes na Clínica Universitária apresenta resultados importantes na melhoria da saúde oral.

Através do Gráfico 13, podemos observar que quando há necessidade de efectuar extrações, verifica-se uma predominância do número de actos clínicos realizados por técnica fechada.

A Dentisteria Operatória, por outro lado destaca-se sendo a segunda consulta mais frequentada na clínica. Isto é justificável devido ao facto de ser uma área disciplinar que trabalha em conjunto com outras áreas clínicas. O caso da Prótese Removível, por exemplo, que não avança com as reabilitações enquanto existirem dentes cariados, obrigando assim os pacientes a procurarem este tipo de tratamento. A Endodontia também se encontra bastante ligada à dentisteria, formando muitas vezes um ciclo: o paciente dirige-se à consulta da Dentisteria

Operatória para avaliação de sintomatologia e acaba por vezes por ser reencaminhado para a Endodontia. Após terminado o tratamento endodôntico o paciente volta à consulta para realizar a restauração definitiva do dente em causa. Pelo Gráfico 14 conseguimos perceber que existem muitas consultas (32%) onde se realiza um tratamento de espera, em que coloca se um penso na cavidade do dente com óxido de zinco e eugenol (IRM), todas estas consultas serão possíveis casos para a Endodontia continuar. Também se pode ver que o material de eleição para a restauração definitiva é o compósito.

Ainda a acrescentar o facto de que a grande maioria das cavidades restauradas em Dentisteria Operatória, são Classes II, o que revela, mais uma vez, que o paciente apresenta-se à consulta já com um considerável avanço de destruição dentária, ou então pela presença de cáries interproximais, que significa ausência ou deficiente higiene oral.

A consulta de Endodontia não regista um número tão elevado de pacientes como a Dentisteria Operatória, e desta forma é colmatado com trabalho de pré-clínico.

A Prótese Removível, sendo a área clínica com mais pacientes registados, realizou até à data 1 reabilitação completa com prótese removível, que representou 27% das consultas realizadas e existem 2 casos que serão terminados até ao final do ano lectivo. Os valores que na minha opinião merecem mais atenção são os 3 casos de pacientes que não terminaram a reabilitação protética, continuando com espaços edêntulos e com o avanço de todas as consequências já faladas da perda dentária sem substituição por elementos protéticos.



## 6. Conclusão

É incontestável que nas últimas décadas a população tem sofrido alterações demográficas visíveis um pouco por todo o mundo. Assistimos a um aumento da esperança média de vida para valores nunca antes registados, tendo como consequência directa um aumento exponencial da população idosa.

Com o avanço da idade é natural que surjam alterações a nível motor e psicológico, que contribuem para a deterioração da saúde geral desta população. Este facto conduz à fragilidade destes indivíduos deixando-os muitas vezes dependentes de terceiros para realizarem tarefas básicas do seu quotidiano.

Um dos resultados desta conjuntura é a deterioração do estado da saúde oral com o avanço da idade. A dificuldade em realizar uma correcta higienização, o avanço da doença periodontal e da cárie dentária ao longo dos anos contribuem para a perda dentária, por sua vez leva a alterações do aparelho estomatognático que se traduz numa dieta desequilibrada reflectindo-se a nível sistémico.

Por outro lado, a população mais jovem deveria apresentar resultados mais positivos em relação à sua saúde oral. Isto ainda não se verifica já que esta população descarta desta área da saúde, adiando o máximo de tempo possível o tratamento dentário e quando o faz nem sempre opta pelas escolhas mais adequadas de terapêuticas.

Estas decisões têm um reflexo no estado de saúde da população, como foi possível observar pelo pequeno estudo realizado a uma amostra de 50 pacientes, que registou um elevado número de dentes perdidos, e uma percentagem elevada dos casos (48%) sem qualquer tipo de reabilitação protética. É mais importante notar que não foram encontradas diferenças realmente significativas quando comparado o grupo de pacientes adultos e com o grupo de pacientes idosos.

É necessário actuar junto a esta população de forma a alterar formas de pensar, instituindo a importância da saúde oral e da preservação das peças dentárias o máximo de tempo possível. É essencial investir no conceito da prevenção e gestão da doença, tentando atingir um ponto de estabilização e sem

agravamento dos sinais e sintomas, sendo a situação ideal a ausência de qualquer patologia.

Por outro lado também existe a necessidade de adequar os tratamentos à população mais idosa, são pacientes que apresentam necessidades específicas, e que trazem também muitas limitações a nível sistémico. Cada vez mais nos vamos deparar com o aumento de pacientes idosos no nosso quotidiano, e cada vez mais estes terão expectativas mais elevadas quanto ao tratamento dentário.

Assim sendo, pude concluir que o problema com o qual nós, Médicos Dentistas, nos teremos de deparar num futuro imediato é o envelhecimento da população e os adultos de hoje que não mostram expectativas em relação ao tratamento dentário, quer pela sua situação financeira, quer por falta de interesse real na sua saúde oral.

## 7. Referências bibliográficas

- (1) Estatuto da OMD, Capítulo I – Disposições gerais; Artigo 3.º Definições.
- (2) INE, I.P.. Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. Instituto Nacional de Estatística, I.P.: Lisboa - Portugal; 2012. p. 22, 96
- (3) OMD. Barómetro nacional de saúde oral da OMD: sabe o que pensam os portugueses do seu médico dentista? Revista da Ordem dos Médicos Dentistas. 2014 Nov. 23: 8-11
- (4) Fernandes JCAS. Necessidades protéticas na população Portuguesa Institucionalizada. Porto, 1995.
- (5) Basker RM, Davenport JC, Thomason JM. Prosthetic treatment of the edentulous patient. 5th Edition. 2012. Wiley-Blackwell
- (6) Turner M, Jahangiri L, Ship JA. Hyposalivation, xerostomia and the complete denture. Journal American Dental Association. 2008. 139: 146-150.
- (7) Carvalho MPRS, Dias MO. Adaptação dos idosos institucionalizados. Millenium, 2011, 40: 161-184.
- (8) Almeida MLCMC. Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; Faculdade de Psicologia 2011
- (9) Gavinha SMC. Avaliação do estado de saúde oral em idosos institucionalizados e estudo das repercussões do uso de próteses removíveis desadaptadas nos tecidos dentários. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2010
- (10) Bras MPV. Estudo da Saúde Oral e Necessidades de Tratamento em Idosos Institucionalizados. Porto, 2011
- (11) Converso MER, Lartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência J Bras Psiquiatr, 56(4): 267-272, 2007

- (12) Araújo MOPH, Ceolim MF. Assessment of the level of independence of elderly residents in long-term care institutions. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3):378-85.
- (13) Carvalho A. Estudo piloto do índice CPO na Vila de Óbidos. Congresso OMD 2013.
- (14) Souza RF, Paranhos HFO, Silva CHL, Abu-Naba'a L, Fedorowicz Z, Gurgan CA. "Interventions for cleaning dentures in adultes". The Cochrane Collaboration; 2009.
- (15) Fonseca PAB. "Métodos de Higiene de Próteses Removíveis – estudo comparativo". Tese de Mestrado. FMDUP; 2004
- (16) Peterson, Larry J.; Contemporary oral and maxillofacial surgery. Elsevier; 2005.
- (17) Edwina A. M. Kidd, et al. Pickard's Manual of Operative Dentistry, Eighth edition. Oxford university press, 2003
- (18) Summitt JB, Robbins JW, Schwartz RS, Santos J. Fundamentals of Operative Dentistry. Second edition. Quintessence Publishing Co, Inc. 2001
- (19) Stock CJR, Gulabiva K, Walker RT, Goodman JR. Atlas en color y texto de endodoncia. 2th ed. Harcourt brace; 1996
- (20) Carrotte P. Endodontics — a series overview. British dental journal volume 197 no. 4 August 28 2004
- (21) Brush JM, Treister NS. Clinical oral medicine and pathology. Humana press; 2010
- (22) Welsby PD. História e exame clínico. 2ª ed. Harcourt Publishers Limited; 2002.
- (23) Boj J.R., Catalá M, Garcia Ballestra C, Mendoza A.: Odontopediatria. Barcelona: Masson, 2004.
- (24) Duggal MS. Paediatric Dentistry in the New Millennium: 1. Quality Care for Children. Dent Update 2003; 30: 230-234

- (25) Filho MV, Pagagnini GA, Júnior MGT, Simões W. Trauma oclusal e ortodontia. RGO, 52 (4): 297-300, Outubro; 2004
- (26) Carranza F. Clinical Periodontology. 9ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2002.
- (27) Rosenstiel, Stephen F., Land, Martin F., Junhei F. Contemporary Fixed Prosthodontics Rosenstiel. 4rd ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006.
- (28) Shillingburg HT, Sather DA, Wilson EL, Cain JR, Mitchell DL, Blanco LJ, Kessler JC. Fundamentals of Fixed Prosthodontics. Quintessence Publishing Co. 4ª Edition; 2012.
- (29) Silva LG, Goldenberg M. A mastigação no processo de envelhecimento. Rev CEFAC 2001; 3: 27-35
- (30) Neto AM. Filho MV. Vedovello S. Chiarini P. Young AAA. Tratamento ortodôntico em paciente portador de Hipercementose. RGO, P. Alegre, v. 53, n.2, p. 85-164, abr/mai/jun 2005
- (31) Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 2<sup>th</sup> ed. London: 2004
- (32) Filho GRN. Benatti BB. Bittencourt S. Peruzzo DC. Casati MZ. Jr. FHN. Frenectomia associada ao enxerto gengival livre. RGO, P. Alegre, v. 53, n.2, p. 85-164, abr/mai/jun 2005
- (33) Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. J Oral Pathol Med. 2007 Nov;36(10):575-80.
- (34) Rodrigues, TLC, Costa, LJ da, Sampaio, MCC, Rodrigues, FG. Costa, ALL. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. Pesqui Odontol Bras, v. 14, n. 4, p. 357-361, out./dez. 2000.
- (35) Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquout JE. Patologia oral e maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 325-33.

(36) Greenspan D, Jordan RCK. The white lesion that kills-aneuploid dysplastic oral leukoplakia. N Engl J Med. 2004; 350(14):1382-4.

(37) Paulo LFB, Rosa RR, Rocha MA, Junior AFD. Incidência e prevalência das lesões brancas associadas ao Tabagismo atendidos no ambulatório da unidade de diagnóstico Estomatológico da universidade federal de Uberlândia no Período de 1997 a 2008.

(38) World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. France; 2013.

(39) Leites ACBR, Pinto MB, Sousa ER. Aspectos microbiológicos da cárie dental. Salusvita, Bauru, v. 25, n. 2, p. 239-252, 2006.

## 8. Anexos

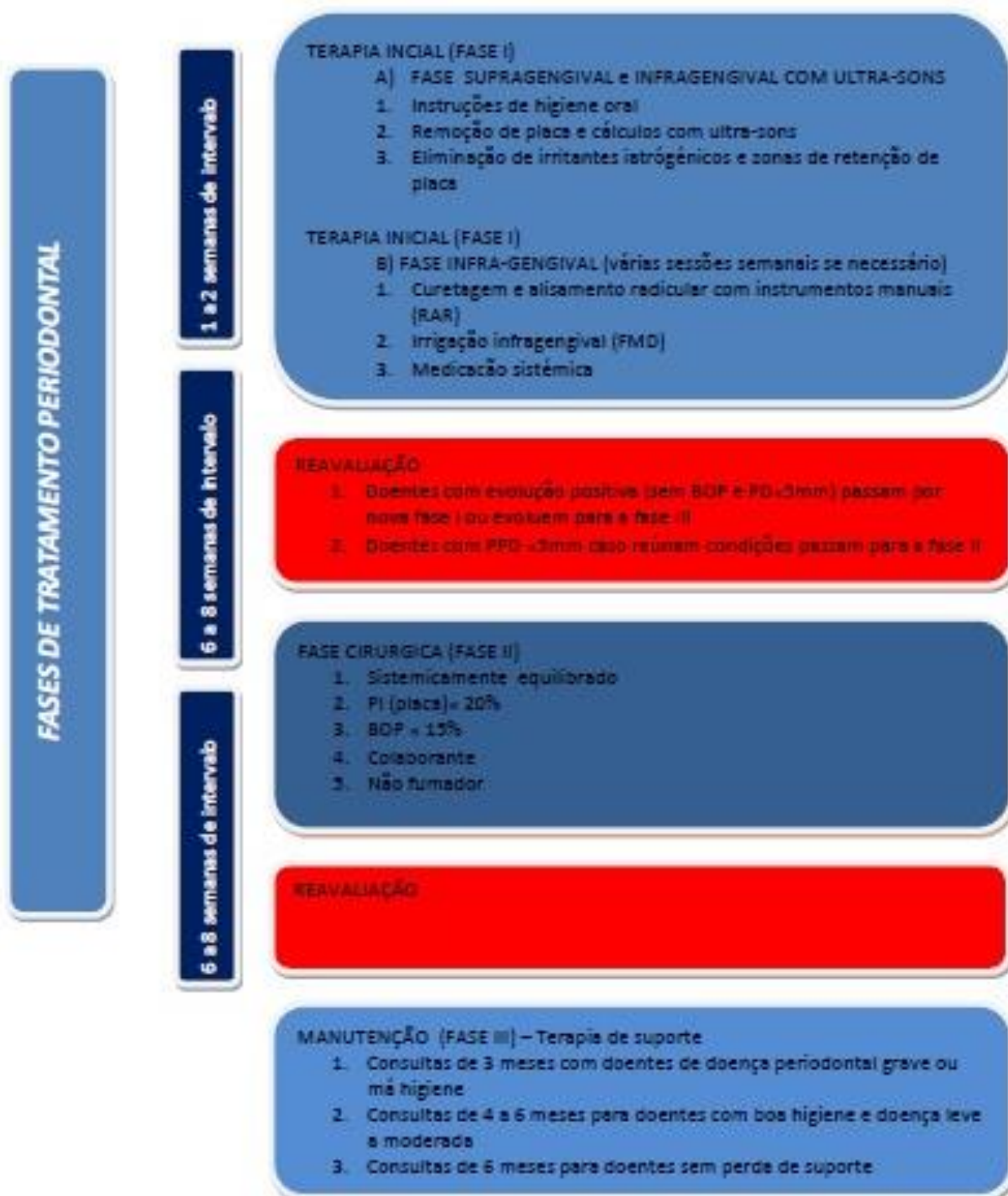


## ANEXO 1 – Protocolo do aluno nas aulas clínicas

1. História Clínica – revista e confirmada pelo tutor clínico
2. Observação oral e exame clínico
3. Exames complementares de diagnóstico:
  - Elaboração de radiografias ortopantomografia e Rx peri-apical/bite-wing inicial
  - Elaboração de testes de sensibilidade quando necessário
4. Diagnóstico e Plano de tratamento – apresentado e discutido com o tutor clínico:
5. Previsão do tipo de cavidade/dificuldade
6. Técnica anestésica proposta
7. Tipo de isolamento a pôr em prática na situação
8. Escolha do material restaurador adequado à situação – discutido com o docente e apresentada ao paciente
9. Elaboração do preparo cavitário e remoção de cárie – confirmado pelo docente
10. Colocação de matriz e cunha (quando aplicável) – confirmado pelo docente
11. Restauração – técnica discutida com o docente
12. Acabamento e polimento da restauração – discutida com o docente
13. Rx final – apresentado ao docente no momento da avaliação final do acto
14. Indicações pós operatórias ao paciente (incluindo a calendarização de próximas consultas quando aplicável)
15. Avaliação do acto clínico e decisão da necessidade de relatório do mesmo com o docente.

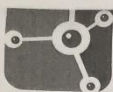


## ANEXO 2 - Fases de tratamento periodontal





## ANEXO 3 – Relatório anatomo-patológico

 <b>LabHC</b> anatomia patológica, lda	Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho	rua Amor de Perdigão, Lt. 2 - 1 - VISO Apartado 39 EC S. José - 3501-908 VISEU Tel.: 232 436 614 - Fax 232 432 8 labhc@sapo.pt   geral@labhc www.labhc
--	----------------------------------	--

<b>Data de Nascimento:</b> 19-10-1971	<b>N.º:</b> 102152
<b>Telefone:</b>	JOAO MANUEL GOMES CUSTOIAS
<b>Data entrada:</b> 24-11-2014	R ALMINHAS 3
	VIDIGAL
	VILAR ROUCO

**Médico Requisitante:** Dr. Miguel Silva Pereira

**Produto:** B. Mucosa Oral                      **Exames anteriores:**

**Diagnóstico Clínico:** Ver relatório anatomopatológico.

**RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO**

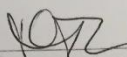
**Dados Clínicos:**  
Lesão branca sector antero-lateral pavimento da boca com envolvimento de crista alveolar, cerca de 20 mm de comprimento e 8 de largura. Tempo de evolução desconhecido. Diagnóstico provável: Leucoplasia do pavimento da boca.

**Descrição Macroscópica:**  
Fragmento de configuração lanceolada com 1,2 x 0,5 x 0,4 cm, revestido por mucosa na sua maior face.

**Descrição Histológica:**  
Tecido revestido por epitélio pavimentoso estratificado, parcialmente fino e parcialmente acantótico, com queratose orto e paraqueratótica; a maturação celular do epitélio está mantida, sem evidência de proliferação, figuras de mitose visíveis ou atipia celular; no córion, há um pequeno quisto epitelial de inclusão e fibrose circundante. Em profundidade há uma glândula salivar minor mucinosa com arquitetura lobular mantida e sem alterações morfológicas.

O estudo anatomopatológico está de acordo com o diagnóstico clínico de leucoplasia associada a pequeno quisto de inclusão.  
Não há evidência de displasia.

<b>Data de saída:</b> 28-11-2014	<b>Assinatura</b>  Dr.ª M.ª Teresa Dias de Carvalho
----------------------------------	---

Contribuinte e Mat. na C.R.C. de Viseu, sob o número único 509 559 549 • Capital Social: 5.000,00 Euros



## ANEXO 4 - Resumo Leucoplasia do pavimento da boca

Title: Leucoplakia: case report

Authors: Sílvia Egípto Cabral<sup>1</sup>, Rui Amaral Mendes<sup>2</sup>

1 Senior Student of the DMD Program; The Catholic University of Portugal.

2 Department of Oral Medicine and Oncology and Oral Surgery, The Catholic University of Portugal and Department of Oral and Maxillofacial Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA

### Abstract

Introduction: Oral leukoplakia is the most common potentially malignant disorder affecting the oral epithelium. The clinical course of this lesion is somehow elusive, with the sequential pathological alterations ranging from hyperplasia through dysplasia towards malignancy being determined by the accumulation of a series of genetic and epigenetic events.

Still, although it was defined by the WHO for the first time in 1978 as “a white patch or plaque that cannot be characterized clinically or pathologically as any other disease”, there remains to be any reliable clinicopathological or molecular predicting factors of malignant transformation.

Clinical case: Forty three year old male with an history of alcoholism and current heavy smoking (average 40 cigarettes/day), was referred to the Oral Medicine Clinic of the Catholic University of Portugal by his dentist, with the complaint of a white spot near the tongue. Given the clinical presentation and the risk factors associated, a biopsy was carried out, thus confirming the diagnosis of leukoplakia.

Discussion: The spot with a considerable size had the features of leukoplakia, and is known that this type of lesion occurs more in middle age and male patient. But this case calls for special attention because the location of the lesion since cases located on tongue, vermillion of lips and oral floor exhibit more than 90% dysplasia or carcinoma; and the patient's risk factors because the connection with use of tobacco, which is present in 80% of cases. After 3 month of biopsy the clinical control show a considerably decreases in size and by this time the patient had cut in half the number of cigarettes per day.

Conclusion: Despite the existence of known risk factor, the pathological exam confirmed the absence of dysplasia. Nonetheless, the patient has been placed under a close 3 months follow, due to the strong potential for malignant transformation of these lesion, and the patient's habits.



## ANEXO 5 – Resumo Sobredentaduras na Clínica Universitária

Título: Sobredentaduras

Autores: Sílvia Egípto Cabral<sup>1</sup>, Daniela Soares<sup>1</sup>, Ana Margarida Silva<sup>2</sup>, André Correia<sup>3</sup>

1 Universidade Católica Portuguesa

2 Assistente da disciplina de Prótese Removível do Mestrado Integrado em Medicina

3 Regente da Área de Ciências da Reabilitação Oral do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) da Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal

### Resumo

**Introdução:** As sobredentaduras são próteses parciais removíveis cuja retenção é obtida pelas raízes de dentes naturais que não estão em condições para suportar as cargas distribuídas pelas próteses convencionais; bem com, pelo rebordo alveolar edêntulo.

**Objectivos:** Apresentar as sobredentaduras como uma fase de transição para próteses totais, avaliando as vantagens e desvantagens desta reabilitação protética.

**Metodologia:** Realizou-se a pesquisa bibliográfica recorrendo ao Pub-Med, com os termos mesh descritos abaixo bem como, ao google académico.

"Overdentures": ("Denture, Overlay/classification"[Mesh] OR "Denture, Overlay/contraindications"[Mesh] OR "Denture, Overlay/economics"[Mesh] OR "Denture, Overlay/etiology"[Mesh] OR "Denture, Overlay/methods"[Mesh]) AND Review[ptyp]

"Root-supported": ("denture, overlay"[MeSH Terms] OR ("denture"[All Fields] AND "overlay"[All Fields]) OR "overlay denture"[All Fields] OR ("denture"[All Fields] AND "overlay"[All Fields]))

E recolheu-se os dados de 5 casos clínicos, decorrentes na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, com sobredentaduras registando as complicações de cada caso.

**Resultados:** De acordo com a literatura, as sobredentaduras reduzem a reabsorção óssea, promovem a transmissão de carga e mantêm resposta sensorial; permitem uma mastigação eficiente e maior controlo dos movimentos mandibulares; existe ainda, o benefício psicológico e a boa relação custo-benefício. Por outro lado existe: risco de cárie, doença periodontal ou fractura dos dentes pilares. Dos 5 casos na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, apenas 2 registaram complicações, não por perda de dentes pilares mas por problemas com os elementos protéticos.

**Conclusão:** O sucesso do tratamento com sobredentaduras é o correcto planeamento e escolha dos dentes de suporte. A atitude do paciente face ao tratamento é extremamente importante, isto é, se está disposto a visitas regulares ao Médico Dentista e a manter uma boa higiene oral.

