



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por

Gabriela Inês Ribeiro Rebelo

Viseu, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

Por

Gabriela Inês Ribeiro Rebelo

Orientadora: Mestre Ana Margarida Silva

Co-orientador: Professor Doutor André Correia

Viseu, 2016

“ Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Aos meus Avós pelo amor incondicional e carinho que me deram em todo o meu percurso. Um muito obrigada por todos os ensinamentos e por serem a fonte de inspiração do processo de construção da pessoa que sou hoje.

À minha Mãe por toda a força, compreensão e encorajamento que me deu nos momentos mais difíceis do meu caminho.

À minha Tia pela presença constante, carinho e preocupação pelo meu sucesso em todos os momentos da minha vida, ao meu Tio pela ajuda incondicional que sempre me deu.

À Raquel, minha companheira de todas as lutas, por todo o carinho, compreensão e ajuda imprescindíveis no sucesso desta rota. Obrigada por todas as histórias e lembranças únicas que irão fazer parte de mim para sempre.

Agradeço à Débora, à Marta, à Cláudia, à Valéria por todos os momentos inesquecíveis partilhados e entreadjuada nestes cinco anos.

Aos meus irmãos de coração Ana, Débora, Fernando e Marisa por todos os sorrisos vividos e por estarem sempre presentes em todas as alegrias e adversidades.

Aos meus orientadores, Professor Doutor André Correira e em especial à Mestre Ana Margarida Silva por todo o acompanhamento, orientação, motivação e inteira disponibilidade na elaboração deste projeto.

A todos os Professores e Funcionários pelo acompanhamento neste percurso académico.

Resumo

O presente relatório tem como objetivo relatar, analisar e discutir casos clínicos subjacentes à formação no Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) na Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Viseu (UCP) no decorrer do presente ano letivo.

A atividade clínica realizada no primeiro semestre foi efetuada na Universidade de Szeged (US), na Hungria no âmbito do programa de mobilidade ERASMUS+. A interação com realidades distintas obriga a que exista uma adaptação a novas técnicas, formas de trabalho e também a ajustar e aperfeiçoar a técnica de comunicação com um povo de cultura diferente. O semestre da mobilidade permitiu a recolha de dados relativamente a diferenças de métodos de trabalho realizados na clínica universitária. Neste relatório clínico pretende-se realizar uma análise acerca das diferentes realidades da Medicina Dentária em Portugal e na Hungria.

A forma de comunicação Médico/Paciente é outro tema abordado neste documento. Até que ponto a barreira linguística pode ser um problema para um tratamento com eficácia é outro item a ser discutido.

Na prática clínica de um Médico Dentista é importante que este tenha em vista uma boa resposta a nível médico, sem esquecer a parte social e a importância que esta tem para que exista um tratamento adequado para cada tipo de pessoa. Para que isto ocorra deve-se sempre ter em conta o seu enquadramento social para que seja encontrada a solução mais favorável e que proporcione ao paciente a melhor qualidade de vida possível, não esquecendo nunca a sua opinião.

Palavras-chave: Atividade Clínica, Comunicação, Medicina Dentária Portugal, Medicina Dentária Hungria

Abstract

This report aims to describe, analyse and discuss clinical cases underlying training to master's degree in Dentistry at the Catholic University of Viseu Regional Centre during the current school year.

The clinical activity in the first semester was performed at the University of Szeged in Hungary under the Erasmus + mobility program. The interaction with different realities requires an adaptation to new techniques, ways of working and to adjust and improve the means of communication with people of different culture. The mobility semester allowed the collection of data of the differences in working methods undertaken in the university clinic. In this clinical report is to conduct an analysis on the different realities of dentistry in Portugal and Hungary.

The form of communication Medical / Patient is another topic covered in this document. The possibility of the language barrier could be a problem for an effectively treatment is another item to be discussed.

In clinical practice of a dentist it is important a good response to medical level, not forgetting the social part and the importance for an appropriate treatment for each type of person. The social environment of the patient must be respected and the most favorable solution should be found to provide the patient the best quality of life possible, never forgetting his opinion.

Keywords: Clinical Activity, Communication, Dentistry Portugal, Dentistry Hungary

Índice geral

Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Índice geral.....	xiii
Índice de Tabelas e Gráficos.....	xv
Índice de imagens.....	xvi
Lista de abreviaturas:.....	xvii
1.Introdução e enquadramento teórico.....	1
1.1 A origem da Medicina Dentária.....	2
1.2 A Medicina Dentária em Portugal.....	3
1.3 A Medicina Dentária na Hungria.....	4
1.4 Medicina Dentária em Portugal e na Hungria.....	6
1.4.1 A prevalência de cárie dentária.....	6
1.4.2 Rácio Médico-Dentistas/ habitantes.....	7
1.4.3 Estágios Profissionais.....	8
1.4.4 Indicadores de Saúde Oral.....	8
1.5 Relação médico/paciente-eficácia de tratamento (técnicas de comunicação).....	10
1.5.1 Utilização da linguagem não verbal para ultrapassar a barreira linguística.....	10
2.Objetivos:.....	13
3.Materiais e métodos.....	15
4.Resultados.....	17
4.1 Número de atos clínicos como operadora e assistente.....	17
4.2 Distribuição dos pacientes quanto ao género.....	18
4.3 Distribuição dos pacientes relativamente à faixa etária.....	18
4.4 Distribuição de pacientes relativamente à área disciplinar.....	19
4.5 Enquadramento por área disciplinar.....	20
4.5.1 Medicina Oral.....	20
4.5.2 Periodontologia.....	21
4.5.3 Prótese Fixa.....	23

4.5.4 Endodontia.....	24
4.5.5 Dentisteria Operatória.....	25
4.5.6 Prótese Removível.....	26
4.5.7 Odontopediatria	27
4.5.8 Cirurgia oral	28
5. Casos Clínicos Diferenciados.....	31
5.1 Caso clínico I: Prostodontia Fixa.....	31
5.1.1 Enquadramento teórico do caso:	31
5.1.2 Descrição do caso clínico	32
5.1.3 Plano de tratamento.....	34
5.1.4 Procedimento clínico.....	34
5.1.5 Discussão e conclusões	39
5.2 Caso Clínico II: Medicina Oral.....	41
5.2.1 Enquadramento teórico do caso	41
5.2.2 Descrição do caso clínico	42
5.2.3 Procedimento clínico.....	43
5.2.4 Discussão e conclusões	44
5.3 Caso clínico III: Cirurgia periodontal de aprofundamento do vestíbulo	47
5.3.1 Enquadramento teórico do caso	47
5.3.2 Descrição do caso clínico	47
5.3.3 Procedimento Clínico.....	48
5.3.4 Discussão e conclusões	51
6. Discussão e conclusão.....	53
7. Trabalhos Científicos.....	57
7.1 Cirurgia de Aprofundamento do vestíbulo – Relato de Caso Clínico	58
7.2 Cirurgia Periodontal Plástica por Técnica de Tunelização para Recobrimento Radicular.....	61
8. Referências bibliográficas	63
Anexo 1.....	69
Anexo 2.....	71

Índice de Tabelas e Gráficos

Tabela 1- Estágios profissionais pela Europa	8
Tabela 2-Atos clínicos realizados como operadora e assistente, Hungria	17
Tabela 3-Atos clínicos realizados como operadora e assistente, Portugal	17
Gráfico 1- Número de atos clínicos efetuados como operadora e assistente na Hungria e em Portugal.....	17
Gráfico 2- Distribuição dos pacientes relativamente ao género na U.S e na U.C.P.....	18
Gráfico 3- Distribuição dos pacientes relativamente à faixa etária na U.S e na U.C.P.....	18
Gráfico 4-Distribuição em relação à área disciplinar na U.S	19
Gráfico 5-Distribuição em relação à área disciplinar na U.C.P.....	19
Gráfico 6-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Medicina Oral	21
Gráfico 7-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Periodontologia	22
Gráfico 8-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Prótese Fixa	23
Gráfico 9-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Endodontia	24
Gráfico 10-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Dentisteria Operatória	25
Gráfico 11-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Prótese Removível	26
Gráfico 12-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Odontopediatria.....	28
Gráfico 13-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Cirurgia Oral.....	29

Índice de imagens

Figura 1- Rácio população por Médico Dentista na Europa	7
Figura 2- Foto extra-oral inicial.....	32
Figura 3- Foto extra-oral em PIM	33
Figura 4- Foto extra-oral sorriso	33
Figura 5- 3. ^a Consulta. Espigão no canal distal, restauração a compósito e reduções dentárias nos dentes 33 e 36	35
Figura 6-Análise dos modelos de trabalho enviados pelo laboratório	36
Figura 7- Análise dos modelos de trabalho enviados pelo laboratório	36
Figura 8- 5. ^a Consulta. Prova de Infraestrutura. Vista por palatino	37
Figura 9 - 5. ^a Consulta. Prova de Infraestrutura. Vista por vestibular.....	37
Figura 10 - 6. ^a Consulta. Prótese no modelo de estudo	38
Figura 11 - Prótese na boca da paciente	38
Figura 12-Prótese na boca da paciente. Vista frontal.....	38
Figura 13- Ortopantomografia	42
Figura 14- Radiografia da exostose. Zona posterior do 2.º quadrante	42
Figura 15- Exostose óssea por vestibular na zona posterior do segundo quadrante	43
Figura 16-Fragmentos ósseos removidos	43
Figura 17-Controlo após 8 dias da cirurgia	44
Figura 18-Controlo final.....	44
Figura 19- Ortopantomografia	48
Figura 20 - Emergências dos nervos mentonianos na crista alveolar	49
Figura 21-Planificação do caso para colocação de implantes para suporte protético	49
Figura 22-Fotografia pré-operatória. Rebordo alveolar vista frontal	49
Figura 23-Fotografia pré-operatória. Rebordo alveolar, vista lateral	50
Figura 24 - Fotografia 1 semana após a cirurgia.....	50
Figura 25- Fotografia 2 semanas após a cirurgia	50
Figura 26-Fotografia 30 dias após a cirurgia	51
Figura 27- Poster de Cirurgia periodontal de aprofundamento do vestibulo	69
Figura 28- Poster de Cirurgia plástica por técnica de tunelização para recobrimento radicular.....	71

Lista de abreviaturas:

US- Universidade de Szeged

UCP- Universidade Católica Portuguesa

IUCS- Instituto Universitário de Ciências da Saúde

FMDUP- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

UFP- Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

FMUC- Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

ISCS- Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

MIMD- Mestrado Integrado em Medicina Dentária

PNPSO- Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

PIPCO- Projeto de Intervenção Precoce de Cancro Oral

OMD- Ordem dos Médicos Dentistas

OMS- Organização Mundial de Saúde

ATM- Articulação Temporomandibular

DTMs- Desordens Temporomandibulares

PPR- Prótese Parcial Removível

RAR- Raspagem e Alisamento Radicular

IP- Índice de Placa

BOP- Bleeding on Probing

PSR- Periodontal Screening Recording

1.Introdução e enquadramento teórico

O presente relatório pretende relatar e fazer uma análise crítica de várias consultas no decorrer do 5.º ano do curso do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade de Szeged, Hungria durante o primeiro semestre do ano letivo de 2015/16 e na Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Viseu durante o segundo semestre do mesmo ano letivo.

O último ano da formação do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária visa a consolidação de todos os conhecimentos e a sua aplicação na prática clínica da forma mais adequada possível. A reunião e discussão de casos clínicos são de elevada importância para que se possa ter uma visão mais ampla dos problemas mais comuns e assim haja uma preparação para o exercício da futura profissão, tendo em vista as soluções mais adequadas para o médico e paciente.

Neste documento são apresentados os dados estatísticos recolhidos e elaborados gráficos que facilitam uma melhor compreensão de toda a prática clínica efetuada quer como médica, quer como assistente.

A Medicina Dentária é uma área da saúde de elevada importância, que procura evitar problemas maiores quer a nível oral, como consequentemente também a nível sistémico.⁽¹⁾

O mais antigo tratamento dentário foi relatado na era do paleolítico, há 14 000 anos onde há provas de um tratamento efetuado de uma cárie com a utilização de um instrumento afiado rudimentar⁽²⁾. Isto mostra que desde muito cedo se sabe da importância e necessidade do tratamento dentário. Segundo inúmeros estudos epidemiológicos, infeções a nível oral são um grande fator de risco para doenças a nível sistémico.⁽³⁾ Uma atuação de forma preventiva pode evitar assim, danos de maiores proporções a longo-prazo.

No exercício da sua prática clínica pretende-se que o Médico Dentista tenha na sua forma de atuar, não só conhecimento a nível médico como também técnicas de comunicação que o ajudem a lidar com pessoas com distintas ideias e características. Na relação médico/paciente é imperativo a

busca da harmonia de ambas as partes, para assim se conseguir obter um correto diagnóstico e plano de tratamento⁽⁴⁾ É necessário que o profissional se consiga adaptar a novos ambientes e que consiga optar sempre pelo tratamento mais eficaz e adequado a cada tipo de caso com que se depara na sua prática clínica.

Neste relatório pretende-se também realizar uma análise crítica e comparativa a cerca dos diferentes sistemas de funcionamento da Medicina Dentária em Portugal e na Hungria.

1.1 A origem da Medicina Dentária

Os primeiros relatos da arte dentária remontam à pré-história, como referido anteriormente, mas a busca pela etiologia dos problemas dentários era também já uma preocupação, dado que existem registos de há 3500 a.c na Mesopotâmia da existência de um verme que causava dano à estrutura dentária, o gusano dentário. Nesta época o tratamento na sua grande maioria passava pela utilização da religião. Já na Grécia antiga, Hipócrates escreve acerca da cárie dentária, má oclusão e abscessos. A fase científica da Medicina Dentária é explorada por Pierre Fauchard, o pai da Medicina Dentária, apenas no século XVIII, onde tem um papel de enorme valor com a publicação de “*Le Chirugien Dentiste – Au Traité des Dents*”. A grande expansão ocorre nos Estados Unidos da América com a origem da primeira escola especializada em Medicina Dentária em Baltimore; com a fundação da *Society of Dental Surgeons* e por último com a publicação de um jornal especializado na área, “*The American Journal of Dental Science*”.⁽⁵⁾

Em Portugal apenas a partir do século XIX a prática da Medicina Dentária passa a ser exercida com aprovação nas escolas médico-cirúrgicas. Mais tarde, foi criada a disciplina de Estomatologia na Faculdade de Medicina e em 1975 abre a Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa, a primeira do país⁽⁶⁾. Na Hungria a primeira faculdade de Medicina Dentária é criada em 1955 na Universidade de Medicina de Budapeste, Universidade de Semmelweis. Nos últimos anos, o ramo tem sofrido um desenvolvimento de

grandes dimensões permitindo um atendimento à população cada vez mais sofisticado e eficiente ⁽⁷⁾

1.2 A Medicina Dentária em Portugal

Atualmente, existem ainda diferenças relevantes no que diz respeito à saúde oral em Portugal e noutros países da União Europeia. A pouca preocupação da população portuguesa com o seu estado de saúde oral advém ainda, em muito pela falta de informação e ao pouco poder económico que esta possui. Os tratamentos dentários não são uma prioridade para a maioria das famílias portuguesa devido à oferta de tratamentos se cingir a clínicas privadas.

Nas últimas décadas existiram erros crassos de estratégia na política de saúde oral, apesar disso tem-se observado um incremento da dotação orçamental neste setor que tem vindo a aumentar nos últimos tempos. Mesmo com estes esforços, os serviços públicos não são capazes de dar uma resposta satisfatória às necessidades de saúde oral de toda a população, pois não existem infraestruturas e recursos humanos suficientes para tal. O programa de prevenção e promoção nas escolas não tem sido também viável, dado que não abrange a maioria da população alvo.⁽⁸⁾

Através do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) do Ministério da Saúde são atribuídos cheques-dentista numa tentativa de avaliar e melhorar os problemas de saúde oral. Este programa inclui quatro segmentos populacionais sendo eles idosos; mulheres grávidas; doentes com infeção VIH/SIDA; crianças e jovens. Com a utilização destes cheques pretende-se um maior cuidado na saúde oral no que diz respeito ao diagnóstico, prevenção e tratamento.⁽⁹⁾

Em 2014 a Ordem dos Médicos Dentistas e a Direção-Geral de Saúde criaram em Portugal o Projeto de Intervenção Precoce de Cancro Oral (PIPICO) ao abrigo do programa cheque dentista. Aqui, os pacientes em que sejam encontradas lesões suspeitas são encaminhados pelos Médicos de Família para um Médico Dentista inscrito neste Projeto, através de um cheque dentista. O Médico Dentista é o responsável por avaliar e decidir se é necessário, ou não realizar uma biopsia, caso seja necessário é emitido um novo cheque

dentista. Este programa tem em vista a valorização do diagnóstico precoce nos casos de cancro oral, uma mais valia para evitar a evolução e promover menor morbidade da doença.⁽¹⁰⁾

De acordo com os dados divulgados em 2015 no barómetro nacional de saúde oral 46,7% dos portugueses há mais de um ano que não visita o médico dentista e 9,5 % nunca visitou um dentista.⁽¹¹⁾

Segundo os dados estatísticos da OMD sobre a Medicina Dentária portuguesa, relativos ao ano de 2014 existem em Portugal 8543 Médicos Dentistas ativos, o que corrobora com a tendência de aumento, verificada em anos anteriores do número de profissionais no país. Em média existe um Médico Dentista por 1236 habitantes.

Em relação ao número de estudantes são 3062, distribuídos pelas sete instituições superiores de Medicina Dentária do país, nomeadamente pela Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde (UCP), Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (UFP), Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCS Egas Moniz)⁽¹²⁾

1.3 A Medicina Dentária na Hungria

Na Hungria os cuidados de saúde oral são assegurados à população através de um seguro nacional de saúde e também pelo serviço privado. A prestação de cuidados de saúde oral são efetuados com eficácia através deste seguro nacional de saúde público obrigatório a todos os cidadãos. Os serviços oferecidos à população são definidos pelo ministério de saúde húngaro de acordo com as sugestões oferecidas pelo conselho nacional de medicina dentária. Segundo os números registados em 2012, 50% dos húngaros visitam o seu dentista uma vez por ano.

Exames clínicos e diagnóstico, urgências, cuidados de dentisteria e endodontia, terapia periodontal e extrações são assegurados de forma gratuita em três grupos etários definidos (0-18; 19-62; maiores de 62 anos). Já no que diz respeito a implantes, aparelhos fixos ortodônticos, pontes e coroas já não são comparticipados pelo estado. Apenas pessoas entre os 18 e os 62 anos que estejam empregadas têm de pagar todo o tratamento dentário e custos técnicos. Os menores de 18 anos e os pacientes com idade superior a 62 anos não pagam este tipo de tratamentos dentários, apenas têm que suportar uma percentagem em despesas com procedimentos técnicos.⁽¹³⁾

A Hungria possui um plano de rastreio de cancro na cavidade oral aos grupos de alto risco, de reconhecido valor a nível europeu. Uma boa prática que visa reduzir as doenças neoplásicas malignas que trazem índices de morbilidade e mortalidade elevados, melhorando desta forma a qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias. O objetivo incide em que médicos de família, bem como médicos dentistas façam um exame a nível oral de forma a encaminhar os casos selecionados para o especialista mais adequado para cada situação. Estes rastreios em massa do programa nacional de saúde pública procuram proteger a população das baixas condições em relação aos outros países da união europeia.⁽¹⁴⁾

O número de Médicos Dentistas neste país é de 5500 sendo que existe um profissional por 2000 habitantes. O ensino de Medicina Dentária é lecionado em quatro Instituições em todo o país, sendo estas a Universidade de Szeged, Universidade Semmelweis em Budapeste, Universidade de Debrecen e Universidade de Pécs num total de quase 1900 alunos⁽¹³⁾.

A Hungria tem tido um contínuo crescimento no que se refere ao que se pode apelidar “turismo dentário”. As consultas de Medicina Dentária têm registado um contínuo aumento nas receitas, facto justificado pelos baixos preços dos tratamentos e dos voos para o país que são significativamente mais baixos do que para os restantes países da Europa.⁽¹⁵⁾

1.4 Medicina Dentária em Portugal e na Hungria

1.4.1 A prevalência de cárie dentária

A prevalência da cárie dentária é de quase 90% na população mundial. É de realçar que existe diferença na sua prevalência entre Portugal e a Hungria, o que iremos abordar mais adiante.

A OMS desde sempre tem a preocupação de registar a prevalência de cáries nas várias regiões mundiais. O banco de dados criado permite estudos epidemiológicos que ajudam a perceber as constantes mudanças na prevalência desta patologia. O primeiro mapa mundial onde foi registado o índice CPOD foi apresentado em 1969 e foi de extrema importância para revelar a grande prevalência da cárie em países desenvolvidos, comparativamente aos países em desenvolvimento. Nos dias de hoje estes mesmos mapas revelam que a prevalência tem diminuído nos países industrializados e aumentado em certos países em vias de desenvolvimento.

A diferença entre os dois países, Portugal e Hungria, pode ser analisada através de dados relativos à cárie dentária, expressa pelo índice CPOD aos 12 anos de idade. Os dados foram fornecidos à OMS através do programa de saúde oral de distintos países. A partir de medidas de associação como o risco relativo (RR) e o risco populacional (RP) podem ser vistas as diferenças na distribuição espacial das cáries dentárias no artigo de 2012 “Epidemiology of Dental Caries in the World”.⁽¹⁶⁾

O RR consiste na relação entre as taxas de cada uma das variáveis de classe e um valor de referência arbitrária. Nesta análise foi tomado como valor de referência a média das regiões da OMS (Organização Mundial de Saúde), avaliando desta forma o quanto cada país está ou não dentro dos valores médios. O RP refere-se à diferença relativa entre cada uma das unidades proporcionais de análise e um valor de referência arbitrária, em que neste caso é a média de cada região.

Segundo os dados recolhidos Portugal encontra-se no grupo de países com as taxas mais baixas, possuindo um RR de aproximadamente 0,6 enquanto que a Hungria apresenta um valor de quase 1,5 estando este inserido

nos países com as taxas mais elevadas da Europa. Sérvia e Montenegro encontram-se à frente da lista com um risco de 3,4

No que se refere à distribuição espacial do RP pela Europa pode-se concluir que os países da Europa Ocidental, nos quais se insere Portugal, possuem um risco menor em relação à média. A Hungria tem um risco superior comparativamente a Portugal⁽¹⁶⁾

4.1.2 Rácio Médico-Dentistas/ habitantes

No que se refere ao rácio população por Médico Dentista na Europa, em Portugal no ano de 2012 existia um Médico Dentista para 1348 habitantes e um “Dentista” (soma de médicos dentistas, médicos estomatologistas e odontologistas) para 1153 habitantes.

A Hungria, no mesmo ano, apresentava um indicador maior, existindo um Médico Dentista para 2000 habitantes, posicionando-se desta forma nos últimos lugares da tabela dos países da Europa.⁽⁶⁾

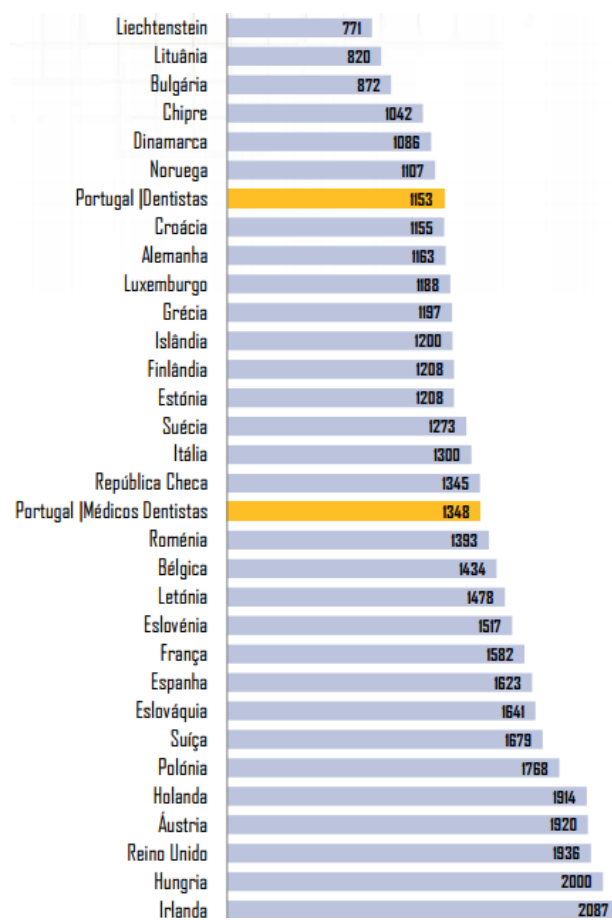


Figura 1- Rácio população por Médico Dentista na Europa

Fonte: EU Manual of Dental Practice 2015 (Edition 5,1) com dados referentes a 2012

1.4.3 Estágios Profissionais

A Hungria é um dos países na Europa que possui estágio profissional no curso de Medicina Dentária, ao contrário do que acontece em Portugal. Este estágio com caráter de internato é uma mais valia dado que fornece um maior período profissionalizante de entrada para o mercado de trabalho. Desta forma é proporcionada uma formação com acompanhamento e de contacto direto com pacientes.⁽¹⁷⁾

Tabela 1- Estágios profissionais pela Europa

Países	Sim	Não
Grécia		x
Hungria	v	
Irlanda	v	
Itália	v	
Letónia	v	
Lituânia	v	
Luxemburgo	v	
Malta	v	
Países Baixos		x
Polónia	v	

Países	Sim	Não
Austria		x
Bélgica	v	
Bulgária	v	
Chipre		x
República Checa		x
Dinamarca	v	
Estónia		x
Finlândia	v	
França		x
Alemanha	v	

Países	Sim	Não
Eslováquia		x
Eslovénia	v	
Espanha		x
Portugal		x
Suécia	v	
Reino Unido	v	
Noruega		x
Suiça	v	

Fonte: Dados fornecidos pela OMD em 2012

1.4.4 Indicadores de Saúde Oral

Ao longo dos últimos anos vários estudos têm sido efetuados com vista a reduzir o impacto negativo que as doenças da saúde oral podem trazer a nível de morbilidade na saúde pública e incapacidade no trabalho. Os seguintes dados foram realizados pelo programa europeu global de estudo de indicadores de saúde oral, EGOHID, constituído por uma rede de 32 instituições europeias, ministérios da saúde, organizações profissionais

nacionais e europeias e pela organização mundial de saúde. Questionários foram aplicados com o objetivo de descrever determinados indicadores de saúde oral a nível europeu. Através deste mesmo estudo podem ser vistas algumas diferenças na saúde oral entre Portugal e a Hungria. ⁽¹⁸⁾

No que se refere ao número de dentes naturais que a pessoa possuía em boca Portugal apresenta vantagem em relação à Hungria. Esta última apresenta uma percentagem de 19% contra os 32% da média portuguesa.

A utilização de prótese removível apresenta grande disparidade entre estes dois países em discussão. Portugal faz parte dos países da União Europeia com mais utilização deste tipo de prótese com um registo de 37%, juntamente com a Bélgica, Polónia e o Reino Unido que está no topo da tabela com 38%, ao contrário do que acontece com a Hungria, onde prevalece a utilização de prótese fixa.

O consumo de doces é um outro parâmetro interessante de ser avaliado. Este é feito com muito maior frequência pelos habitantes húngaros, estando mesmo estes no topo, como maiores consumidores da Europa com 22 % contra os 7% de Portugal.

Um fator importante a considerar é também o meio escolhido para se obter cuidados dentários. 79% dos europeus quando necessitam de cuidados orais dirigem-se a uma clínica privada. 14% vão a clínicas dirigidas pelo município ou pelo governo. Apenas 3% se desloca ao hospital e 1 % a uma clínica universitária.

Em Portugal 86% opta pelas clínicas privadas devido às políticas nacionais instauradas no país. Na Hungria apenas 50% escolhem esta opção, pois o sistema permite o acesso a clínicas dirigidas pelos municípios e governo.

1.5 Relação médico/paciente-eficácia de tratamento (técnicas de comunicação)

Desde há muito tempo se sabe que uma boa relação médico-paciente é uma mais valia para o sucesso de qualquer tratamento. O paciente coloca grandes perspectivas no médico tendo de haver em primeiro lugar uma relação de confiança. O médico deve assim, possuir um conjunto de habilidades e conhecimentos das ciências de comportamento para o exercício da sua profissão. No exercício da sua prática clínica o Médico Dentista está sujeito ao contacto com diferentes pacientes, que acima de tudo são pessoas com culturas e ideais de vida distintos uns dos outros. Assim sendo, cabe ao profissional aprender a conhecer-se bem a si próprio para evitar, que os seus próprios problemas e preconceitos dificultem a formação da relação médico-paciente com finalidade terapêutica. A consulta, entrevista médica é a base da relação médico-paciente, que mais do que um simples encontro é um ritual comunicativo ⁽¹⁹⁾

1.5.1 Utilização da linguagem não verbal para ultrapassar a barreira linguística

Em todo o processo comunicativo são utilizados três tipos de comunicação essenciais: a verbal, a para-verbal e a não verbal. A primeira processa-se por lances onde os interlocutores se alternam como emissores e recetores. Eles devem falar a mesma língua, partilhando os códigos das suas mensagens. Aqui, existem um conjunto de regras da língua e da conversação que devem ser seguidas. A nível da para-verbal são todas as características da linguagem verbal que transmitem apenas informação, como fluidez e ritmo. ⁽²⁰⁾ Os gestos, a postura, o vestuário, a mímica, o olhar, o tom de voz e o toque utilizados numa interação interpessoal fazem parte da comunicação não-verbal. ⁽¹⁹⁾

Na profissão de médico dentista as dificuldades linguísticas não podem ser uma barreira a uma eficiente relação médico-paciente. Uma significativa

quantidade de informação é retirada a partir dos comportamentos não verbais⁽²¹⁾ É importante que o profissional esteja atento a todas as palavras, sons, gestos que o doente emite. Estes sinais isoladamente podem não ter significado, porém é importante que o médico esteja sempre atento, pois quando contextualizados podem ter uma importância significativa. Estes sinais são designados de índices mínimos. Dentro destes há uma divisão em visuais, cinestésicos e auditivos. Dentro do primeiro grupo insere-se a expressão facial, contacto visual e os movimentos oculares, comportamentos estes a que se deve estar atento no decorrer de um tratamento dentário.

Através do contacto visual o médico dentista pode avaliar o estado de ansiedade do paciente. O doente ansioso olha o médico diretamente por intervalos de tempo muito curtos, apresenta um olhar inquieto, com frequentes piscadelas. Em casos de ansiedade extrema pode existir instabilidade dos músculos oculares. A respiração, um comportamento classificado como cinestésico é outra forma de avaliar a ansiedade do paciente. Esta é superficial, alternada com suspiros, sendo que em casos de maior gravidade a frequência respiratória está aumentada. A nível do discurso este é feito com um tom um pouco mais elevado, aclaramentos a nível da voz, entrecortada por tosse.

Um paciente que se encontre deprimido não mantém contacto visual, o fácies não tem expressão, o olhar é apagado. A respiração é cansada, feita de forma lenta, expirando como um suspiro.

O doente descontente mantém contacto visual de forma provocadora, fixando os olhos no profissional. O sobrolho é carregado, os lábios e os maxilares apertados.

O paciente com comportamento de evitamento não mantém contacto visual, fala de forma descontraída e breve. Está mais preocupado em acabar a consulta do que com o sucesso dos resultados. O olhar normalmente direciona-se mais para janelas e portas e a sua posição é de fuga.

O uso do espaço é um outro fator que faz diferença na hora da interação com o paciente. A proxémica estuda a gestão do espaço pelo ser humano e a sua respetiva perceção. Este aparente simples fator influencia a comunicação quotidiana. O antropólogo Edward T. Hall definiu quatro distâncias essenciais nas relações humanas. O espaço público em que a distância entre os

interlocutores deve ser de 4 metros é a que se utiliza para estar com desconhecidos e para agir de forma formal e é utilizado por exemplo por oradores. O espaço social compreende-se entre os 2 e os 3 metros e é o mais comum em ambientes profissionais, é gerida consoante o estatuto dos interlocutores. O espaço pessoal vai dos 40 cm a 1 metro é nesta distância que decorre a consulta médica, assim, o profissional deve ter o cuidado de não ultrapassar a distância mínima para que o paciente não se sinta com o seu espaço invadido. O espaço íntimo vai até aos 40 cm e é o espaço utilizado em relações de grande proximidade. ⁽²²⁾

O médico dentista deve ser capaz de demonstrar sentimentos de simpatia e empatia, sentimentos estes distintos. Entende-se por simpatia a preocupação, comiseração ou pena de um indivíduo em relação ao outro. A empatia é perceber o ponto de vista do outro. Para que exista empatia tem de existir uma interiorização da situação emocional do doente e em seguida o médico deve dar a conhecer ao paciente que o compreende. Isto é feito de forma verbal e não verbal. A sensação de compreensão pelo outro é intrinsecamente terapêutica, quebrando as barreiras de isolamento do mal-estar restaurando a sensação de se sentir como um todo. Este é principal princípio do método clínico. ⁽²⁰⁾

2.Objetivos:

Na realização do presente relatório de atividade clínica é pretendido uma reflexão em relação a toda a atividade clínica efetuada no 5.º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária. Procura-se um aprofundamento a nível de conhecimentos teóricos de forma a poder utilizá-los da forma mais eficaz possível na prática clínica, mais especificamente procura-se:

- Obter aptidão e experiência no decurso da prática clínica;
- Saber quais as maiores problemáticas na saúde oral e conseguir solucioná-las;
- Conhecer e conseguir interpretar diferentes exames de diagnóstico;
- Delinear corretamente um plano de tratamento;
- Ser capaz de comunicar em distintos contextos sociais;
- Obter uma boa capacidade de adaptação ao trabalhar com métodos de países diferentes;
- Comparar diferenças relacionadas com a Medicina Dentária existentes entre Portugal e a Hungria

3. Materiais e métodos

A parte inicial deste relatório de atividade clínica inclui um enquadramento teórico incidindo na história da Medicina Dentária, nas diferenças deste ramo entre Portugal e a Hungria e técnicas de comunicação. Para a realização deste documento foram utilizados motores de busca como o *Pubmed* e o *Google académico*.

A amostra compreendida pelo relatório inclui pacientes atendidos na Universidade de Szeged, Hungria no decorrer do primeiro semestre, de Setembro a Dezembro e pacientes acompanhados na Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Viseu no decurso do segundo semestre, de fevereiro a maio do ano letivo 2015/2016.

Na recolha de dados foi avaliada a informação em relação à idade, género e distribuição dos pacientes pelas diferentes áreas disciplinares. A amostra foi feita de acordo com estes itens e pelas consultas realizadas como operadora e assistente. A informação relativa ao segundo semestre foi recolhida recorrendo aos programas Newsoft DS 2014 e Planmeca Dimaxis Pro 3.2.5 (2004).

A distribuição da informação recolhida foi disposta numa base de dados pelo programa Microsoft Excel e ilustrada por tabelas e gráficos. Para além disto foi analisada e caracterizada a amostra observada.

De entre todos os pacientes acompanhados nas diferentes áreas disciplinares foram selecionados os casos mais diferenciados, os quais são sujeitos a uma reflexão mais aprofundada.

Publicações científicas realizadas fora do tempo curricular serão também expostas neste relatório.

4.Resultados

4.1 Número de atos clínicos como operadora e assistente

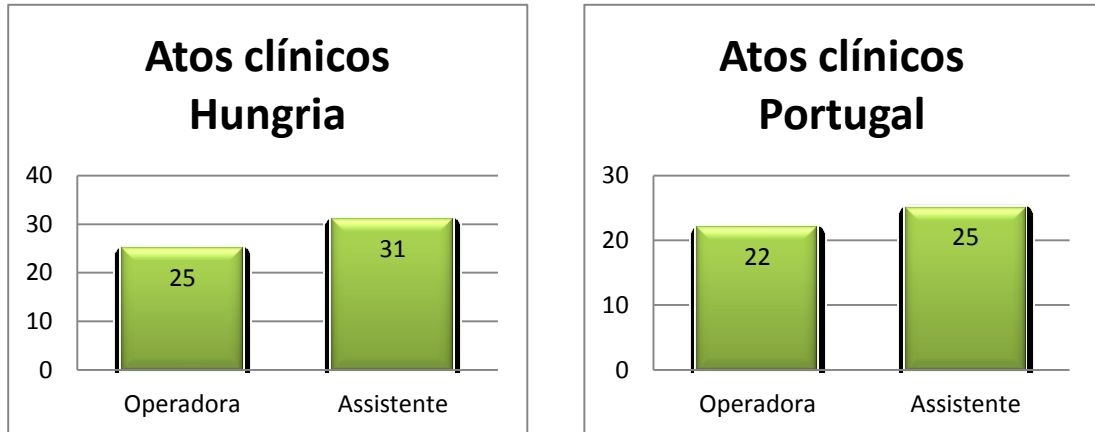


Gráfico 1- Número de atos clínicos efetuados como operadora e assistente na Hungria e em Portugal

Tabela 2-Atos clínicos realizados como operadora e assistente, Hungria

	Número de atos clínicos
Operadora	25
Assistente	31
Total	56

Tabela 3-Atos clínicos realizados como operadora e assistente, Portugal

	Número de atos clínicos
Operadora	22
Assistente	25
Total	47

4.2 Distribuição dos pacientes quanto ao género

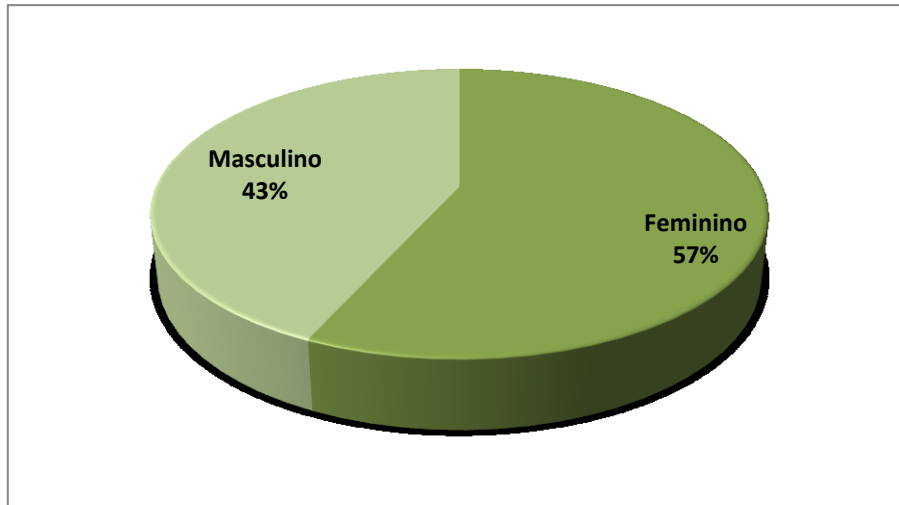


Gráfico 2- Distribuição dos pacientes relativamente ao género na U.S e na U.C.P

4.3 Distribuição dos pacientes relativamente à faixa etária

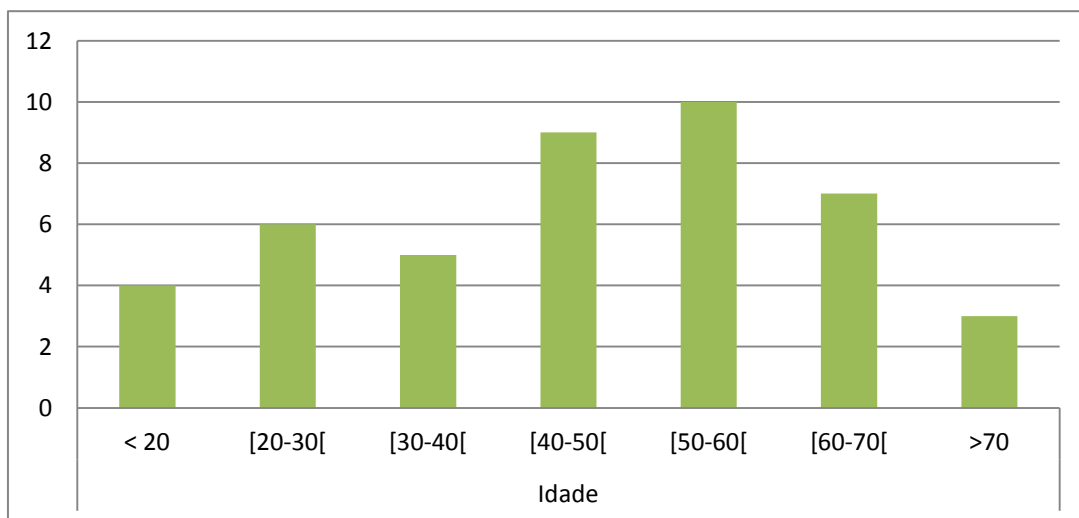


Gráfico 3- Distribuição dos pacientes relativamente à faixa etária na U.S e na U.C.P

4.4 Distribuição de pacientes relativamente à área disciplinar

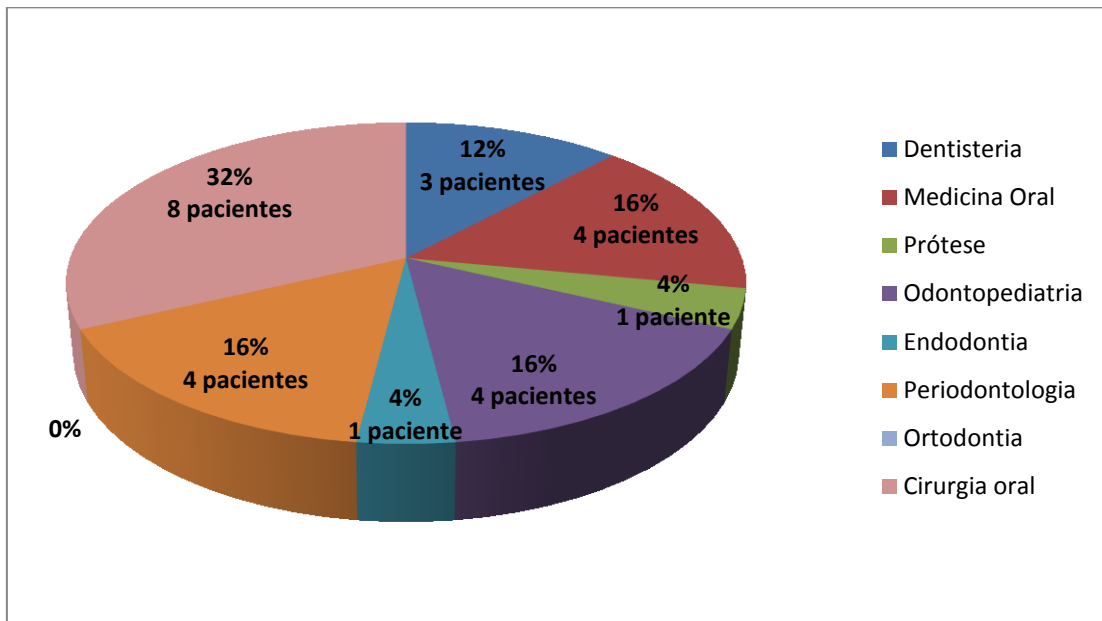


Gráfico 4-Distribuição em relação à área disciplinar na U.S

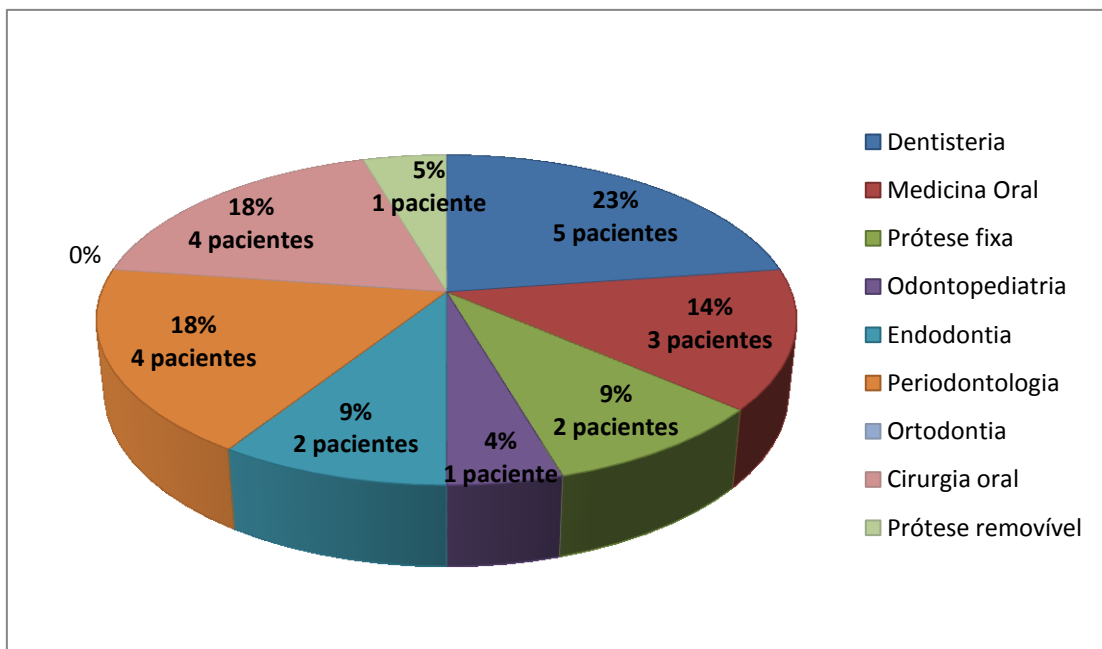


Gráfico 5-Distribuição em relação à área disciplinar na U.C.P

4.5 Enquadramento por área disciplinar

4.5.1 Medicina Oral

Neste ramo da Medicina Dentária procura-se fazer o diagnóstico e a correta orientação dos pacientes segundo o seu estado de saúde oral. Aqui são avaliados todos os problemas existentes a nível da mucosa oral, glândulas salivares, desordens temporomandibulares (DTMs) e dor orofacial. Esta área procura também fornecer cuidados de saúde oral a pacientes que possuam doenças a nível sistémico que afetem a cavidade oral. Como exemplo tem-se os pacientes que recebem tratamento de diabetes, doenças cardiovasculares, cancro e doenças infectocontagiosas.

Essencialmente a Medicina Oral procura: ensinar, pesquisar e assistir o paciente; investigar a etiologia e o respetivo tratamento; avaliação da farmacoterapia necessária para o tratamento de doenças orais e sistémicas; integração de cuidados de saúde oral e sistémica; reconhecimento da interação da saúde sistémica e oral; orientação, definição e prevenção de distúrbios neurosensoriais e dor orofacial; desordens nas membranas da mucosa oral; doenças das glândulas salivares; preparação para cuidados médicos complexos.⁽²³⁾

Nesta área disciplinar, na clínica universitária da UCP, o estado de saúde do paciente é avaliado com a análise das regiões maxilofaciais e cervico-faciais e também com a realização detalhada de toda a história clínica. Desta forma, realiza-se um diagnóstico e um plano de tratamento minuciosos para que o paciente possa ser atendido da forma mais específica possível, encaminhando-o para a área disciplinar que mais se adequa ao seu tratamento.

A atividade clínica nesta disciplina exige que o aluno saiba identificar estruturas anatómicas da cabeça e pescoço, tenha conhecimento de diferentes patologias sistémicas, interações medicamentosas e as várias manifestações que podem ocorrer a nível da cavidade oral.

Na Universidade de Szeged esta análise era sempre precedida aos tratamentos na área de periodontologia.

Dados da disciplina

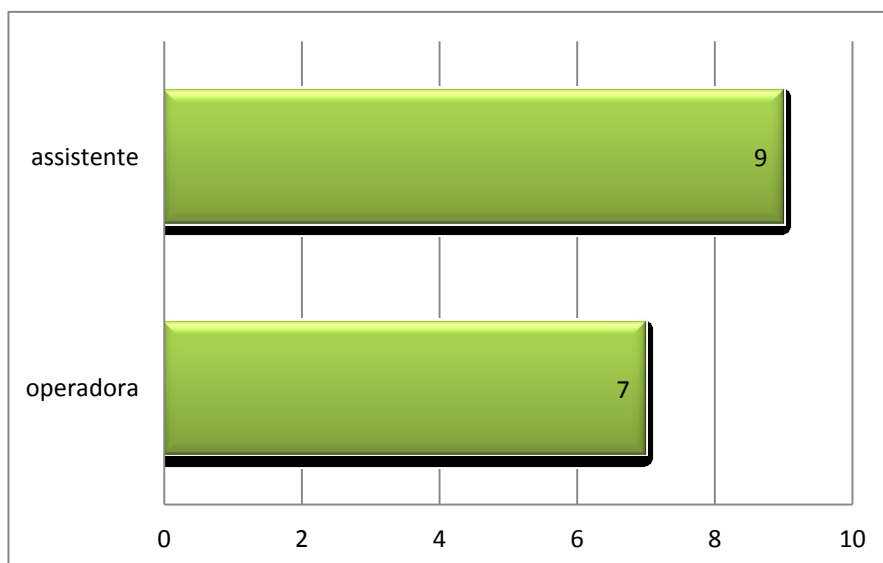


Gráfico 6-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Medicina Oral

4.5.2 Periodontologia

Este ramo da Medicina Dentária dedica-se ao estudo das estruturas de suporte dentário, aqui é avaliada a gengiva, o cimento radicular, o ligamento periodontal e o nível ósseo. Com o estudo destas estruturas é possível perceber se o paciente apresenta algum tipo de doença periodontal.

Nesta área disciplinar deve existir uma especial atenção à história clínica do doente. Este pode ter uma medicação que envolva a presença de anticoagulantes e caso assim seja, pode ser necessário comunicar com o médico do paciente de forma a adotar-se a melhor solução mantendo, ou alterando a medicação. Os casos de endocardite bacteriana também devem ser atendidos com especial atenção refletindo-se na necessidade ou não da utilização de antibióticos profiláticos. Os pacientes que possuam pacemaker, são um grupo a ter em conta, pois não devem receber tratamentos que envolvam ultrassons.

Para a realização do plano de tratamento é efetuada uma sondagem, utilizando seis pontos em cada peça dentária, onde é verificada a existência de pontos sangrantes, mobilidade dos dentes, recessões e se existe ou não envolvimento de furca. Com estes dados preenche-se o periograma para se ter uma noção do estado gengival e periodontal do paciente.

No decorrer das aulas era sempre realizada sondagem, onde era registado o “bleeding on probing” (BOP), analisado o índice de placa (IP) e realizado o registo periodontal simplificado (PSR). A remoção de placa e cálculos dentários foi efetuada com destartarizador ultra-sónico e com o recurso a curetas periodontais, nos casos de raspagem e alisamento radicular (RAR), após esta etapa era efetuado o polimento. No final de cada consulta era feita aos pacientes uma explicação minuciosa de técnicas de escovagem e de utilização do fio dentário para que estes pudessem melhorar a sua higiene oral.

O funcionamento desta área disciplinar é semelhante nas duas universidades referidas

Dados da disciplina

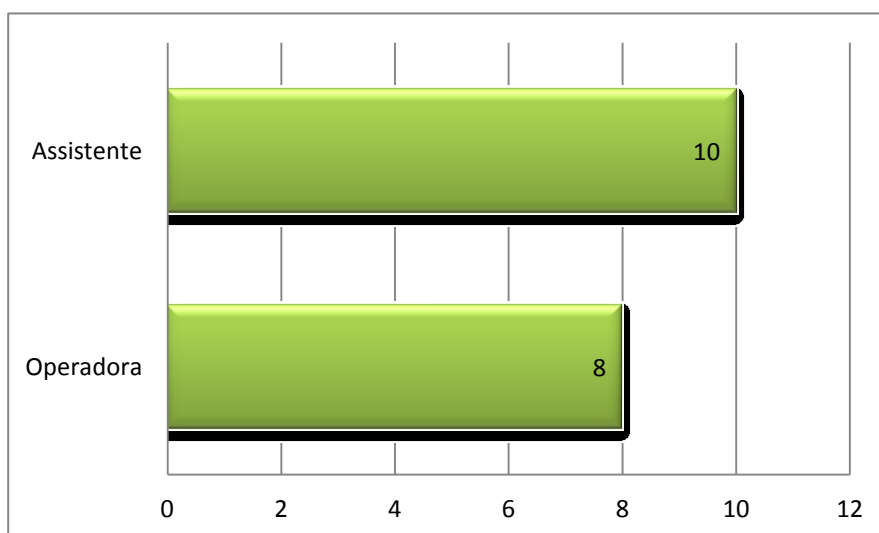


Gráfico 7-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Periodontologia

4.5.3 Prótese Fixa

No caso da prótese fixa esta pretende que em casos de deficiência de peças dentárias ou de tecidos orais se realize uma reabilitação de forma a devolver a saúde, função, aspeto e conforto da cavidade oral. A substituição artificial é feita recorrendo a materiais biocompatíveis fixos na cavidade oral. A necessidade da reabilitação protética habitualmente deve-se a problemas funcionais na mastigação, numa pobre eficiência mastigatória, insatisfação estética, problemas fonéticos ou até mesmo para prevenir a evolução de distúrbios funcionais.⁽²⁴⁾

Nesta cadeira é necessário elaborar o diagnóstico, executar um correto plano de tratamento e assim identificar qual a melhor opção de tratamento. Para além disso pretende-se executar preparos dentários, incluindo em dentes extensamente destruídos; realizar restaurações provisórias recorrendo a técnicas diretas ou indiretas; realizar impressões; executar provas de infraestrutura; ter conhecimento das propriedades dos materiais como dos cimentos de forma a saber as melhores opções para a cimentação e saber como planear e realizar consultas de controlo.

A área disciplinar de prótese no primeiro semestre na U.S envolvia atendimento a pacientes que necessitassem de reabilitação oral quer fosse esta feita recorrendo a próteses removíveis ou fixas.

Dados da disciplina

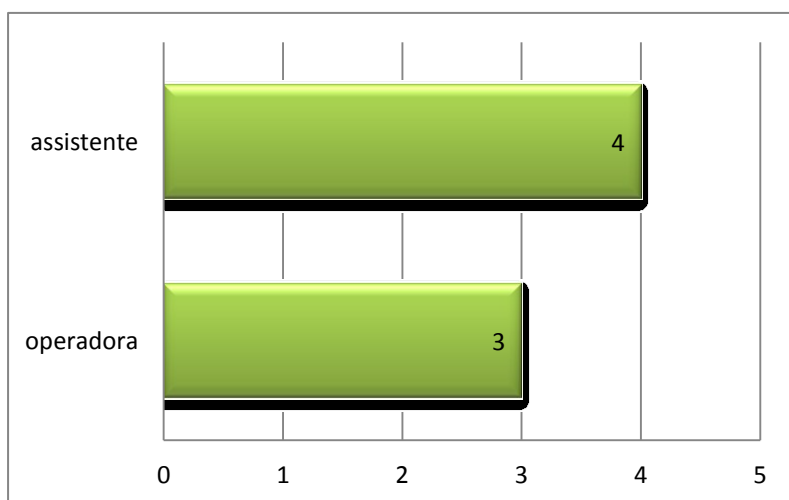


Gráfico 8-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Prótese Fixa

4.5.4 Endodontia

Para a realização de uma boa prática clínica de endodontia requer-se o conhecimento de morfologia, anatomia dentária e canal, fisiopatologia, histologia da polpa dentária e observação dos tecidos perirradiculares.

No diagnóstico deve-se ter em conta a sintomatologia do paciente e realizar um conjunto de testes como o térmico e proceder-se ao raio-x. O tratamento endodôntico tem por base uma série de etapas iniciando-se pelo acesso à câmara, seguido pelo reconhecimento canalar da peça dentária, obtenção da odontometria de referência e de trabalho, instrumentação utilizando uma adequada solução irrigadora e por fim a obturação. Para além disto deve existir um conhecimento farmacológico para uma eficaz prática clínica.

No primeiro semestre, na U.S esta disciplina estava integrada na área disciplinar de Dentisteria Operatória.

Dados da disciplina

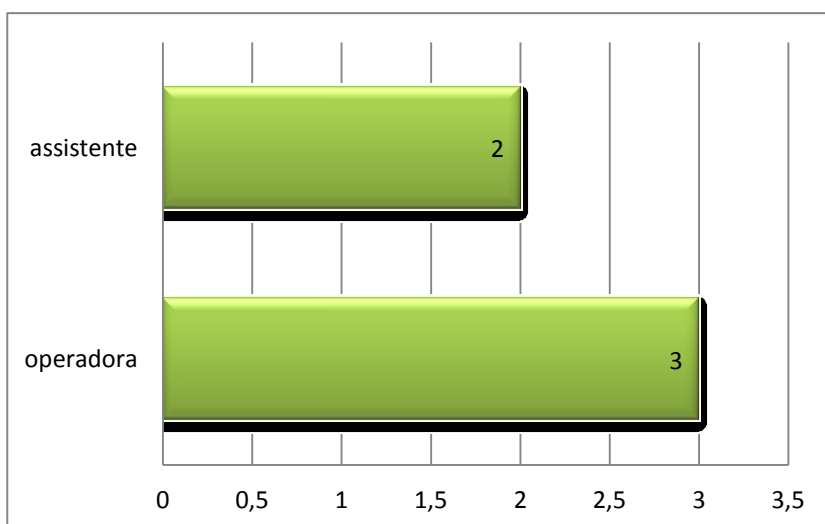


Gráfico 9-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Endodontia

4.5.5 Dentisteria Operatória

O restabelecimento da função dentária através de uma intervenção de forma conservadora e o restauro direto são objetivos que se procuram nesta disciplina. É de elevada importância se ter capacidade de fazer um correto diagnóstico recorrendo-se aos testes complementares de diagnóstico necessários e assim optar pelo melhor tratamento. Este pode passar pelo tratamento de cáries, lesões parafuncionais, fraturas e até mesmo melhorias a nível de estética. Cada vez são maiores os avanços realizados na área das propriedades físicas das resinas compostas. Este desenvolvimento tem vindo a permitir cada vez mais uma maior adesão ao dente e uma manipulação clínica mais eficaz.⁽²⁵⁾

É também essencial um bom conhecimento das propriedades de todos os materiais que estão disponíveis para que se consiga ter um espírito crítico e se possa optar pelo material mais indicado em cada situação.

Dados da disciplina

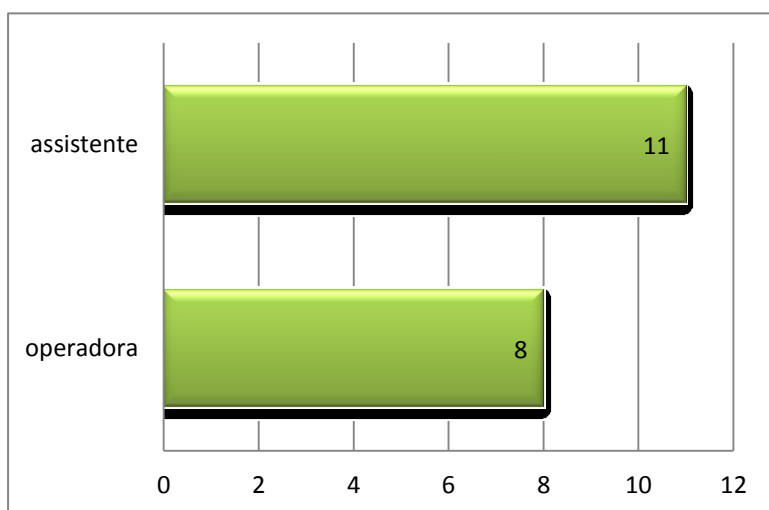


Gráfico 10-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Dentisteria Operatória

4.5.6 Prótese Removível

O tratamento protético tem como principal objetivo a recuperação das funções do sistema estomatognático, pela substituição de peças dentárias perdidas e de tecidos perdidos na zona adjacente. No final do tratamento procura-se que o paciente apresente uma eficiente mastigação e esteja satisfeito a nível de fonação e de estética. Neste tipo de reabilitação há uma preocupação não só com a reposição dos elementos dentários perdidos como também existe um cuidado na conservação das estruturas orais remanescentes.

A reabilitação de pacientes parcialmente dentados habitualmente é realizada com prótese parcial removível (PPR) podendo estas ser mucossuportados ou dentossuportados, de forma a substituir uma ou mais peças dentárias. As próteses devem ser realizadas de forma a que a sua remoção da cavidade oral seja feita de forma fácil. O planeamento para estas próteses é essencial para a avaliação de variados fatores que interferem no sucesso destas.⁽²⁴⁾

Dados da disciplina

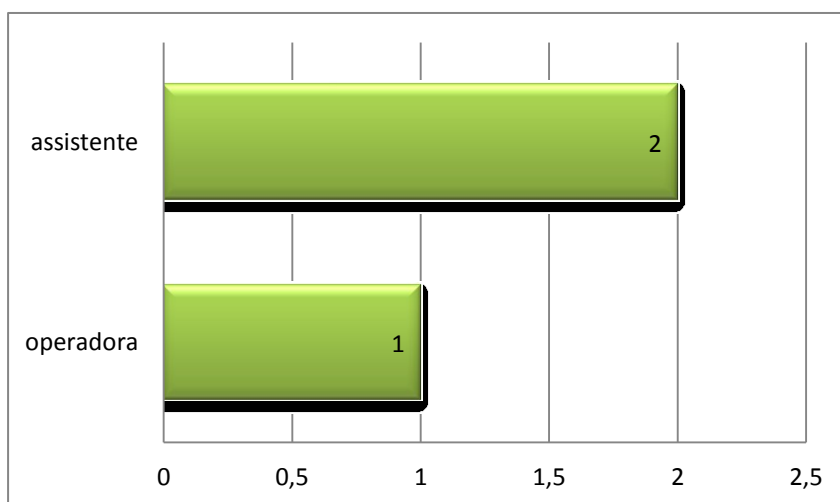


Gráfico 11-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Prótese Removível

4.5.7 Odontopediatria

Esta área disciplinar é uma especialidade da Medicina Dentária que pretende realizar prevenção, diagnóstico e tratamento em dentição mista e permanente.

Neste ramo deve existir uma especial atenção às técnicas de comunicação para que se possa recorrer a variadas técnicas que permitam um tratamento eficaz, mesmo quando existem comportamentos menos favoráveis por parte da criança. Nestas consultas procura-se que não exista qualquer sentimento de medo, sofrimento ou trauma que possa vir a influenciar negativamente as futuras idas ao médico dentista da criança. O conhecimento farmacológico é também essencial na medida em que as crianças necessitam de cuidados especiais de acordo com a sua idade e estrutura física. Existem uma série de características que devem ser tidas em conta para uma melhor compreensão da personalidade infantil e da dinâmica da sua evolução para idade adulta tendo sempre em atenção também toda a sua vulnerabilidade. Estas características baseiam-se na hereditariedade e período fetal; nas influências ambientais; no crescimento; na importância da nutrição; importância dos problemas de saúde e profilaxia; tratamento especial; características psicológicas e a evolução morfológica.⁽²⁶⁾

Competências a nível do desenvolvimento dentário e craniofacial, técnicas anestésicas, tratamento de cáries e traumatismos dentários, tratamentos endodônticos, manutenção de eventuais espaços na arcada dentária, correção de hábitos parafuncionais, são objetivos nesta disciplina.

Dados da disciplina

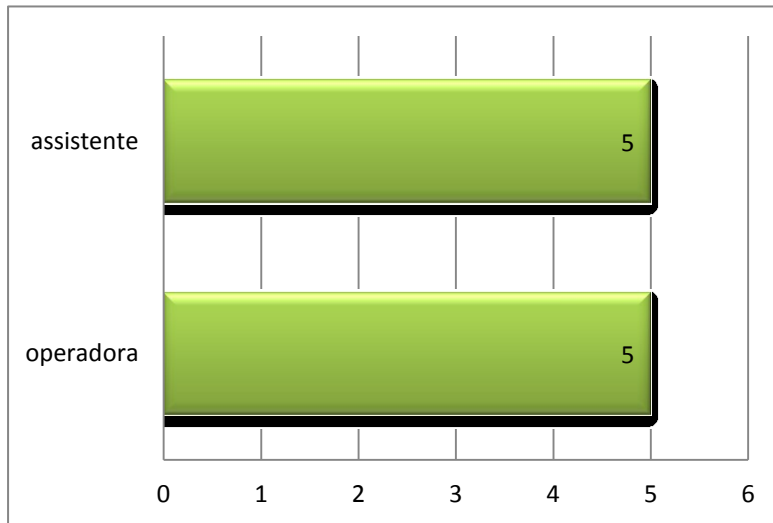


Gráfico 12-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Odontopediatria

4.5.8 Cirurgia oral

Nesta disciplina é imperial uma análise do estado de saúde do paciente e a realização de uma história clínica pormenorizada, dado às consequências que patologias a nível sistémico podem vir a ter nos atos cirúrgicos. Uma história médica precisa é a informação mais valiosa que o Médico Dentista pode ter na hora de decidir se o paciente tem condições, ou não de se submeter com segurança ao tratamento dentário. O Médico Dentista deve estar preparado e possuir as competências necessárias para saber interpretar como um problema médico irá alterar a resposta do paciente à cirurgia oral e aos anestésicos. Caso a obtenção da história médica seja bem realizada, os exames laboratoriais e físicos apresentam um papel mais diminuto na avaliação pré-cirúrgica. A história médica e o exame físico devem ser realizados de forma personalizada a cada tipo de paciente respeitando as suas necessidades individuais como os problemas médicos, inteligência, idade, complexidade do procedimento a realizar, estilo de vida e métodos anestésicos.

O conhecimento da anatomia da cabeça e pescoço, manipulação de instrumentos, etapas dos procedimentos cirúrgicos, terapêutica mais adequada a cada caso, relação entre patologias sistêmicas e a cavidade oral é de elevada importância nesta área da medicina dentária.

A execução de cirurgias dento-alveolares simples e complexas exigem um prévio diagnóstico, recorrendo caso seja necessário a meios complementares de diagnóstico, e de um completo plano de tratamento.⁽²⁷⁾

Dados da disciplina:

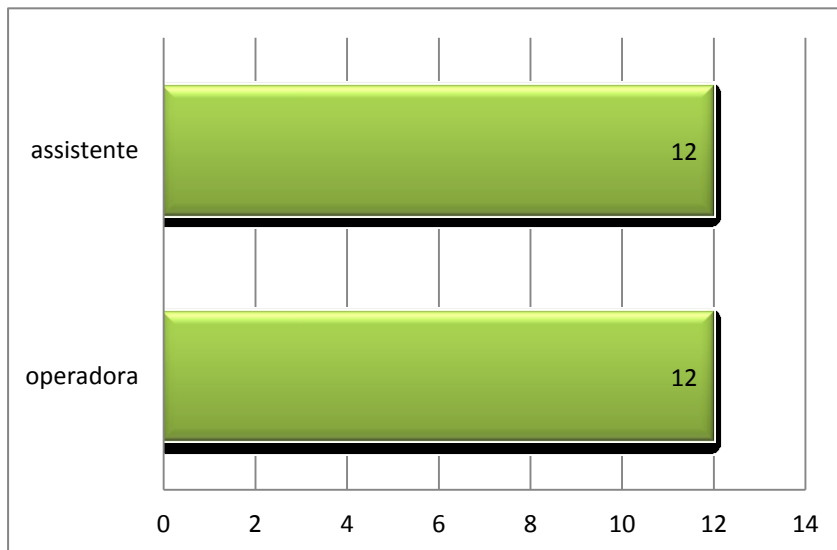


Gráfico 13-Distribuição do número de atos como operadora e assistente em Cirurgia Oral

5. Casos Clínicos Diferenciados

5.1 Caso clínico I: Prostodontia Fixa

5.1.1 Enquadramento teórico do caso:

A idade e a falta de cuidados de higiene oral podem levar à alteração de cor e de textura dos dentes e em casos mais graves a perda de peças dentárias. Neste último caso problemas a distintos níveis podem vir a surgir como de fonética, estéticos, funcionais e de mastigação.

Os casos em que existe uma extensa destruição dentária a atuação da Dentisteria Operatória não é suficiente para satisfazer os cuidados que os casos exigem. Desta forma, a prótese fixa é uma ótima alternativa para um tratamento eficaz e com durabilidade. Esta área disciplinar recorre a coroas e incrustações para devolver a função e a anatomia nas situações em que existe uma extensa perda dentária, quer seja por cárie ou por traumatismo. Nas situações em que existem zonas edêntulas mas com dentes adjacentes com condições de serem dentes pilares é possível preencher o espaço dos dentes ausentes.⁽²⁸⁾

A execução do tratamento nesta área disciplinar exige uma elevada permanência na cavidade oral e que o médico dentista possua uma elevada destreza manual, pois é essencial que o profissional seja muito minucioso. Perante estes fatores é importante estabelecer uma boa relação médico-paciente e que exista compreensão por ambas as partes.

Conforme cada caso o profissional deve optar pela melhor opção, posteriormente a realizar uma avaliação pré-protética e periodontal ao paciente. Um bom planeamento é essencial para que existam boas condições na estabilidade oclusal dados pelos contactos oclusais dos dentes naturais; para manter ou restaurar a dimensão vertical de oclusão; para aplicar princípios biológicos de terapia protética para minimizar sequelas diretas do tratamento e efeitos negativos a longo-prazo; aplicar procedimentos simples que resultem

numa boa estética e conforto para o paciente e também para a escolha de um plano de tratamento financeiramente aceitável.⁽²⁴⁾

Resumindo a prótese fixa permite a execução de facetas quando se pretende alterar a forma dentária, coroas unitárias para substituição de um dente extensamente destruído e a realização de pontes para os espaços edêntulos.⁽²⁹⁾

5.1.2 Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 57 anos, advogada dirigiu-se à clínica de Szeged a fim de reabilitar o espaço edêntulo que possuía referente aos dentes 34 e 35.

A recolha de dados incidiu na anamnese, fotografias extra e intra-orais e montagem dos modelos em articulador.



Figura 2- Foto extra-oral inicial



Figura 3- Foto extra-oral em PIM



Figura 4- Foto extra-oral sorriso

A paciente realiza análises anualmente, os valores encontram-se normais. A nível de patologias a nível sistémico ou medicação não há nada a referir. Não apresenta alergia a dispositivos médicos, nem a medicamentos. A nível do historial médico familiar a paciente referiu doença renal por parte do pai e cardíacos por parte da mãe. A paciente apresenta uma face oval, simétrica, sem tumefações, edemas, cicatrizes ou adenopatias. Em relação ao exame da articulação temporomandibular (ATM) não foi encontrado nenhum som ou crepitação que levassem à suspeita de alguma patologia nesta região. No exame intra-oral a paciente não apresenta qualquer tipo de lesão a nível dos vestíbulos, freios, regiões jugais, palato mole e duro, pavimento da boca ou lábios. A paciente não apresentava qualquer tipo de sintomatologia dolorosa.

Existem tratamentos de endodontia e de dentisteria previamente realizados, nomeadamente no dente 36 adjacente ao espaço edêntulo. Esta peça dentária apresenta tratamento endodôntico e uma restauração a amálgama bastante deficitária que não apresenta qualquer tipo de resistência.

5.1.3 Plano de tratamento

1. Retirar restauração a amálgama do dente 36;
2. Colocar espigão dentário;
3. Execução de ponte dentária

Após a análise do caso decidiu-se elaborar uma ponte metalocerâmica de quatro elementos no terceiro quadrante com pânticos nos dentes 34 e 35 e com pilares nos dentes 33 e 36.

5.1.4 Procedimento clínico

- **1.^a consulta:** Foi realizada uma avaliação de pré-reabilitação onde foi verificada a higiene oral da paciente, a altura da gengiva aderida, a existência de cáries. Para além disto foram tiradas fotografias intra e extra-orais e realizadas impressões preliminares com posterior confeção de modelos de gesso. Em seguida, procedeu-se à elaboração de um diagnóstico e plano de tratamento.
- **2.^a consulta:** Removeu-se a restauração a amálgama do dente 36 e foi colocado um espigão dentário no canal distal. Para isto desobturou-se o canal com brocas de gates preservando-se 4mm de obturação apical. Preparou-se o canal com uma broca calibrada para o espigão e executou-se o teste do espigão no canal. De seguida com uma ponta diamantada cortou-se o excedente do espigão pela altura oclusal que se desejava. Preparou-se o canal radicular com condicionamento de gel de ácido ortofosfórico a 37 % nas paredes canalares, câmara e estrutura dentária remanescente. Posteriormente lavou-se e secou-se o canal e aplicou-se nas paredes do canal um sistema adesivo. O próximo passo consistiu em preparar o espigão desinfetando-o com álcool etílico, secou-se, procedeu-se à aplicação de silano e sistema adesivo. De seguida colocou-se o cimento resinoso no interior do canal radicular e no espigão. Inseriu-se o espigão passivamente para permitir refluxo do

excesso de cimento resinoso e removeu-se os excessos com uma sonda. Procedeu-se à fotopolimerização e restaurou-se com compósito.

- **3.^a consulta:** Na consulta seguinte realizou-se o preparo dos dentes 33 e 36



Figura 5- 3.^a Consulta. Espigão no canal distal, restauração a compósito e reduções dentárias nos dentes 33 e 36

- **4.^a consulta:** Realizou-se a impressão definitiva pela técnica monofásica duplo componente. Para isso utilizou-se uma moldeira standard; aplicaram-se fios de retração nas margens dos dentes pilares; verificaram-se as pontas misturadoras; colocou-se na moldeira o silicone heavy; removeu-se o fio e secou-se o campo operatório; inseriu-se o silicone light nos preparos dos dentes 33 e 36 tendo o cuidado de ter sempre a ponta submersa no líquido para não criar bolhas; aplicou-se a moldeira na arcada com o material; esperou-se o tempo de endurecimento e removeu-se de forma rápida; Realizou-se o registo de mordida com cera e enviou-se tudo para o laboratório juntamente com os modelos de gesso, para procederem à realização da ponte provisória.

- **5.^a consulta:** Realizou-se a prova da infraestrutura. Este é também um passo importante para que se possa averiguar a existência de espaço suficiente para a cerâmica, se existe uma boa adaptação, contactos oclusais corretos, resistência e retenção.

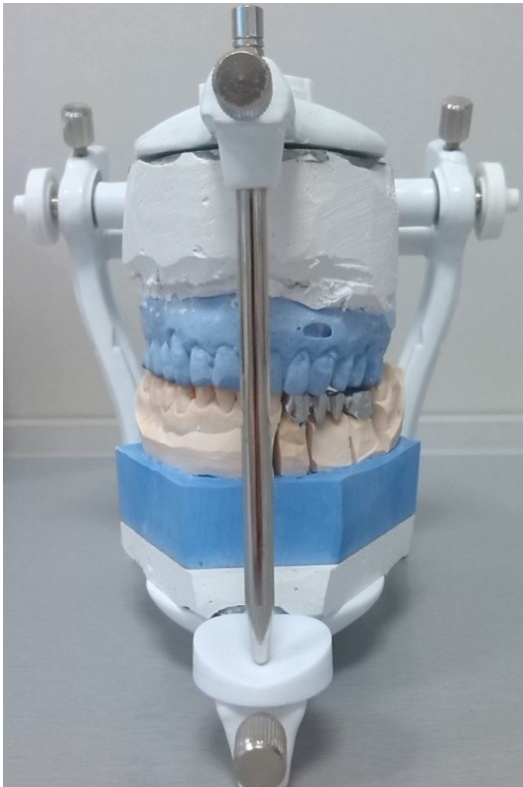


Figura 6-Análise dos modelos de trabalho enviados pelo laboratório



Figura 7- Análise dos modelos de trabalho enviados pelo laboratório



Figura 8- 5ª Consulta. Prova de Infraestrutura. Vista por palatino



Figura 9 - 5ª Consulta. Prova de Infraestrutura. Vista por vestibular

- **6.^a consulta:** Realizou-se a cimentação provisória com TempBond NE, Kerr. Foram dadas indicações à paciente de como realizar uma boa higienização da prótese.



Figura 10 - 6.^a Consulta. Prótese no modelo de estudo



Figura 11 - Prótese na boca da paciente



Figura 12-Prótese na boca da paciente. Vista frontal

5.1.5 Discussão e conclusões

A reabilitação deste tipo de espaços edêntulos com a utilização de próteses parciais fixas, implica a que o Médico Dentista tenha em conta uma série de parâmetros estéticos e funcionais, que devem ser respeitados. Isto é importante, não só para que as expectativas do paciente sejam correspondidas, como também para que se tenha a segurança de que o trabalho final terá resultados duradouros e que a saúde do sistema estomatognático é mantida.

A realização de uma ponte metalocerâmica foi a solução encontrada mais adequada para o caso em questão, dado ser um material versátil nas suas indicações, uma vez que tem características bastante favoráveis como a durabilidade, a resistência, a estética e a biocompatibilidade.⁽²⁸⁾

A forma como são abordados os casos de prótese fixa é diferente entre a Universidade de Szeged e a Universidade Católica de Viseu. Este caso em particular permitiu-me fazer uma comparação e refletir acerca de alguns aspetos em que diferem as duas instituições no que se refere a esta disciplina, abordando sobre estes em seguida.

Um dos fatores a ser avaliado no planeamento de uma prótese parcial fixa na Universidade Católica de Viseu é o estado de conservação dos dentes pilares. No caso clínico apresentado o dente 36 é um dente com tratamento endodôntico que possuía uma grande restauração a amálgama, que se pode considerar um dente extensamente destruído. Neste tipo de casos há fatores que devem ser avaliados como a altura/espessura do anel de reforço, a relação coroa/raíz e as condições do tratamento endodôntico do dente em questão.⁽³⁰⁾ Neste caso clínico esta avaliação não foi realizada de forma minuciosa, dado que não é uma prática implementada na avaliação deste tipo de casos na disciplina de prótese na Universidade de Szeged. Uma outra diferença a apontar é a utilização de restaurações provisórias. Este tipo de restaurações é aplicada enquanto a restauração definitiva se encontra a ser processada. Este tipo de prótese permite manter e preencher a anatomia perdida pelo preparo, ajuda a manter a função mastigatória, protege o órgão pulpo-dentinário, é importante para a estética, impede migrações dos dentes adjacentes e extrusão dos antagonistas, fornece uma proteção contra fraturas do coto e dá

ideia da cor a pedir e da forma final.⁽³¹⁾ No caso desta paciente a elaboração da restauração provisória durante as consultas nunca foi uma grande preocupação, dado que não interferia com a estética no sorriso.

5.2 Caso Clínico II: Medicina Oral

5.2.1 Enquadramento teórico do caso

Exostose é um tipo de tumor benigno caracterizado pela formação anómala de protuberâncias nodulares de osso calcificado. A sua designação é dada conforme a sua localização anatómica. As exostoses orais normalmente surgem ao longo da face vestibular da maxila ou mandíbula, geralmente na área dos pré-molares e molares.

A etiologia ainda não é bem conhecida, mas tudo indica que o excesso de crescimento ósseo se poderá dever a um aumento das forças mastigatórias nos dentes, a fatores genéticos e a fatores ambientais. Estas lesões são indolores e à palpação encontram-se sob forma de uma massa dura. A mucosa em redor normalmente encontra-se com uma coloração normal, mas alongada. Podem estar presentes úlceras como resultado de trauma na mucosa.

As exostoses tendem a surgir na adolescência e a aumentar de forma gradual com tempo. Os pacientes normalmente possuem como motivo de queixa a interferência que a lesão causa na estética, a dificuldade que esta pode gerar na realização de uma boa higiene oral devido ao aumento do tamanho da lesão. Este aumento leva à retenção de alimentos que gera problemas periodontais. Nestes casos, ou quando as protuberâncias causam dor, inchaço, desconforto no paciente opta-se pela excisão cirúrgica.

O diagnóstico de uma exostose é baseado no exame clínico e na análise radiográfica.⁽³²⁾ O tórus pode surgir clinicamente como numerosas protuberâncias arredondadas ou múltiplos lóbulos calcificados, enquanto que a exostose é uma única massa de base ampla, lisa, pode possuir uma projeção óssea pontiaguda. As lesões podem possuir até 3-4 cm de diâmetro. As exostoses orais são habitualmente encontradas somente na superfície facial do osso alveolar da maxila, especialmente no segmento posterior. Na análise radiográfica é possível encontrar-se uma estrutura calcificada de forma oval bem definida sobrepondo-se às raízes dos dentes.⁽³³⁾

5.2.2 Descrição do caso clínico

Paciente com 79 anos, de sexo masculino, dirigiu-se à clínica universitária alegando “a prótese inferior magoa-me”. Com a realização do exame clínico e das radiografias panorâmica e periapical (exames auxiliares) verifica-se a presença de exostose vestibular na região do segundo quadrante. Lesão esta que não incomodava o paciente.



Figura 13- Ortopantomografia

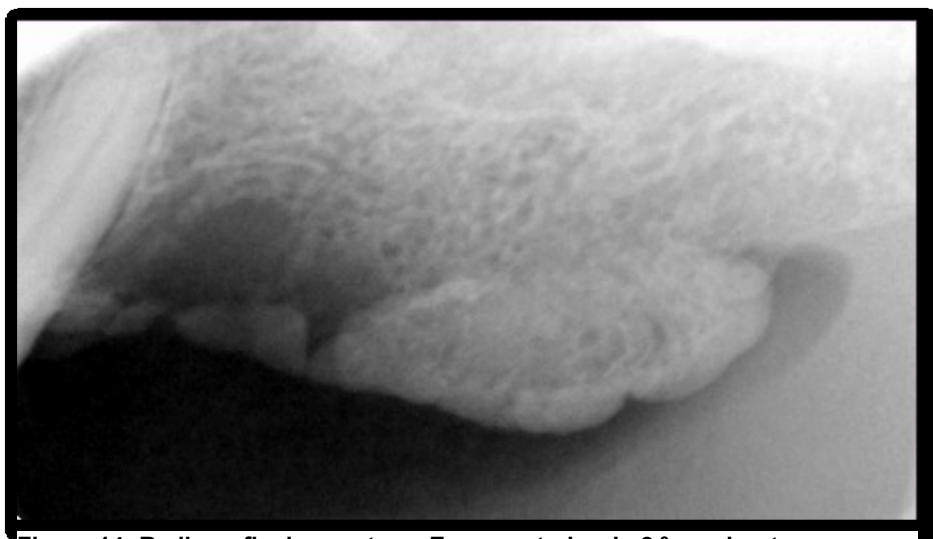


Figura 14- Radiografia da exostose. Zona posterior do 2.º quadrante

5.2.3 Procedimento clínico

O procedimento cirúrgico iniciou-se com anestesia (articaína 1/100000) infiltrativa do nervo alveolar superior médio e posterior e também do nervo palatino maior. Após este passo, foi executada uma incisão linear com uma lâmina de bisturi nº15 na zona do rebordo alveolar realizando uma descarga póstero-lateral, sendo este um retalho mucoperiósteo de espessura total.

A osteotomia de múltiplos fragmentos da exostose foi realizada através da técnica de cirurgia piezoelétrica. De seguida, os fragmentos foram removidos com o auxílio de uma pinça goiva. Posteriormente utilizou-se uma cureta cirúrgica para inspecionar a área intervencionada e uma lima de osso para se efetuar a regularização da zona. O encerramento da ferida cirúrgica realizou-se com pontos simples de sutura, recorrendo a fio de seda 3-0.



Figura 16- Exostose óssea por vestibular na zona posterior do segundo quadrante



Figura 15-Fragmentos ósseos removidos



Figura 17-Controlo após 8 dias da cirurgia



Figura 18-Controlo final

5.2.4 Discussão e conclusões

Habitualmente as intervenções com cirurgia rotatória convencional são caracterizadas pelo ruído e por uma vibração excessiva que causa desconforto ao paciente. Para além disso, há sempre um risco elevado de necrose, trauma e de um aquecimento excessivo no decorrer das osteotomias realizadas com brocas rotatórias. Assim, foram efetuados vários estudos na busca de um método alternativo mais eficaz, nomeadamente a cirurgia piezoelétrica. Foi demonstrado que este tipo de cirurgia pode melhorar o conforto per-cirúrgico do paciente.

Este método tem como vantagem a sua vibração ultrassónica específica em que apenas exerce corte em estrutura óssea, não danificando assim os tecidos moles e duros na região adjacente. Uma outra vantagem é que na

ponta ativa do instrumento é libertado um jato de soro fisiológico que permite uma refrigeração e irrigação da região da incisão óssea. Deste modo, o sangramento é diminuto e permite ter uma fácil visão do campo cirúrgico, assim como também permite um menor risco de necrose do osso por um aquecimento excessivo, o que é uma mais valia para o paciente.⁽³⁴⁾

Assim, como alternativa à cirurgia óssea convencional a cirurgia peizoelétrica evidencia-se como sendo uma ótima solução. Esta técnica tem distintas aplicações clínicas, nomeadamente a elevação da membrana do seio maxilar e na confecção de alvéolos em implantologia, com bons resultados no que diz respeito à osteointegração na interface osso/implante.⁽³⁵⁾

5.3 Caso clínico III: Cirurgia periodontal de aprofundamento do vestibulo

5.3.1 Enquadramento teórico do caso

O objetivo principal no tratamento protético de pacientes edêntulos é a restauração da estética, da função da mastigação e o conforto. Os tratamentos devem ser realizados de forma delicada, mais quando se trata de pessoas idosas, dado que é difícil para a maioria das pessoas idosas se adaptarem a mudanças radicais nas suas próteses. Frequentemente estes pacientes beneficiam com uma prótese total suportada, ou retida por raízes remanescentes ou implantes, como acontece neste caso clínico.

A quantidade de rebordo alveolar é, por vezes, muito reduzida, sendo um grande inconveniente no caso de pacientes onde seja necessária uma reabilitação protética. A perda óssea alveolar, com atrofia mandibular, associada a perda de gengiva aderida, levam a uma diminuição na área de suporte e a problemas ao nível da retenção e estabilidade de uma prótese total removível. Nesse sentido, torna-se muito relevante analisar, discutir e propor ao paciente, sempre que as suas condições o permitam, a execução de técnicas cirúrgicas para recuperação dos tecidos afetados pela reabsorção do rebordo alveolar.⁽³⁶⁾

Uma ótima adaptação e estabilidade da prótese podem ser conseguidas pela conjugação do aumento da gengiva aderida e a colocação de implantes dentários. A recuperação dos tecidos pode ser feita recorrendo-se à realização de um enxerto gengival livre.⁽³⁷⁾

5.3.2 Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 69 anos, medicada com estatinas, antiarrítmicos, anti-hipertensores, analgésico, anti-inflamatórios e anti-agregante plaquetário. Portadora de prótese removível total superior e inferior, compareceu numa consulta de prótese removível devido a dor e falta de

retenção da prótese inferior, estando esta relacionada com reabsorção óssea e rebordos gengivais irregulares, flácidos e móveis. Também apresentava contração e atrofia da mucosa gengivolabial com diminuição do sulco vestibular.

Procedeu-se a uma cirurgia periodontal de aumento do vestibulo, com o intuito de posterior colocação de prótese total removível suportada por implantes.

5.3.3 Procedimento Clínico

Para o planeamento deste caso realizou-se um estudo prévio da condição da paciente. Pretendia-se estudar o nível ósseo para a colocação de implantes e identificar o posicionamento de estruturas anatómicas, como o nervo mentoniano. Realizou-se uma ortopantomografia e foi pedida à paciente a realização de uma TAC. Esta cirurgia periodontal iniciou-se com a incisão paralela ao rebordo alveolar, seguida da divulsão submucosa até ao nível da crista alveolar. De seguida procedeu-se à incisão horizontal do perióstio para o rebatimento do retalho. Posteriormente recolheu-se o enxerto de tecido epitelial da área do palato para que pudesse ser colocado na zona cirúrgica do rebordo alveolar. A fixação do enxerto realizou-se com fios de sutura de seda 6.0 e PeriAcryl. Por fim foi prescrita medicação analgésica e anti-inflamatória à paciente e recomendada visitas de controlo semanais durante a fase de cicatrização.



Figura 19- Ortopantomografia

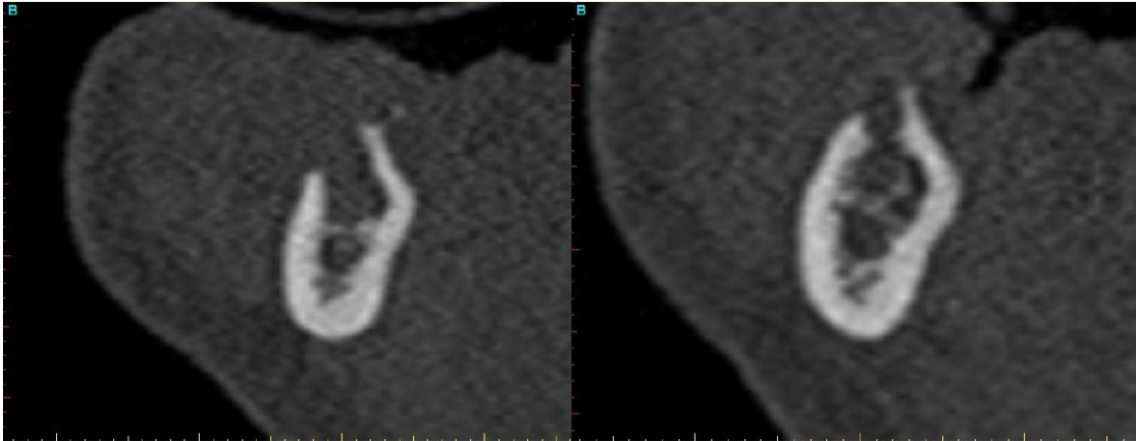


Figura 20 - Emergências dos nervos mentonianos na crista alveolar

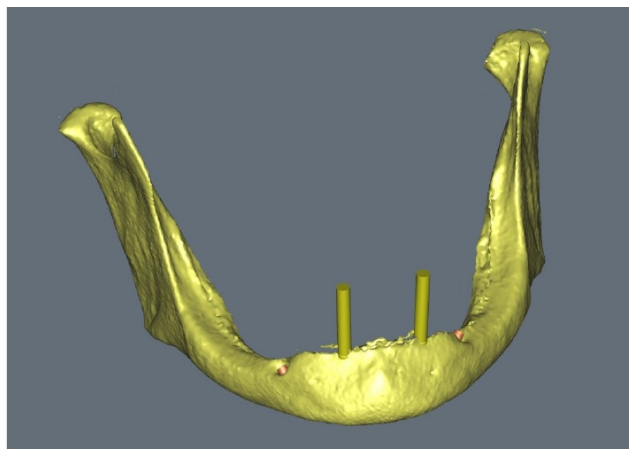


Figura 21-Planificação do caso para colocação de implantes para suporte protético



Figura 22-Fotografia pré-operatória. Rebordo alveolar vista frontal

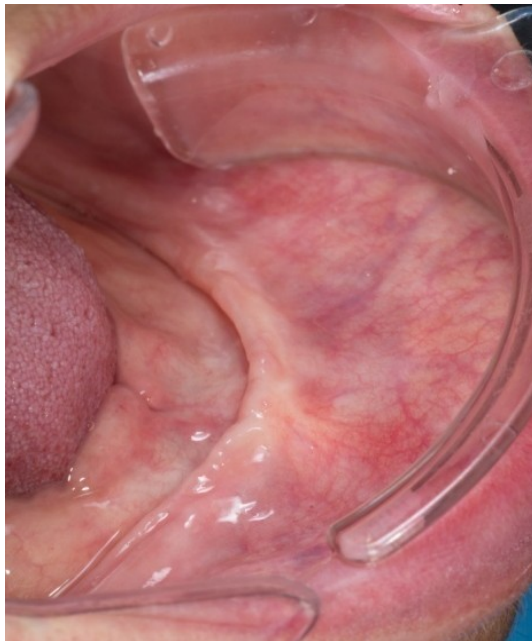


Figura 23-Fotografia pré-operatória. Rebordo alveolar, vista lateral



Figura 24 - Fotografia 1 semana após a cirurgia



Figura 25- Fotografia 2 semanas após a cirurgia



Figura 26-Fotografia 30 dias após a cirurgia

5.3.4 Discussão e conclusões

À semelhança do que acontece com a grande parte dos pacientes desdentados totais a paciente apresentava um rebordo reabsorvido. Este facto levava a que existisse uma estabilidade e retenção da prótese total convencional que possuía insuficiente. Como consequência a paciente não utilizava a prótese removível inferior com frequência.

As próteses implanto-suportadas atualmente são a melhor solução para pacientes desdentados totais que não possuam qualquer tipo de problema a nível sistémico ou oral que impeçam este tipo de reabilitação. Este tipo de prótese apresenta inúmeras vantagens como aumento da estabilidade e retenção que levam não só a um aumento da eficácia mastigatória como também a estética, o conforto e o aumento da auto-estima do paciente. A mandíbula apenas necessita de 2 implantes posicionados entre os forames mentonianos. Esta prática traz vantagens principalmente em casos como este em que se trata de pacientes idosos em que se procura que a cirurgia seja de curta duração e que desta forma haja um menor desgaste físico e emocional do paciente⁽²⁴⁾

A cirurgia periodontal de aprofundamento de vestibulo é uma técnica de excelência para se obter o aumento do vestibulo esperado. Nesta técnica a inflamação pós-operatória foi reduzida e o grau de recidiva é baixo. A realização desta cirurgia tornou possível a reunião das condições necessárias a nível de tecidos moles para se proceder à colocação de implantes e posterior estabilização de uma prótese total removível.

6. Discussão e conclusão

Da amostra recolhida nas duas instituições é possível verificar que a nível de atos clínicos o número realizado foi superior na clínica da U.S. A clínica da U.S possui uma maior afluência de pacientes relativamente à clínica da U.C.P. Este facto reside de a cidade de Szeged ser uma cidade com uma maior população, cerca de 162000 pessoas e Viseu possuir uma população de aproximadamente 99000. Este não é o único fator que influencia o número de pacientes na clínica. Os seguros de saúde com componente de Medicina Dentária geram uma maior preocupação e um maior facilitismo para com os cuidados de saúde oral dos húngaros. A isenção de pagamento das consultas é um fator que diferencia a prestação de cuidados orais húngaros e portugueses. Outro ponto a salientar é o facto da população húngara possuir uma maior educação a nível de saúde oral. Os alunos do primeiro ciclo fazem visitas regulares à clínica U.S de rotina, esta prática de rotina permite que sejam detetados problemas dentários a nível precoce, fator importantíssimo de prevenção. Nestas consultas caso seja detetado algum problema a nível oral é de imediato agendado para a realização do seu tratamento. Este cuidado dentário acontece caso a escola tenha recebido informações do encarregado de educação de que a criança pode ser sujeito a tratamentos dentários na clínica universitária.

A U.S obriga a que todo o aluno que seja natural de outro país seja sujeito a uma consulta médica onde é avaliado o seu estado de saúde geral. Assim sendo, o número de atos clínicos ainda poderia ter sido superior na clínica da U.S, dado que antes desta consulta não foi autorizado qualquer contacto com os pacientes da clínica, apenas se podia ver os procedimentos.

Quanto à distribuição dos pacientes por género existiu um maior número de pacientes do sexo feminino, 57%. Esta maior percentagem pode advir do maior cuidado com a saúde que as mulheres apresentam em relação aos homens, apesar disso o número de pacientes não é significativa para que possa ter relevância a nível estatístico.

A nível da distribuição dos pacientes por faixa etária a maioria destes encontra-se entre os 50 e os 60 anos de idade. A maioria alega que procura os

cuidados de tratamento dentário na clínica universitária pelos preços reduzidos que são praticados. Desta forma, conclui-se que os pacientes na sua maioria apresentam um nível socioeconómico médio/baixo. Apesar disto, a divulgação da eficiência dos cuidados prestados pela clínica universitária tem sido cada vez mais maior. Isto leva a que esta tendência venha cada vez mais a ser diminuída e a que pacientes de variadas condições sociais frequentem a clínica universitária.

No que diz respeito à distribuição dos pacientes por área disciplinar na U.S o maior número de atendimentos foi a Cirurgia Oral com um atendimento de 8 pacientes. As extrações de restos radiculares foram o procedimento mais realizado nas consultas sendo elevado o número de pacientes com raízes residuais presentes na cavidade oral. O número de atendimentos a Medicina Oral e a Periodontologia são o mesmo, pois a disciplina de Medicina Oral não existia de forma individualizada. Os procedimentos equivalentes a esta disciplina eram realizados a todos os pacientes na área de Periodontologia no início de todos os procedimentos. Na U.S a reabilitação protésica removível e fixa era efetuada na mesma disciplina, ao contrário do que acontece na U.C.P em que estas são áreas distintas. Em Odontopediatria foram tratados 3 pacientes com cáries dentárias e colocados selantes a um quarto paciente. Para além disto, eram realizados em todas as aulas cerca de 4 check-up da saúde oral a crianças que se deslocavam à clínica com a sua instituição de ensino, não tendo sido contabilizado estes como atos clínicos, dado que não existiu a realização de qualquer tratamento em específico. A Endodontia e Dentisteria Operatória estavam juntas numa só área disciplinar, sendo realizado o tratamento de acordo com o que o paciente necessitasse. Foram tratados no total 3 pacientes com cáries dentárias e realizado T.E.R num quarto paciente. Em relação a ortodontia não existia atendimento a pacientes na U.S.

Na clínica da U.C.P foram atendidos mais pacientes na área disciplinar de Dentisteria Operatória do que em relação aos atendidos na U.S. Na disciplina de Medicina Oral são efetuadas as primeiras consultas onde é avaliado o estado de saúde em geral e realizada uma avaliação da cavidade oral tendo sido examinados 3 pacientes. Em Prótese Fixa foi efetuada a avaliação de dois casos distintos para a realização de uma prótese parcial fixa. No caso de uma paciente, esta optou pelo tratamento do espaço edêntulo com implantes e no

segundo paciente, com a avaliação efetuada foi possível concluir que o espaço a reabilitar não apresentava as condições necessárias para o tratamento recorrendo à prótese fixa. Em Odontopediatria apenas foi realizada uma extração dentária, devido ao número diminuto de crianças disponíveis para as consultas. Na disciplina de Endodontia foram atendidos dois pacientes, onde em cada um deles se realizou T.E.R num molar com três canais radiculares. Em Periodontologia a marcação de consultas foi em todas as situações marcadas pelo próprio binómio de pacientes atendidos noutras disciplinas. Nesta área disciplinar o tratamento tem um carácter mais conservador e de prevenção, o que leva a que os pacientes não sintam a necessidade de o cumprir. Problema este, mais uma vez oriundo da falta de educação e de informação a nível da saúde oral da população portuguesa. Em Cirurgia Oral contabilizaram-se quatro extrações simples e em Prótese Removível foi efetuada uma PPR esquelética inferior.

A integração no programa de mobilidade Erasmus+ foi enriquecedor a todos os níveis, a nível linguístico, contacto com novas formas de trabalho e de novas realidades culturais. O tempo de aprendizagem na U.S permitiu verificar a diferença de realidades entre a população portuguesa e húngara e verificar que a Medicina Dentária funciona de forma distinta nos dois países. Esta diferença é fundamentalmente proveniente das diferentes políticas adotadas neste ramo da saúde. Portugal tem um longo caminho a percorrer para que a saúde oral da população encontre níveis de excelência. Felizmente, este caminho começa cada vez mais a ser traçado de forma mais cuidada e com expectativas de um futuro promissor no que diz respeito à maior oferta de cuidados dentários à população.

7. Trabalhos Científicos

Na busca do conhecimento e do aperfeiçoamento da sua atitude crítica perante a prática clínica o aluno deve procurar realizar trabalho de pesquisa. Uma atitude autodidata e de investigação pelo que há de novo na área de Medicina Dentária é uma característica que o aluno de Medicina Dentária deve ter, enquanto estudante e durante toda a sua vida profissional.

Em seguida são apresentados trabalhos científicos apresentados no ano letivo 2015/2016 de cirurgias assistidas pelo binómio.

7.1 Cirurgia de Aprofundamento do vestíbulo – Relato de Caso Clínico

XI Jornadas de Medicina Dentária- UCP Viseu

Autores:

Gabriela Rebelo, UCP Viseu; gabinesrebelo@gmail.com

Raquel Santos, UCP Viseu; raquelalmeidasantos@gmail.com

Ana Margarida Silva; UCP, CIIS, ICS-Viseu; anamargsilva@gmail.com

Tiago Marques; UCP, CIIS, ICS-Viseu; tiagomiguelmarques@gmail.com

Nuno Malta; UCP, CIIS, ICS-Viseu; berna74@gmail.com

André Correia; UCP, CIIS, ICS-Viseu; correia.andre@gmail.com

Afiliação dos autores:

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde- Viseu

Universidade Católica Portuguesa, CIIS – Centro de Investigação

Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde – Viseu, Portugal.

Introdução

A quantidade de rebordo alveolar é por vezes muito reduzida, sendo um grande inconveniente no caso de pacientes onde seja necessária uma reabilitação protética. A perda óssea alveolar, com atrofia mandibular, levam a uma diminuição na área de suporte e a problemas ao nível da retenção e estabilidade de uma prótese total removível. Nesse sentido, torna-se muito relevante analisar, discutir e propor ao paciente - sempre que as suas condições o permitam - a execução de técnicas cirúrgicas para recuperar os tecidos afetados pela reabsorção do rebordo alveolar.

Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 69 anos, medicada com estatinas, antiarrítmicos, anti-hipertensores e analgésico, antiinflamatórios e anti-agregante plaquetário. Portadora de prótese removível total superior e inferior, compareceu numa consulta de prótese removível devido a dor e falta de retenção da prótese inferior, estando esta relacionada com reabsorção óssea e rebordos gengivais irregulares, flácidos e móveis. Também apresentava contração e atrofia da mucosa gengivolabial com diminuição do sulco vestibular.

Procedeu-se a uma cirurgia periodontal de aumento do vestibulo, com o intuito de posterior colocação de prótese total removível suportada por implantes.

Após avaliação do exame radiográfico (tomografia computadorizada) e das técnicas anestésicas efetuadas, iniciou-se a cirurgia com uma incisão retilínea paralela ao rebordo alveolar, seguida de divulsão submucosa até ao nível da crista alveolar. Foi realizada uma incisão horizontal do periósteo para o rebatimento do retalho. Foi recolhido um enxerto de tecido epitelial do palato, sendo este posicionado de forma a recobrir toda a área cirúrgica e fixado através de fios de sutura de seda 6.0 e PeriAcryl.

Foi prescrita medicação analgésica e anti-inflamatória e visitas de controlo semanais durante a fase de cicatrização. As suturas foram removidas às duas semanas.

Discussão e Conclusões

Neste tipo de cirurgias é importante avaliar a altura e espessura do rebordo residual, quantidade e integridade da mucosa e inserção da musculatura. Esta técnica oferece resultados satisfatórios ao nível da profundidade do vestibulo, com um baixo grau de recidiva. A inflamação pós-operatória é reduzida.

A cirurgia periodontal de aprofundamento de vestibulo permitiu obter o aumento do vestibulo esperado. Desta forma, foram criadas as condições necessárias ao nível dos tecidos moles para a colocação de implantes para posterior estabilização de uma prótese total removível.

7.2 Cirurgia Periodontal Plástica por Técnica de Tunelização para Recobrimento Radicular

XI Jornadas de Medicina Dentária- UCP Viseu

Raquel Santos, UCP Viseu; raquelalmeidasantos@gmail.com

Gabriela Rebelo, UCP Viseu; gabinesrebelo@gmail.com

Tiago Marques; UCP, CIIS, ICS-Viseu; tiagomiguelmarques@gmail.com

Nuno Malta; UCP, CIIS, ICS-Viseu; berna74@gmail.com

Manuel Sousa; UCP, CIIS, ICS-Viseu; msousa57@gmail.com

André Baptista; UCP, CIIS, ICS-Viseu; andremfbaptista@gmail.com

Introdução

Uma recessão pode ser definida pela retração apical da gengiva, podendo ser provocada por técnica traumática de escovagem, movimentos ortodônticos, hábitos parafuncionais e doença periodontal.

Para este tipo de lesões, é possível recorrer a técnicas de cirurgia plástica periodontal, usando enxertos de tecido conjuntivo, tendo como objetivo aumentar a quantidade de tecido queratinizado para permitir a cobertura da raiz exposta.

Há várias técnicas cirúrgicas possíveis de serem usadas como é a técnica da Tunelização com enxertos de tecido conjuntivo subepitelial colocados coronalmente.

Descrição do Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 25 anos, saudável. Não fumadora com diagnóstico de gengivite leve (Índice de Placa de 15% e Índice de Sangramento de 8%) com recessões classe I de Miller em todos os sextantes por vestibular e perda de inserção gengival de 3mm no dente 23 e 2mm no 24.

No plano de tratamento foi optado pela cirurgia plástica periodontal, através da técnica de Tunelização, nos dentes 23 e 24 e alongamento coronário por gengivectomia no dente 11. Foi administrada anestesia infiltrativa local no palato e no vestíbulo. Foram realizadas incisões sulculares nos dentes envolvidos, mantendo as papilas intactas, criando um túnel subperioste. Criou-se um retalho de espessura total, que se estendeu apicalmente, além da linha mucogengival. Na zona interdentária, o retalho foi estendido coronalmente à base das papilas. Foi recolhido tecido conjuntivo subepitelial, no palato de tamanho suficiente para cobrir as zonas com defeito. O enxerto foi colocado no túnel subperioste e realizadas suturas de forma a estabilizar os enxertos no retalho gengival, com fios de sutura 6-0. Na região do palato, foi colocado PeriAcryl.

À paciente foi prescrita medicação analgésica e anti-inflamatória, bochecho com 0,2% de clorhexidina digluconato e visitas de controlo nas semanas seguintes. Duas semanas após a cirurgia, foram removidas as suturas.

Discussão e Conclusão

Após uma cirurgia periodontal, é importante evitar recidivas e fomentar mudanças comportamentais, como na escovagem dos dentes e técnica e força utilizadas. Apesar disso, o alinhamento dentário é de igual interesse, podendo ser necessária a correção ortodôntica em casos de mau posicionamento dentário.

A técnica de tunelização descrita tem demonstrado bons resultados pós-operatórios, pois elimina a necessidade de incisões verticais, protege a altura da papila e otimiza a vascularização.

8. Referências bibliográficas


1. Arimatsu K, Yamada H, Miyazawa H, Minagawa T, Nakajima M, et al. Oral pathobiont induces systemic inflammation and metabolic changes associated with alteration of gut microbiota. *Scientific Reports*. 2014;4(4828).
2. Oxilia G, Peresani M, Rornandini M, Matteucci C, Spiteri C, Henry A, et al. Earliest evidence of dental caries manipulation in the late upper palaeolithic. *Scientific Reports* [Internet]. 2015; 5. Available from: <http://www.nature.com/articles/srep12150>
3. Xiaojing L, kolltveit K, Tronstad I, Olsen I. Systemic Diseases Caused by Oral Infection. *Clinical microbiology reviews*. 2000;13(4):547-58.
4. Bohórquez F. El diálogo como mediador de la relación medico-paciente. *Revista ieRed*. Dezembro 2004.
5. Wilwerding T. HISTORY OF DENTISTRY 2001. Available from: <http://www.freeinfosociety.com/media/pdf/4551.pdf>
6. Dentistas OdM. Os números da Ordem 2015. 23]. Available from: <https://www.ond.pt/numeros/no2015pt.pdf>.
7. Ferreira M, Manso M, Gavinha S. Ansiedade e Fobia Dentária – Avaliação Psicométrica num Estudo Transversal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2008;49(2):77-86.
8. Dentistas OdM. Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar Plano Nacional de Saúde 2011-2016 2010. Available from: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/ond.pdf>.
9. Dentistas OdM. Apresentação do cheque dentista 2016. Available from: <https://www.ond.pt/chequedentista/apresentacao>.
10. Dentistas OdM. Cancro oral: já foram utilizados 1315 cheques diagnóstico PIPCO. 2015.
11. Dentistas OdM. Barómetro Nacional de Saúde Oral. 2015.
12. Dentistas OdM. Os números da Ordem. 2015.
13. Kravitz A, Bullock A , Cowpe J, E B. Manual of dental practice Hungary , Council of European Dentists. Cardiff University, Wales, United Kingdom, Fevereiro 2015.

14. Hungary National Cancer Control Programme Fevereiro 2006. Available from:
http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Hungary_National_Cancer_Control_Programme_English.pdf
15. Wade K. Clínicas dentárias e de cirurgia plástica húngaras estão a ter sucesso mercado de turismo médico. O JornalDentistry [Internet]. 2015. Available from: <http://www.jornaldentistry.pt/news/noticias/clinicas-dentarias-e-de-cirurgia-plastica-hungaras-estao-a-ter-sucesso-mercado-de-turismo-medico>
16. Moreira R. Epidemiology of dental caries in the world, oral health care. pediatric, research, Epidemiology and Clinical Practices [Internet]. 2012. Available from: <http://www.intechopen.com/books/oral-health-care-pediatric-research-epidemiology-and-clinical-practices/epidemiology-of-dental-caries-in-the-world>.
17. Dentistas OdM. Governante recebe dossier sobre medicina dentária Maio 2012. Available from: <https://www.omd.pt/noticias/2012/05/dossier-secretario-estado>.
18. TNS Opinion, and social. Oral Health Eurobarometer 72.3 2010. Available from:
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf.
19. Abreu J. Comunicação e Medicina 2008. Available from:
<https://helenagmartins.files.wordpress.com/2015/03/livro-pio-abreu-comunicacao-e-medicina.pdf>.
20. Carrapiço E , Ramos V. A comunicação na consulta. Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. Rev Port Med Geral Fam. 2012:212-22.
21. Psychol JPS. Unspoken Cultural Influence: Exposure to and Influence of Nonverbal Biasjunho 2009; 96(6):[1104-19 pp.]. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2763368/pdf/nihms130940.pdf>.
22. Hall E. The Hidden Dimension 1990. Available from: <http://www.philo-online.com/TEXTES/HALL%20Edward%20Twichell%20-%20The%20hidden%20dimension.pdf>
23. Burket LW, Greenberg MS, Glick M. Burket's Oral Medicine: Diagnosis & Treatment. 10 ed: BC Decker; 2003.

24. E J. Prosthodontics for the elderly. Diagnosis and Treatment: Quintessence books; 1999.
25. Fejerskov O, Kidd E. Dental caries the disease its clinical management: Blackwell Munksgaard; 2003.
26. Boj J, Catala M, Ballesta C, Mendonza A. Odontopediatria: Elsevier Marson; 2004.
27. Peterson L, Ellis E, Hupp J, Tucker M. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 4 ed: Mosby elsevier; 2005.
28. Rosenstil, Stephen F, Land, Martin F, Junhei F. Contemporary Fixed Prosthodontics. 4 ed: Mosby Elsevier; 2006.
29. Shillingburg H. Fundamentos de Prótese Fixa. 4 ed: Quintessence; 2007.
30. Esteves H, Correia A, Araújo F. Classification of Extensively Damaged Teeth to Evaluate Prognosis. J Can Dent Assoc [Internet]. 2011. Available from: <http://www.jcda.ca/article/b105/>
31. Santosa R. Provisional restorations options in implant dentistry. Aus Dent J,. 2007;52(3):234-42.
32. Verweij K, Engelkens H, Bertheux C, Dees A. Multiple lesions in upper jaw. The Netherlands journal of medicine. 2011;69(7/8).
33. Medsinghe S, Kohad R, Budhiraja H, Singh A, Gurha S, Sharma A. Buccal Exostosis: A Rare Entity. Journal of international oral health: . 2015;7(5).
34. Ciceri F. Estudo comparativo entre os instrumentos rotatórios convencionais e as ferramentas cirúrgicas piezo-elétricas em cirurgia sinusal: uma revisão de literatura. 2012.
35. Kfoury F, Yugoshi L, Sato N, Mathias M, Vilela A. Cirurgia Piezoelétrica: Uma nova técnica de preparação de alvéolos ósseos em implantologia. Revista da faculdade de odontologia da FMU. 2013.
36. Takei H, Azzi R. Periodontal Plastic and Esthetic Surgery. *In: Newman M, Takei H, Carranza F. Carranza's Clinical Periodontology*. 9 ed: Philadelphia, DA, W.B. Saunders Company; 2002.
37. Novaes LCGF, Seixas Zda. Prótese total sobre implante: técnicas contemporâneas e satisfação do paciente / Complete dentures prosthesis in implants: contemporary techniques and patient satisfaction 2008.

9. Anexos

Anexo 1




Cirurgia Periodontal de Aprofundamento do Vestíbulo

Universidade Católica Portuguesa—Centro Regional de Viseu
Apresentação de Caso Clínico 2015-2016

Rebelo, G.¹; Santos, A.¹; Marques, T.²; Silva, A.³; Santos, N.³; Correia, A.³

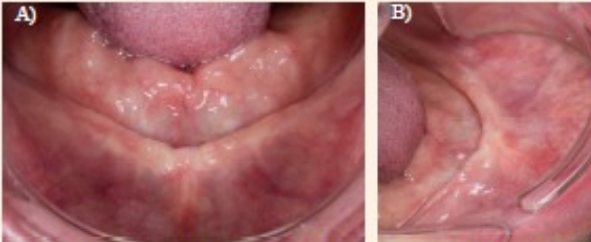
1—Faculdade de Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Viseu
2—Cooperante de Área disciplinar de Periodontologia da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Viseu
3—Cooperante de Área disciplinar de Prótese Removível da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Viseu



7

INTRODUÇÃO

A quantidade de rebordo alveolar é, por vezes, muito reduzida, sendo um grande inconveniente no caso de pacientes onde seja necessária uma reabilitação protética. A perda óssea alveolar, com atrofia mandibular, associada a perda de gengiva aderida, levam a uma diminuição na área de suporte e a problemas ao nível da retenção e estabilidade de uma prótese total removível.^[1] Nesse sentido, torna-se muito relevante analisar, discutir e propor ao paciente, sempre que as suas condições o permitam, a execução de técnicas cirúrgicas para recuperação dos tecidos afetados pela reabsorção do rebordo alveolar.^[2]



A) **B)**

Uma ótima adaptação e estabilidade da prótese pode ser conseguida pela conjugação do aumento da gengiva aderida e a colocação de implantes dentários. A recuperação dos tecidos pode ser feita recorrendo-se à realização de um enxerto gengival livre.^[3]

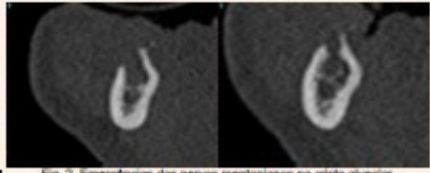


Fig. 1. Fotografias pré-operatórias: A) Rebordo alveolar vista frontal B) Rebordo alveolar, vista lateral

Fig. 2. Emergências dos nervos mentonianos na crista alveolar

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 69 anos, medicada com estatinas, antiarrítmicos, anti-hipertensores, analgésico, anti-inflamatório e anti-agregante plaquetário. Portadora de prótese removível total superior e inferior, compareceu numa consulta de prótese removível devido a dor e falta de retenção da prótese inferior. Também apresentava contração e atrofia da mucosa gengivolabial com diminuição do sulco vestibular.








Fig. 3. Fotografia 1 semana após a cirurgia.

Fig. 4. Fotografia 2 semanas após a cirurgia.

Fig. 5. - Planificação do caso para colocação de implantes para suporte protético.

PROCEDIMENTO CLÍNICO

1. Incisão retílinea paralela ao rebordo alveolar, seguida de divisão submucosa até ao nível da crista alveolar.
2. Incisão horizontal do periosteo para o rebatimento do retalho
3. Recolha de enxerto de tecido epitelial do palato
4. Colocação do enxerto na área cirúrgica do rebordo alveolar, fixo através de fios de sutura de seda 6.0 e PeriAcryl.
5. Prescrição de medicação analgésica e anti-inflamatória e visitas de controlo semanais durante a fase de cicatrização.




Fig. 4) Fotografia 30 dias após procedimento cirúrgico

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A cirurgia periodontal de aprofundamento de vestibulo permitiu obter o aumento do vestibulo esperado.

Nesta técnica a inflamação pós-operatória é reduzida e o grau de recidiva é baixo.

Com a realização desta cirurgia, foram criadas as condições necessárias ao nível dos tecidos moles para a colocação de implantes e posterior estabilização de uma prótese total removível.

Bibliografia:

1. Taha(J.H., Aziz) R.A.(2002) Periodontal Plastic and Esthetic Surgery In Newman,M.G.,Taha(J.H.), Carranza,EA (ed.),Carranza's Clinical Periodontology9ª Edição Philadelphia,DAWB Saunders Companypp 851-875

2. Pelloto, D. B.,Barros, R.R.M., Pepeleiros, V.,Naves(J.A.B (2002)Técnicas gengivais, ed. Periodontia: A situação clínica baseada em evidências científicas.Vol.1São Paulo, Artes Médicas,pp.245-273

3. Sato H.(2000) Periodontal surgery: a clinical atlas. Japan, Quintessence Publishing

Figura 27- Poster de Cirurgia periodontal de aprofundamento do vestibulo

Anexo 2



Cirurgia Periodontal Plástica por Técnica de Tunelização para Recobrimento Radicular

Universidade Católica Portuguesa—Centro Regional de Viseu—Aprovação de Caso Clínico 2015-2016

Santos, A.¹; Rebelo, G.²; Marques, T.²; Sousa, M.²; Santos, N.²; Baptista, A.³

1—Estudante de Medicina, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu
2—Docente da Área Científica de Periodontologia da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu
3—Branco de Alca, docente de Cirurgia da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu

16

INTRODUÇÃO

Num periodonto saudável, a margem da crista alveolar encontra-se a, aproximadamente, 2mm da margem gengival, em relação à junção amelocementária.^[1] Quando a gengiva se encontra numa posição mais apical diz-se que estamos perante uma recessão, que pode ser definida pela retração apical da gengiva.^[1]

Estas lesões podem ser provocadas por técnicas traumáticas de escovagem, presença de placa e cálculos, movimentos ortodónticos, hábitos parafuncionais, trauma oclusal e doença periodontal. A prevenção será sempre o melhor tratamento, começando especialmente por uma correta técnica de higienização. Quando a lesão já está presente, é possível recorrer a técnicas de cirurgia plástica periodontal, usando enxertos de tecido conjuntivo.^[2] Um exemplo de técnica que pode ser usada, e com bons resultados pós-operatórios é a **técnica de tunelização** com



CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 25 anos, saudável. Não fumadora. Não medicada.

Diagnóstico periodontal: gengivite leve, com IP de 14,8% e BOP de 7,8% e **recessões classe I** de Miller, em todos os sextantes, por vestibular. No 3º sextante, perda de inserção gengival de 3mm no dente 23, 2mm no dente 24 e 1mm no dente 25.

Plano de Tratamento: Cirurgia plástica periodontal, através da técnica de tunelização, nos dentes 23 e 24 e Alongamento coronário por



A)



B)

Fig. 1. Fotografia pré-operatória. A) Recessão visível no dente 23. B) Indicação para alongamento coronário do dente 11.



A)



B)

Fig. 2. Fotografia pós-operatória. A) vista frontal. B) Local de remoção do enxerto.



A)



B)

Fig 4 - Controlo após uma semana. A) Antes da remoção dos dentes. B) Após remoção do dente 23.

CIRURGIA PERIODONTAL—TÉCNICA DE TUNELIZAÇÃO

Após administração de anestesia, realizaram-se incisões subculares nos dentes envolvidos, mantendo as papilas intactas, criando um túnel subperiósteo. Criou-se um retalho que se estendeu apicalmente, além da linha mucogengival. Na zona interdentária, o retalho foi estendido coronalmente à base das papilas. Nesta cirurgia, foi recolhido tecido conjuntivo subepitelial, no palato, devido à sua capacidade de

sobrevivência quando uma parte desse tecido enxertado permanece exposto.^[3]

O enxerto foi colocado no túnel subperiósteo. Foram realizadas suturas de forma a estabilizar os enxertos no retalho gengival, e suturas verticais na zona das papilas com fios de sutura 5-0 e 6-0. Na



Fig.5 - Controlo após 3 semanas

CONCLUSÃO

A técnica de tunelização descrita neste póster tem demonstrado bons resultados pós-operatórios, pois elimina a necessidade de incisões verticais, protege a altura posicional da papila, otimiza a vascularização e o tipo de retalho utilizado cria um ambiente mais favorável para a colo-



Fig.6 - Controlo após 6 meses

Bibliografia

1. T. BRINN. Color Atlas of Dental Medicine. Periodontology, 1st ed. H. RW, editor 2009. 512 p.

2. K. WTK. Fundamentals of Periodontics, 2nd ed 2003. 659 p.

3. D. SHGMS. The Tunnel Technique in the Periodontal Plastic Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recession Defects: A Review - See more at: Inside Dentistry, 2005;4(9).

Figura 28- Poster de Cirurgia plástica por técnica de tunelização para recobrimento radicular