



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Relatório de Atividade Clínica

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

Por

Daniela Filipa da Silva Soares

Viseu, 2015



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Relatório de Atividade Clínica

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

Por

Daniela Filipa da Silva Soares

Sob a orientação do Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Viseu, 2015

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Rui Amaral Mendes, orientador do presente Relatório de Atividade Clínica, pela disponibilidade, dedicação e empenho, pelo rigoroso espírito científico e académico e, acima de tudo, pela compreensão e retidão.

Agradeço à Mestre Filipa Santos pelo apoio prestado e incentivo à realização de um póster científico no âmbito do presente trabalho. Também, ao Mestre Tiago Marques por toda a ajuda prestada.

Agradeço aos meus pais por todo o carinho com que sempre me presentearam e por todo o apoio ao longo de toda a minha experiência académica.

Agradeço carinhosamente ao André, meu namorado, a quem nunca conseguirei retribuir ou agradecer o apoio incondicional no desenvolvimento do presente trabalho e ao longo do meu percurso académico.

Agradeço especialmente ao meu avô, Joaquim Dias da Silva e avó, Maria de Oliveira, pela constante preocupação e apoio. Sem eles não teria sido possível a concretização deste objetivo e fase da minha vida.

Agradeço à minha amiga Raquel Jorge e família pela força e incentivo em levar a cabo o objetivo de ser Médica Dentista.

Agradeço à Maria José Melo e Faro, pela disponibilidade e carinho constantes.

Agradeço aos meus colegas e amigos pela colaboração neste trabalho, pelo entusiasmo, ânimo, amizade e encorajamento em todos os momentos vividos ao longo deste percurso.

Agradeço com carinho aos meus amigos por todas as aprendizagens, pela coragem transmitida em palavras de força e pelo otimismo nos momentos mais difíceis.

Resumo

A Medicina Dentária visa não apenas o tratamento das diversas patologias que afetam o sistema estomatognático e as estruturas anexas, mas também a prevenção das mesmas. Neste contexto, afigura-se particularmente importante a adoção de medidas destinadas a promover a educação para a saúde, mas também a diminuir as ansiedades e fobias vividas em ambiente clínico as quais, não raras vezes, comprometem a demanda efetiva de cuidados de Saúde Oral.

Com efeito, na sociedade em que nos encontramos inseridos sabe-se que o medo e a ansiedade em relação à medicina dentária se colocam como fatores condicionantes do tratamento dentário interferindo assim, na condição psicológica do paciente. Estes pacientes recorrem ao Médico Dentista aquando do aparecimento de sintomatologia álgica, o que, devido à deterioração do estado de saúde da cavidade oral, poderá levar a um tratamento mais invasivo, mais desconfortável para o paciente e conseqüentemente, potenciador de maior ansiedade.

A relação médico/doente e a execução técnica são hoje questões particularmente atuais, porquanto deverão ser analisadas de acordo com o livre e crescente acesso às tecnologias, o qual pode conduzir a uma progressiva desumanização da prestação de cuidados médicos. Desta forma parece importante repensar a atividade médica à luz das teorias atuais de comunicação.

Este relatório de atividade clínica pretende descrever a realidade da população observada na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa nas diversas áreas disciplinares, refletindo, nesse mesmo contexto, sobre a comunicação como forma de minimização de estados de ansiedade tradicionalmente instalados na nossa população.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina Dentária, Deontologia, História Médica, Prevenção, Ansiedade, Stress, Comunicação, Comunicação não-verbal

Abstract

Dental Medicine does not only acts in the treatment of the stomatognathic system but also in the prevention of several diseases. Thereby, prevention is a valued resource, implemented to reduce diseases of the oral cavity, anxieties and phobias lived in a clinical setting since they often compromise the actual demand Oral Health Care.

In our society, it is known that fear and anxiety about dental practices arise as conditioning factors of dental treatment interfering in the psychological condition of the patient. These individuals resort to the dentist during the onset of painful symptoms which due to the deteriorating health of the oral cavity, lead to a more invasive and uncomfortable treatment for the patient and consequently cause more stress acting like an enhancer for greatest anxiety.

The relationship doctor/patient and the technical implementation issues are today notably current issues since they should be analyzed according a free access to the technologies which may lead to the dehumanization of medical care. Therefore, it is important to rethink medical activity in the light of present theories of communication as the issue of the dehumanization caused.

This clinical activity report aims to take notice at the reality of the population observed in the University Clinic of the Catholic University during the course of the several subject areas and establish a relation with communication as a way to minimize anxiety states, traditionally installed in our population.

KEY-WORDS: Dental Medicine, Deontology, Medical History, Prevention, Anxiety, Stress, Communication, Non-verbal Communication.

Índice

I. INTRODUÇÃO	- 1 -
II ENQUADRAMENTO TEÓRICO	- 1 -
2.1. ANSIEDADE DENTÁRIA	- 1 -
A. QUALIDADE DE VIDA E IMPACTO PSICOSSOCIAL	- 4 -
B. CONTROLAR A ANSIEDADE DENTÁRIA NA CONSULTA	- 5 -
C. ESCALAS DE MEDIÇÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA	- 7 -
2.2. COMUNICAÇÃO	- 9 -
A. MODELO DA COMUNICAÇÃO HUMANA	- 9 -
B. PERSPETIVAS DE INTERPRETAÇÃO DE MENSAGENS NÃO-VERBAIS	- 10 -
C. OS EFEITOS DOS GESTOS E DA POSTURA NA COMUNICAÇÃO	- 11 -
D. STRESS E CONFLITOS	- 12 -
E. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM MEDICINA DENTÁRIA	- 13 -
III. OBJETIVOS	- 17 -
IV. MATERIAIS E MÉTODOS	- 19 -
V. RESULTADOS	- 21 -
5.1. EXPOSIÇÃO DE DADOS GERAIS DOS ATOS CLÍNICOS	- 21 -
5.2. MEDICINA ORAL	- 25 -
ENQUADRAMENTO	- 25 -
EXPOSIÇÃO DE DADOS	- 25 -
5.3. CIRURGIA ORAL	- 27 -
ENQUADRAMENTO	- 27 -
EXPOSIÇÃO DE DADOS	- 28 -
5.4. PERIODONTOLOGIA	- 29 -
ENQUADRAMENTO	- 29 -
EXPOSIÇÃO DE DADOS	- 30 -
5.5. OCLUSÃO	- 33 -
ENQUADRAMENTO	- 33 -
EXPOSIÇÃO DE DADOS	- 34 -
5.6. ODONTOPEDIATRIA	- 35 -
ENQUADRAMENTO	- 35 -
EXPOSIÇÃO DE DADOS	- 36 -
5.7. PRÓTESE REMOVÍVEL	- 37 -
ENQUADRAMENTO	- 37 -
EXPOSIÇÃO DE DADOS	- 38 -
5.8. PRÓTESE FIXA	- 40 -

ENQUADRAMENTO	- 40 -
EXPOSIÇÃO DE DADOS	- 41 -
5.9. ENDODONTIA	- 42 -
ENQUADRAMENTO	- 42 -
EXPOSIÇÃO DE DADOS	- 43 -
5.10. DENTISTERIA OPERATÓRIA	- 44 -
ENQUADRAMENTO	- 44 -
EXPOSIÇÃO DE DADOS	- 44 -
5.11. CASOS DIFERENCIADOS	- 46 -
CIRURGIA DE UM DENTE 4.8 INCLUSO	- 46 -
CIRURGIA DE REGULARIZAÇÃO DE REBORDO ALVEOLAR E RECOBRIMENTO RADICULAR DO DENTE 2.5	- 52 -

VI. ATIVIDADE CIENTÍFICA - 57 -

6.1. METODOLOGIA DO ESTUDO DA ANSIEDADE DENTÁRIA	- 58 -
A. TIPO DE ESTUDO	- 58 -
B. AMOSTRA	- 58 -
C. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	- 58 -
D. INSTRUMENTOS	- 59 -
E. DADOS INDIVIDUAIS DO PACIENTE	- 59 -
F. COMPORTAMENTO INDIVIDUAL FACE AO TRATAMENTO DENTÁRIO	- 59 -
G. MEDO E ANSIEDADE DENTÁRIA- ADMINISTRAÇÃO E PONTUAÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS	- 60 -
6.2. RESULTADOS DA TEMÁTICA DA ANSIEDADE DENTÁRIA	- 61 -
6.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	- 61 -
6.2.2. CONSISTÊNCIA INTERNA DA MDAS E DFS	- 62 -
6.2.3. COMPORTAMENTO INDIVIDUAL FACE AO TRATAMENTO DENTÁRIO	- 64 -
6.2.4. ANÁLISE DAS ESCALAS MDAS E DFS	- 65 -
6.3 DISCUSSÃO DO PRESENTE ESTUDO	- 73 -
6.3.1. ESCALA DE MDAS E DFS- CONSISTÊNCIA INTERNA	- 73 -
6.3.2. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS COM O COMPORTAMENTO INDIVIDUAL FACE AO TRATAMENTO DENTÁRIO	- 74 -
6.3.3. ESCALAS MDAS E DFS	- 74 -
6.3.4. RESULTADOS POR GÊNERO DA MDAS E DFS	- 77 -
6.3.5. MDAS E DFS POR EXPERIÊNCIA TRAUMATIZANTE EXPERIMENTADA NUM CONSULTÓRIO DE MEDICINA DENTÁRIA (SIM/NÃO)	- 78 -
6.3.6. MDAS E DFS POR CONHECIMENTO DE ACIDENTE GRAVE NUM CONSULTÓRIO DE MEDICINA DENTÁRIA (SIM/NÃO)	- 79 -
6.3.7. ANSIEDADE E ESCOLARIDADE	- 79 -

VII. DISCUSSÃO - 81 -

7.1. HÁBITOS TABÁGICOS- CONSIDERAÇÕES GERAIS	- 82 -
7.2. RELAÇÃO ENTRE TABACO COM HIPERTENSÃO, COLESTEROL E DEPRESSÃO	- 82 -
7.3. ANÁLISE DA DOENÇA PERIODONTAL RELATIVAMENTE AOS ATOS CLÍNICOS REALIZADOS	- 85 -
7.4. ANSIEDADE- COMUNICAÇÃO OU CONTRIBUTO FARMACOLÓGICO?	- 88 -

7.5. ANSIEDADE DENTÁRIA- ESTUDO PILOTO NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA	- 89 -
VIII. CONCLUSÃO	- 91 -
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 93 -
ANEXOS	- 103 -
ANEXO I	- 103 -
TRABALHO CIENTÍFICO: XXXVII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRIA, COM O TÍTULO “CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA. REVISIÓN Y RELATO DE UN CASO.”	- 103 -
ANEXO II	- 107 -
IX JORNADAS DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, COM O TÍTULO “TÉCNICA CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY <i>VERSUS</i> RAO X PERIAPICAL: ESTUDO PRELIMINAR”.	- 107 -
ANEXO III	- 111 -
CONSENTIMENTO INFORMADO E INQUÉRITOS REALIZADOS NO ÂMBITO DA ANSIEDADE DENTÁRIA	- 111 -

Índice de Figuras

- Figura 1.** Interações que podem desencadear ou modificar a ansiedade dentária, por Hmud, R., Walsh, L. J. em Dental Anxiety- Causes, complications and management approaches, 2009 _____ - 2 -
- Figura 2.** Estratégias de tratamento nas formas leves de ansiedade face ao tratamento dentário, por De Jongh, A., Adair, P., Meijerink-Anderson, M., Clinical Management of dental anxiety: What works for whom?, 2005. ____ - 5 -
- Figura 3.** O Modelo de Comunicação de Tubbs, por Tubbs, S T, Moss, S. Human Communication, 2000. _____ - 10 -
- Figura 4.** Ortopantomografia da paciente submetida a Exodontia do dente 4.8. _ - 47 -
- Figura 5.** Raios-x periapicais do dente 4.8. _____ - 47 -
- Figura 6.** Raízes do dente 4.8. Uma raiz distal recta e em mesial, duas raízes fusionadas. _____ - 48 -
- Figura 7.** Descolamento do Retalho da cirurgia do dente 4.8. _____ - 49 -
- Figura 8.** Dente 4.8 extraído, com odontosecção. _____ - 50 -
- Figura 9.** Alvéolo após exodontia do dente 4.8. _____ - 50 -
- Figura 10.** Sutura realizada após exodontia do dente 4.8. Ponto cruzado a distal do 4.7 e sobre o retalho e interpapilar a distal do 4.6. _____ - 51 -
- Figura 11.** Fotografia intra-oral pré-operatória onde é possível observar a irregularidade do rebordo alveolar juntamente com a recessão do dente 2.5.- 52 -
- Figura 12.** Sutura da área cirúrgica onde foi realizada a técnica de incisão em cunha distal. _____ - 55 -
- Figura 13.** Controlo pós-cirúrgico a 10 semanas. _____ - 55 -
- Figura 14.** Exemplo de uma Periodontite Crónica Leve Generalizada e Moderada Localizada no 5ºQ. _____ - 85 -

Índice de Tabelas

Tabela 1. Tabela com a descrição do tipo de trabalho realizado e o número de actos, à área de Prótese Removível enquanto operador e assistente. ____	- 39 -
Tabela 2. Tabela com a descrição do tipo de trabalho realizado e o respetivo número de atos, à área de Prótese Fixa enquanto operador e assistente.	- 41 -
Tabela 3. Discriminação do tipo de trabalho realizado a Dentisteria Operatória e o respetivo material utilizado. _____	- 45 -
Tabela 4. Propriedades Psicométricas da MDAS. _____	- 63 -
Tabela 5. Propriedades Psicométricas do DFS. _____	- 63 -
Tabela 6. Comportamento Individual face ao Tratamento Dentário. ____	- 64 -
Tabela 7. Distribuição das respostas da MDAS. _____	- 66 -
Tabela 8. Distribuição das respostas do DFS _____	- 67 -

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Atos representativos de todas as áreas disciplinares do Binómio, como Operador e como Assistente. _____	- 21 -
Gráfico 2. Distribuição dos pacientes por Sexo atendidos pelo Binómio, enquanto Operador e enquanto Assistente. _____	- 22 -
Gráfico 3. Distribuição dos pacientes por Idade. _____	- 22 -
Gráfico 4. Hábitos tabágicos dos pacientes atendidos pelo Binómio. _____	- 23 -
Gráfico 5. Pacientes Fumadores e Não Fumadores, Com e Sem Hipertensão, Com e Sem Colesterol. _____	- 23 -
Gráfico 6. Pacientes Fumadores e Não Fumadores, Homens e Mulheres, Com e Sem Hipertensão, Com e Sem Depressão. _____	- 24 -
Gráfico 7. Registo da medicação para Hipertensão, de Antidislipidémico e Ansiolítico para todos os pacientes atendidos pelo binómio. _____	- 24 -
Gráfico 8. Atos Clínicos a Medicina Oral. _____	- 26 -
Gráfico 9. Atos clínicos a Cirurgia Oral. _____	- 28 -
Gráfico 10. Atos clínicos a Periodontologia. _____	- 31 -
Gráfico 11. Doença Periodontal presente nos pacientes atendidos pelo Binómio. _____	- 31 -
Gráfico 12. Valor médio de Índice de Placa e <i>Bleeding on Probing</i> para higiene oral 1, 2 e 3 vezes ao dia. _____	- 31 -
Gráfico 13. Valor médio de Índice de Placa e <i>Bleeding on Probing</i> para Fumadores e Não Fumadores. _____	- 32 -
Gráfico 14. Atos clínicos a Oclusão. _____	- 34 -
Gráfico 15. Atos realizados a Odontopediatria. _____	- 36 -
Gráfico 16. Atos realizados a Prótese Removível. _____	- 38 -
Gráfico 17. Atos realizados a Prótese Fixa. _____	- 41 -
Gráfico 18. Actos realizados a Endodontia. _____	- 43 -
Gráfico 19. Atos realizados a Dentisteria Operatória. _____	- 45 -
Gráfico 20. Distribuição do nível de escolaridade _____	- 62 -
Gráfico 21. Resultados Globais da MDAS e do DFS. _____	- 69 -
Gráfico 22. Resultados por género da MDAS e do DFS. _____	- 70 -
Gráfico 23. Resultados da MDAS e do DFS por experiência traumatizante (Não/Sim). _____	- 71 -
Gráfico 24. Resultados da MDAS e do DFS por conhecimento de acidente grave num consultório de Médico Dentista (Não/Sim). _____	- 72 -
Gráfico 25. Resultados da MDAS e do DFS relacionando a ansiedade e o nível de escolaridade. _____	- 73 -

Abreviaturas

DAS- Dental Anxiety Scale

DBMP- Dental Behaviour Management Problems (problemas de controlo de comportamento)

SF36v2®- Short Form Health Survey, 36 itens, versão 2

OHIP-14- The Oral Health Impact Profile- 14

ART- Tratamento Restaurador Atraumático

MDAS- Modified Dental Anxiety Scale

DAI- Dental Anxiety Inventory

DFS- Dental Fear Survey

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

M- Média

DP- Desvio-padrão

p- valor de significância

I. Introdução

Ao longo do percurso académico no curso de Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa foi-nos sempre inculcida uma visão multidisciplinar orientando os discentes para o que é o contexto clínico. Desta forma, houve sempre uma atenção dirigida para a relação entre saúde e sociedade oferecendo uma visão global em que interagem as áreas da Medicina e Medicina Dentária tanto na prevenção quanto no tratamento das patologias.

O código moral, ético e deontológico inculcido ao longo do percurso académico permite assegurar competências no desempenho da profissão através de um conjunto de diretrizes na prestação de melhores cuidados de saúde oral à população.

Para o correto desempenho da sua função é primordial a compreensão e conhecimento da história médica e médico-dentária da pessoa. Desta forma, o papel da anamnese é fundamental na clarificação da saúde geral e oral do paciente evitando ações negligentes sendo essencial para o sucesso do tratamento. Com a aquisição de todas as informações do paciente tem-se conhecimento das suas limitações pelo que será possível dirigir a prestação de cuidados corretamente. Nesta fase saber-se-á orientar um bom plano de tratamento o que conseqüentemente, leva a um melhor prognóstico. ¹

Um aspeto também ele fundamental, é a aquisição de informação relativamente à profissão, história médica e médico-dentária familiar, hábitos de higiene e outros e a idade, o que vai permitir tirar ilações acerca do estatuto sócio-económico e da predisposição a certas patologias. ¹

Uma vez falando em cuidados de saúde torna-se imprescindível mencionar os cuidados preventivos em saúde. A prevenção é um aspeto indispensável ao exercício da profissão dado que "prevenir é sempre mais fácil que tratar" (OMD, 2013). Os pacientes que recorrem às consultas de Medicina Dentária devem estar conscientemente motivados ao correto exercício da higiene oral. Após atingir este patamar em que os pacientes se encontram corretamente

esclarecidos e se sentem bem acompanhados, mais próximo estará o profissional do controlo das patologias orais com maior prevalência.²

Tradicionalmente está incutido na nossa sociedade que a consulta e tratamento dentário produzem dor intensa pelo que a população demonstra grande desconforto potenciando sensações de medo e ansiedade. Apesar da evolução da área da saúde em busca da perfeição técnica a par com a minimização do desconforto do paciente investindo na eficiência e qualidade dos tratamentos, está muito enraizada a pré-conceção de experiências dolorosas a serem vivenciadas quando na consulta de Medicina Dentária, basta atentar à frase do autor William Shakespeare, "*Até hoje não houve filósofo que padecesse pacientemente uma dor de dentes*".

Segundo os pressupostos de que os procedimentos dentários ditam desconforto que se apresenta sob a forma de angústia e receio no paciente, gera-se um comportamento cíclico uma vez que a prevenção não ocorre da forma desejada, a diminuição da saúde oral vai-se sobrepondo o que ditará tratamentos mais invasivos, desconfortáveis e dolorosos. Desta forma, o receio aumenta e conseqüentemente, afasta o doente do consultório completando-se assim, o ciclo. Vários autores concluem que as diferentes populações ocidentais apontam para a prevalência de ansiedade dentária elevada na população em geral.^{3 4}

Pela revisão efetuada, estudos afirmam que 6% da população evita completamente a consulta de Medicina Dentária e só recorre a tratamento apenas quando surgem sintomas dolorosos, edemas ou fístulas.⁵ Foi ainda mencionado o medo como principal fator para os britânicos não frequentarem o médico dentista.⁶

De acordo com esta realidade e pela experiência adquirida na prática clínica da Universidade Católica Portuguesa pelo contacto com os pacientes, é possível constatar diversas situações reais de episódios de receio, apreensão e tensão. Quer pelos relatos de temor dos próprios pacientes quer pela interpretação de gestos ou olhares, constata-se que a submissão ao tratamento dentário gera sentimentos de *stress*, ansiedade, medo e fobia.

O século XXI apresenta-se como a "Era da Comunicação". Foi necessário assistir ao tremendo desenvolvimento das tecnologias de informação e à sua

influência sobre nós para nos apercebermos disso. Desta forma, *Comunicação* surge como palavra de ordem nas várias esferas da ciência e filosofia.⁷

Comunicar permite-nos ter o mundo nas mãos; comunicação é a palavra-chave para a vida em geral, nas diversas áreas, no comércio, na representação, na arte, nos sentimentos e, entre outras, na Medicina em que se valoriza a formação de várias relações evidenciando a relação médico-paciente e colocando de parte a impessoalidade do ato médico. Comunicar em Medicina é pois, um processo dualista e bidirecional de forma a estabelecer uma relação interpessoal entre o médico e paciente, uma vez que ambos são interessados do sucesso terapêutico.⁸

No entanto, a comunicação humana não é apenas verbal. Há os gestos, o olhar, a postura, contacto corporal, o próprio ambiente que constituirão a "comunicação não-verbal".

Nos anos 50 formou-se uma corrente paralela aos estudos linguísticos e semânticos da comunicação verbal. Esta corrente foi denominada por "Escola de Palo Alto", liderada por Bateson e focou-se nos processos de comunicação em processo nascente- quando possível, fossem povos primitivos, animais, grupos marginais ou pessoas comuns. Trata-se pois, de um processo de comunicação inconsciente e que parece preceder ou mesmo dirigir, a comunicação verbal. O objeto desta forma de comunicação é a interação entre todos os seres vivos e que inclui a sua relação.⁷

A comunicação não-verbal é caracterizada pela ausência de regras de codificação e portanto classificada como analógica. O facto desta forma de comunicação não ser pontuada significa que não se sabe onde acaba um signo (que são convencionados) e onde começa o outro e daí ser possível afirmar que se trata de uma comunicação contínua e portanto, analógica. A interpretação da forma analógica irá depender da disposição do recetor e do modo como ele pontua as mensagens.⁷

Parece premente refletir então acerca da proxémia, da distância entre os intervenientes. Sabe-se que existem quatro espaços plausíveis para gerir a relação. O espaço íntimo, cujo limite são 40 centímetros, só deve ser utilizado em relações de proximidade; o espaço interpessoal, entre 1 metro e 40 centímetros, com pouca intimidade; espaço social que mantém distâncias entre os 2 e 3 metros em relacionamentos rigorosos; e por fim, o espaço público

superior a 4 metros. A consulta médica decorre no segundo, em que o médico tenta não invadir o espaço íntimo. ⁹

A Medicina Clínica é uma prática que decorre no âmbito da comunicação interpessoal. Assenta na semiologia médica e valoriza a relação médico/doente em detrimento da impessoalidade da ação técnica. O papel do médico remonta aos tempos mais antigos da humanidade. Não é difícil perceber que ele se ajusta ao papel de dar segurança às pessoas que constituem uma comunidade. O médico terá seis atitudes a adotar em interação com o doente e que se manifestam explicitamente na resposta a dar aos seus lances verbais, uma atitude de avaliação, de orientação, de apoio, interpretação, exploração e de compreensão empática. ⁷

De forma a compreender o papel do médico, as funções deste reportam à perceção de sinais e sintomas, avaliação das queixas, compreensão das mesmas e execução da forma terapêutica. Segundo Pio Abreu (1998), o médico é tradicionalmente, assumido com o papel de "pai dedicado" sendo este o papel que o doente solicita. O médico pode apresentar-se crítico, protetor, informativo, executivo e animador evitando dependência, infantilidade e egocentrismo do paciente. ⁷

Em relação ao papel do doente, segundo o mesmo autor, este é tradicionalmente caracterizado pelo papel de "criança adaptada". Em caso de doença, o paciente toma atitude de redução de horizontes, egocentrismo e dependência, sendo este conjunto de atitudes os que levam à infantilização do paciente que solicita o "pai", o médico. Fora deste contexto de fragilidade, é impreterível que o médico se abstenha desta sua posição de onipotência patriarcal e que o próprio paciente se dirija ao "Eu" tornando a sua personalidade mais saudável podendo assim, desempenhar papéis ativos na sua vida, sociedade e mesmo no sistema de saúde. ⁷

II Enquadramento Teórico

2.1. Ansiedade Dentária

A ansiedade dentária é um conceito que levanta várias questões e discussões controversas. Existe dificuldade em considerar a ansiedade dentária enquanto síndrome ou enquanto indivíduos normais que desenvolvem comportamentos de aversão aos tratamentos dentários.¹⁰ A ansiedade pode ser considerada um estado emocional que ajuda a que o indivíduo normal recorre para se defender contra eventuais ameaças, deficiências da ansiedade e onde ocorre desregulação destes mecanismos de defesa.¹¹

A ansiedade dentária apresenta uma definição complexa pelo facto de apresentar um carácter causal multifatorial. Com base na literatura, são vários os fatores associados à ansiedade dentária como sejam, as experiências vividas na infância, a influência por familiares e conhecidos, experiências traumáticas vividas no consultório dentário bem como, aquelas que demonstrem a presença de sangue e as características individuais de cada um.¹¹

Existem diversos estudos a relacionar o grau de ansiedade dentária com a urgência dentária e a dor.^{4 12} Contudo, estudos longitudinais concluem que a ansiedade dentária diminui com a idade considerando que são poucos os estudos que apresentam forte correlação entre ansiedade dentária e a idade. Quanto ao género, existem elevadas prevalências em pacientes do sexo feminino e no que respeita à educação e rendimento, existem dados que revelam maior ansiedade dentária associada a baixos rendimentos e níveis de educação.¹¹

Esta complexidade do fenómeno da ansiedade dentária está intimamente relacionada com aspetos internos do indivíduo, o contexto em que se encontra e o momento de atendimento e tratamento dentário. Nestes aspetos, as experiências vividas anteriormente são determinantes na ansiedade do indivíduo.¹³

A problemática da ansiedade dentária envolve as alterações fisiológicas, comportamentais, convicções e pensamentos relativamente aos tratamentos. Os pensamentos dos indivíduos *a priori* são sempre mais negativos do que aqueles experimentados ao longo da consulta. Ainda, os pacientes mais ansiosos esperavam uma dor superior àquela realmente sentida e necessitavam de mais tempo de cadeira comparativamente aos indivíduos com baixa ansiedade. Os pacientes sobrestimam a dor antes dos tratamentos dentários bem como, a dor quando relembram os tratamentos realizados. ¹¹

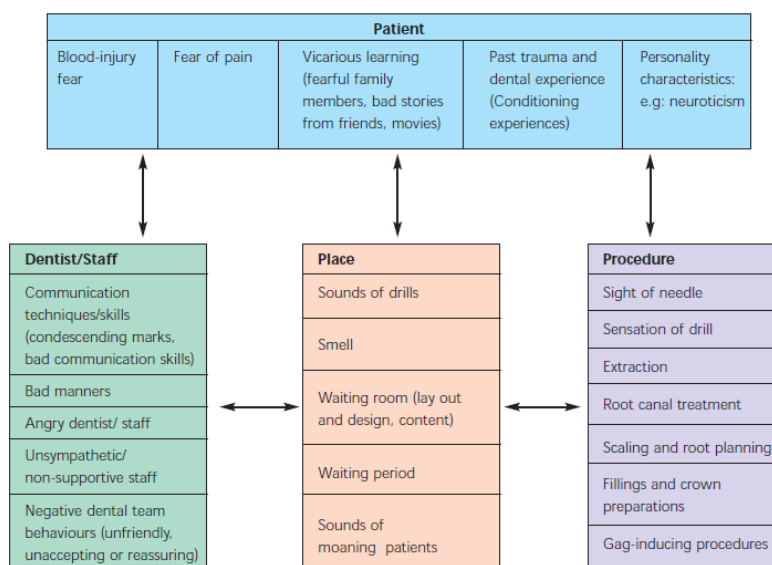


Figura 1. Interações que podem desencadear ou modificar a ansiedade dentária, por Hmud, R., Walsh, L. J. em *Dental Anxiety- Causes, complications and management approaches*, 2009

Pela análise da literatura, os procedimentos que potenciam ansiedade são os de dentisteria devido à visualização, ruído e vibração dos instrumentos rotativos bem como, a visualização e sensação da injeção da anestesia. ¹¹ O medo que advém da injeção da anestesia local promove que o paciente não recorra à consulta de medicina dentária. Nas cirurgias orais realizadas em ambulatório, os indivíduos revelam dor durante a anestesia em 15% dos casos e aqueles pacientes que realizam raspagem e alisamento radicular afirmam que a dor da anestesia local é superior à do tratamento periodontal. Segundo o mesmo artigo, o bloqueio do nervo alveolar inferior apresenta-se como a técnica que envolve mais dor sendo seguida por injeção no ligamento periodontal. O bloqueio do nervo mentoniano e a anestesia infiltrativa demonstraram respostas semelhantes quanto à sensação de dor. ¹³

Além destes fatores, o autor menciona a importância da interação médico-paciente assim como, o discurso tido com o paciente. O facto de o profissional assumir determinados comportamentos negativos, promove o aumento de ansiedade no paciente. Pelo contrário, uma comunicação eficaz terá um papel relevante em reduzir a ansiedade através do conforto verbal mas também, através de métodos não-verbais como, olhares, expressões corporais e atitudes que transmitam tranquilidade e segurança. ¹⁴

O tempo de espera foi referido como fator gerador de ansiedade por aumentar o tempo em que o paciente está a refletir acerca de possíveis ocorrências na consulta, assim como, no pior resultado possível da consulta. ¹¹

Os tratamentos mais invasivos, nomeadamente, dentisterias, exodontias, cirurgia periodontal, reabilitação com prótese fixa e endodontias, foram associados aos procedimentos mais suscetíveis de causar dor. O que não significa que a dor não esteja presente nos tratamentos não invasivos como revela uma amostra de adultos jovens em que 25% referiram sentir dor intensa em algum momento dos cuidados dentários como profilaxia e remoção de cálculo supragengival. ¹³

É possível classificar as pessoas que sofrem de ansiedade quanto à sua origem, em dois grandes grupos. O grupo exógeno relativamente às experiências diretas. Estas envolvem experiências negativas envolvendo o *setting* clínico, sob a forma de dor, susto ou interação negativa entre o dentista e o paciente. Os estereótipos, crenças veiculados pelos meios de informação em jornais e outros, podem também, conduzir a comportamentos de imitação. Nas experiências indiretas, está incluída a generalização dos estímulos de um outro contexto, as sensações de impotência e a sensação de perda de controlo. Por fim, o grupo endógeno que engloba as pessoas com distúrbios ansiosos evidenciados por diversos medos e vulnerabilidades e ansiedade generalizada. ¹⁵

Não descurando as crianças e adolescentes, muitos estudos são levados a cabo no sentido de determinar o papel do medo dentário em relação aos problemas de controlo de comportamento, DBMP. Neste sentido, algumas crianças são capazes de cooperar perante situações potencialmente stressantes como a ida ao Médico Dentista, ao passo que outras, são mais

vulneráveis a medos e impulsos e portanto, mais propensas a sintomas emocionais e comportamentais.¹⁶

No estudo referido, as características pessoais das crianças que interferem com os problemas de controlo de comportamento, DBMP, são o medo dentário, problemas de ansiedade, problemas comportamentais sendo o medo dentário a variável consistente em todas as amostras.¹⁶ As raparigas demonstraram uma capacidade inferior em resistir ao apoio paternal como meio regulador de emoções o que pode sugerir que é mais importante para as raparigas a presença paternal enquanto regulador emocional e no caso dos rapazes, é crucial a situação dentária em que se encontram. Resumindo, o medo dentário é uma forma de predizer os problemas de controlo de comportamento, DBMP, uma vez que, estes apresentam valores significativamente superiores no medo e ansiedade, aspetos comportamentais e reações temperamentais quando comparados em pacientes da mesma faixa etária.¹⁶

Desta forma, há que considerar as crianças e adolescentes como tendo uma grande variedade de personalidades, necessidades especiais, históricos familiares e situações diárias. Cada um, é único e oferecer cuidados requer conhecimentos e atenção especial por parte do profissional uma vez que é um direito da criança, independentemente da sua história.

A. Qualidade de Vida e Impacto Psicossocial

A qualidade de vida é um fator de extrema importância ao tratamento dentário uma vez que um bom atendimento e tratamento influenciarão a qualidade de vida do indivíduo. Segundo vários autores a ansiedade dentária resulta numa má higiene oral e portanto, condicionará a qualidade de vida dos indivíduos. Um estudo realizado na Holanda revelou um elevado impacto da ansiedade dentária na rotina diária bem como, no sentimento de felicidade dos indivíduos participantes o que permite inferir acerca desta variável no contexto psicossocial do indivíduo. Com a aplicação do questionário DAS (versão holandesa da Escala de Ansiedade Dentária), o S-DAS (versão holandesa do inventário de ansiedade dentária), SF36 v2 e o OHIP-14, conclui-se que os pacientes abandonaram os tratamentos dentários por longos períodos de

tempo o que gerou degradação da saúde oral, tendo conseqüentemente grande impacto psicológico e social devido aos sentimentos de vergonha, incerteza, medo e dor face ao tratamento. ¹⁵

Uma vez evitando as consultas ocorrerão graves conseqüências na saúde oral dos pacientes pelo que mais tratamentos invasivos serão necessários tais como, exodontias, endodontias e outros procedimentos cirúrgicos, o que poderá ter grande impacto na estabilidade emocional dos mesmos. Por estas razões é necessário avaliar a capacidade de cooperação e de motivação do paciente de forma a avaliar a própria taxa de sucesso do tratamento de reabilitação. Acrescentando à informação última, está a avaliação da presença de outros sintomas psiquiátricos que possam comprometer a atuação do profissional e a eventual necessidade de ter que ser encaminhado para serviços de psicologia e psiquiatria de forma a adquirir a devida terapêutica. ¹⁷

B. Controlar a Ansiedade Dentária na Consulta

Existem técnicas específicas para a redução da ansiedade bem como, um acompanhamento com terapêutica farmacológica e o ensinamento de estratégias de colaboração.

Table 1 Treatment strategies for mild forms of anxiety about dental treatment

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. General attitude and the application of a general anxiety reducing treatment style<ul style="list-style-type: none">• providing trust• providing realistic information• providing control• applying a high level of predictability2. Specific pharmacological support<ul style="list-style-type: none">• pre-medication policy• nitrous oxide sedation3. Teaching coping strategies<ul style="list-style-type: none">• distraction• relaxation• hypnosis |
|---|

Figura 2. Estratégias de tratamento nas formas leves de ansiedade face ao tratamento dentário, por De Jongh, A., Adair, P., Meijerink-Anderson, M., Clinical Management of dental anxiety: What works for whom?, 2005.

É primordial o estabelecimento de uma relação de confiança de forma a reduzir a ansiedade de forma que o paciente confie num tratamento seguro, haja reconhecimento dos seus sentimentos de ansiedade e de que tenha convicção no facto de nada se fazer contra os seus desejos. Conceder todos os factos

desagradáveis do tratamento antes da execução, explicações completas, instruções segundo o modelo *tell-show-do*, aplicar a anestesia local de forma eficaz, vão oferecer ao indivíduo previsibilidade e segurança.¹⁷

A eficácia no tratamento de pacientes com ansiedade dentária está no ensino de estratégias de controlo de *stress* e controlo emocional sendo importante colaborar com distrações mencionando que deve focar a atenção na sua respiração abdominal, ouvir a música favorita, ter informação visual disponível, resolver um jogo, entre outros. Estudos demonstraram que focando num aquário é um facto gerador de redução da ansiedade quando comparado a uma imagem.¹⁷

No controlo da ansiedade durante a consulta é importante recorrer a uma abordagem multifacetada tendo em conta o tipo de paciente que se apresenta na consulta quanto à idade, ao grau de cooperação e à história médica e dentária. No entanto, o médico-dentista deve assumir uma postura calma, amigável, que ofereça apoio moral, que haja prevenindo a dor e trabalhe de forma eficiente. Estes são fatores que contribuem para a redução da ansiedade.¹¹

Nesta redução da ansiedade é importante recorrer a processos de comunicação que apoiem sistematicamente o indivíduo, tidas por toda a equipa que interage com o paciente; a terapia de relaxamento que favorece a confiança oferecendo sensação de auto-controlo. Uma forma de alcançar este relaxamento é através de uma respiração profunda em que a inspiração deve demorar cerca de 5 segundos e só depois deve ocorrer a expiração ao passo que vão sendo passadas imagens e transmitidas palavras de forma tranquila. A criação de distrações como imagem a três dimensões e que exijam algum processamento cognitivo especialmente imagens que transmitam sensações positivas, contribuem para a redução da ansiedade do paciente.¹¹

Apesar da terapia cognitiva-comportamental se ter demonstrado eficaz no controlo da ansiedade e fobia dentária, as taxas daqueles indivíduos que evitam as consultas de Medicina Dentária baixaram ligeiramente por serem apesar de tudo, pouco utilizadas estas técnicas. Contudo, a sua prevalência permanece elevada.¹⁸

Uma vez que o tratamento em dentisteria operatória é um dos tratamentos mais irritativos para o paciente devido aos procedimentos requeridos na

preparação da cavidade, às vibrações do instrumental e ao tempo de cadeira necessário, foram criados novos métodos que reduzem a inquietação por parte do paciente procedendo de acordo com o tratamento restaurador atraumático, ART, que não recorre a instrumental rotativo mas a técnicas por abrasão, mecânico-químicas, para a remoção de cárie e lasers de infra-vermelhos.¹¹

As intervenções cognitivas-comportamentais podem ser praticadas pelos profissionais com sucesso. Técnicas cognitivas, de relaxamento e o fornecimento da informação detalhada acerca do tratamento médico-dentário tendem a aumentar a sensação de controlo por parte do paciente e consequentemente levar a uma redução da ansiedade e fuga da consulta. Sendo que, a sua taxa de sucesso é potenciada ao ser combinada com a exposição aos fatores geradores de ansiedade.¹⁹

A sedação consciente deverá permitir um estado de relaxamento adquirido rapidamente para o intervalo de tempo desejado de forma que o paciente retorne ao seu estado normal. No caso de pacientes com crises de ansiedade severa e pouco colaborantes, deve ser preconizada uma anestesia geral.¹¹

Pela literatura é possível concluir que não são congruentes os resultados obtidos quanto às taxas de adesão a estas intervenções sendo que, muitos basearam a sua análise estatística numa amostra que constava apenas daqueles que levavam a cabo o tratamento. Uma vez que os que levam o tratamento a cabo com estas intervenções e aqueles que aderiam às mesmas é desigual tal como, o protocolo de tratamento, torna-se necessário recorrer a diferentes técnicas de análise estatística.¹⁹

C. Escalas de Medição da Ansiedade Dentária

Tendo em consideração a elevada importância em determinar a fonte ou causa de ansiedade dentária ao paciente recorre-se a escalas de avaliação. Contudo, existe grande polémica devido à complexidade e multiplicidade do conceito de ansiedade somando às diferentes interpretações pelos diferentes autores. Não obstante, a medição da ansiedade é essencial de forma que, o paciente obtenha um diagnóstico e tratamentos o mais completos possíveis.¹⁰

Desta forma, a medição da ansiedade pode ser realizada de forma subjetiva (impressão clínica global do estado do paciente por meio de uma entrevista não direcionada), sistemática (por meio de questionários), focal (preocupa-se apenas com um fator gerador de ansiedade), não objetiva (através de métodos projetivos), semi-objetiva (através de questionários onde é possível quantificar sintomas específicos) e objetiva (recorrendo a variáveis psicológicas, cardiovasculares, respiratórias, músculo-esqueléticas).²⁰ Foram agrupadas em três categorias, as medidas de avaliação da ansiedade dentária, de avaliação fisiológica (pela monitorização contínua de parâmetros fisiológicos que apresentam custos elevados), de avaliação comportamental (mais frequentemente em crianças em que se parte do pressuposto que a ansiedade é demonstrada pela não-cooperação da criança na consulta e pela postura rígida no adulto sendo difícil de aplicar por ser simples esconder as emoções com a sua realização), e em medidas de auto-avaliação (consistindo em entrevista ou questionário em que a recolha de dados é rápida e permite maior flexibilidade na sua análise).²¹

A *Dental Anxiety Scale* (DAS) é uma escala de cinco pontos com quatro itens caracterizadores da consulta de medicina dentária em que o indivíduo assinala a resposta com a qual se identifica. Este é a forma mais utilizada no estudo da problemática da ansiedade dentária pela sua aplicabilidade e por ser a primeira forma de medição a ser publicada. Contempla comportamentos subjetivos do paciente aquando da ida ao consultório, à espera na sala e à espera do tratamento na cadeira.^{22 23}

A *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) surge com o intuito de corrigir incongruências da DAS acrescentando ao questionário um quinto item que menciona a aplicação da injeção do anestésico local que é um fator potenciador de ansiedade. Este questionário uniformiza também as respostas numa escala de cinco pontos que varia entre o "nada ansioso" ao "extremamente ansioso" em que a ansiedade dentária passa a ser medida de uma forma unidimensional e ordinal.^{22 24}

Dental Anxiety Inventory (DAI) é uma escala tipo-Likert de 5 pontos distribuídos por 36 itens relacionadas com situações provocadoras de medo na consulta dentária através da faceta tempo, faceta situação e faceta reação.²² O tema central da ansiedade dentária é expresso em antecipação.²¹

A escala *Dental Fear Survey* (DFS) trata de 5 pontos distribuídos por 20 itens medindo a ansiedade dentária em três fatores que se resumem a evitar tratamentos dentários, sintomas somáticos da ansiedade e ansiedade provocada por estímulos dentários.^{25 21} Nesta escala, os itens 1 a 2 estão direcionados para o evitamento da consulta; quanto aos itens 3 a 7, estes dizem respeito à auto-percepção de ativação fisiológica durante a consulta de Medicina Dentária; os itens 8 a 19, focam-se na medição do medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e procedimentos específicos e o item 20 fornece uma classificação geral do medo do indivíduo pela consulta de medicina dentária.²¹

2.2. Comunicação

"Comunicar" deriva da palavra do latim *comunicare* cujo significado se caracteriza pela "troca de informações entre indivíduos através da fala, da escrita, de um código comum, ou do próprio comportamento", é a "capacidade de entendimento entre as pessoas através do diálogo", "tornar comum", "partilhar algo".^{26 27 28}

A comunicação tem sido descrita como "a partilha de experiências" podendo até afirmar-se que, de certa forma, todos os organismos vivos podem experienciar. A comunicação humana é única no sentido em que existe a capacidade de criar símbolos que permitem, ao ser humano partilhar experiências de forma indireta. Um símbolo é definido como "algo que é usado para representação de algo mais". Até então, a comunicação humana é parcialmente caracterizada pelo "processo de criar significado entre duas ou outras pessoas".²⁹

A. Modelo da Comunicação Humana

O processo de comunicação está em constante mutação pelo que, considera-se importante encontrar um sistema ou modelo que descreve o respetivo processo. Este pode ser tido como um "fotograma de um filme", isto é, uma

pausa de um processo que se tem como contínuo. Trata-se pois, de um meio para a exemplificação das várias partes envolvidas.²⁹

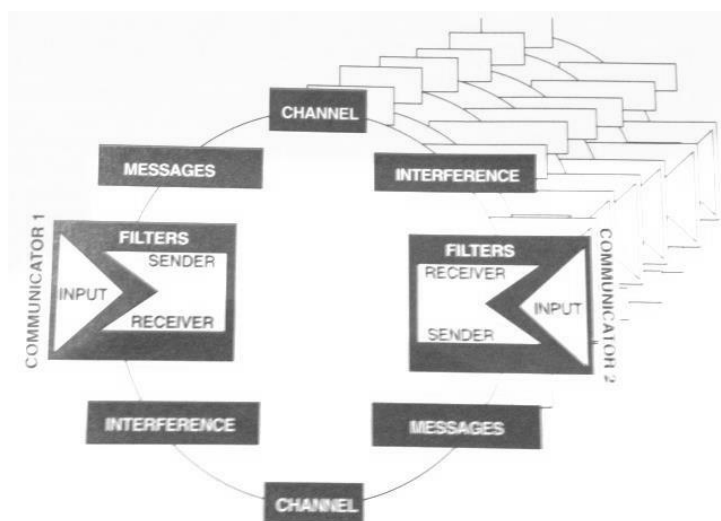


Figura 3. O Modelo de Comunicação de Tubbs, por Tubbs, S T, Moss, S. Human Communication, 2000.

O modelo descreve um evento básico de comunicação entre dois indivíduos. Desta forma, tem-se o Comunicador 1 (transmissor/recetor) e o Comunicador 2 (recetor/transmissor) em que ambos são fontes de comunicação sendo que cada um origina e recebe mensagens simultaneamente. Ambas as partes são influenciadas mutuamente, ou seja, o Comunicador 1 poderá transmitir uma mensagem e o Comunicador 2 será a primeira pessoa que recebe o estímulo. No entanto, a maioria das comunicações diárias ocorre de forma espontânea e menos estruturada pelo que estes papéis surgem sobrepostos.²⁹

B. Perspetivas de Interpretação de Mensagens Não-Verbais

Como definição literal de comunicação não-verbal tem-se que é uma forma de comunicação sem recurso à palavra. Contudo, esta é uma definição simplificada uma vez que, a palavra escrita é considerada "verbal" apesar de não ser acompanhada de um som. Esta definição torna-se inadequada e incorreta ao passo que temos conhecimento da complexidade do comportamento comunicacional.³⁰

Distinguindo verbal de não-verbal e oral de não-oral, obtêm-se quatro modelos de comunicação. Tem-se a comunicação Verbal/Oral que se refere à comunicação através da palavra falada; comunicação Verbal/Não-oral em que está envolvida a palavra não-falada; Comunicação Oral/Não-verbal, associada a vocalizações; o quarto tipo de comunicação, a Não-Verbal/Não-Oral, que se relaciona com o gesto e a aparência.²⁹

Sendo sempre passível de gerar confusão a distinção entre comunicação verbal e não-oral, alguns autores preconizam que esta última é um comportamento que recorre "a outros meios que não palavras", trata-se de uma definição que diz respeito ao facto do tipo de sinal produzido (não verbal) ou ao código percebido pelo recetor para interpretação do sinal enviado (frequentemente, verbal). De uma forma geral, um comportamento não-verbal associa-se ao sinal ao qual será atribuído um significado e não o processo de atribuição de significado.³⁰ A definição descrita acima ("a outros meios que não palavras") é usada globalmente por intelectuais que não enquadram uma definição sendo que a definição mais importante respeita um comportamento específico que esteja a ser observado. Ou seja, o interesse primordial é a compreensão do comportamento humano aquando a comunicação entre dois indivíduos e não a classificação enquanto verbal, não-verbal ou algo intermédio.³⁰

C. Os Efeitos dos Gestos e da Postura na Comunicação

Apesar dos gestos serem difíceis de definir parece que o ser humano tem a capacidade de perceber que gestos um indivíduo está a usar e quais aqueles que são apenas maneirismos nervosos, expressões associadas à emoção e aqueles relacionados com o desempenho de uma função. Os gestos complementam a comunicação quando não se pretende falar ou não é possível regulando a corrente de interação; estabelecem a atenção, enfatizam o discurso e tornam inesquecível o conteúdo do mesmo. Aparentemente, o ser humano recorre ao gesto quando é conhecedor de determinado tópico a ser discutido, quando tem a compreensão da mensagem que transmite tentando assim, dominar a conversação, com excitação e entusiasmo em relação ao

tópico discutido. Por outro lado, a ausência de gestos afeta o discurso do indivíduo bem como, a compreensão do ouvinte.³⁰

D. Stress e Conflitos

A diversidade de sugestões visuais e auditivas, revelam a presença de conflito social a um observador. Entre estas, estão emoções tais como raiva, medo, ansiedade, vergonha, culpa e depressão sendo que todas são resultado de conflitos psicológicos ou da interferência de terceiros.³¹

O *stress* é por vezes, diagnosticado não pela presença de pistas mas pela ausência dessas pistas sendo que se estivessem presentes tranquilizariam as pessoas envolvidas. É necessária, em diversas ocasiões, uma rápida avaliação e decisão imediata e portanto, é importante que o observador possa avaliar se as informações visuais o conseguem informar acerca da presença de *stress* ou conflito social bem como, da existência de situações emergentes. Como tal, torna-se pertinente refletir acerca do facto de todas as criaturas do mundo animal, reconhecerem sons e movimentos que revelam a presença do perigo. Este facto está pois, relacionado com a percepção de pistas excepcionais que diferem daqueles que transmitem segurança bem como, a percepção de um estímulo muito intenso e daquele que é conhecido por significar "perigo". Da mesma forma, é possível extrapolar para os seres humanos, isto é, as pistas que alertam perigo estão associadas ao conhecimento das funções mecânicas de base diária, como da manipulação de armas e outros perigos, e a capacidade de distinguir uma ameaça de uma não-ameaça. São estas situações que contêm estímulos estranhos ao indivíduo e invulgares particularmente, aquelas que excedem o limite de tolerância do organismo, que interessam como gerador de *stress*.³¹

No que respeita ao observador, quanto mais familiarizado o mesmo estiver com situações passíveis de gerar conflito, mais perspicaz o mesmo estará para a deteção dos sinais subtis que tornam possível uma previsão antecipada com alteração dos objetivos.

E. Comunicação Interpessoal em Medicina Dentária

É globalmente conhecido que os profissionais de saúde necessitam de capacidades de comunicação adequadas e que as mesmas podem ser aprendidas.³²

A incorporação da psicologia no ensino dos estudantes de medicina dentária é de extrema importância no sentido em que permite aos futuros médicos dentistas a identificação e a resposta a reações emocionais do paciente. Como se sabe o tratamento dentário está repleto de emoções. A dor e desconforto poderão ser percebidas e na sua grande maioria são associadas aos procedimentos dentários rotineiros gerando ansiedade e, conseqüentemente, rejeição destes mesmos tratamentos.³³

Como ocorre nas demais especialidades médicas, estudos transversais revelaram que a eficácia na comunicação interpessoal em Medicina Dentária aumenta a satisfação e cooperação do paciente, contribuindo, igualmente, para diminuir a ansiedade e o risco de queixas por mau-desempenho da atividade.³³ Neste contexto, uma adequada comunicação interpessoal, enquanto processo de transmissão, receção e interpretação da informação através dos canais verbais e não-verbais entre os indivíduos constitui a base de um correto cuidado e tratamento do paciente.³²

A aquisição de competências nesta área capacita os estudantes de Medicina Dentária para responder adequadamente às reações psicológicas do paciente, adequadamente sendo de extrema importância a compreensão do estado geral de saúde do paciente. Desta forma, o estudante de medicina dentária compreende profundamente as necessidades médicas dos seus pacientes e não apenas, o tratamento da cavidade oral o que significa o estabelecimento de inter-relação, compreensão e comunicação efetiva com os seus pacientes.³³

É pois, de extrema importância a compreensão das respostas e reações obtidas dos pacientes. O profissional necessita de abordar o seu paciente de forma a obter conhecimento de todo o seu historial bem como, compreender as suas reações aos cuidados prestados. Na verdade, reduzindo barreiras e

resistências fortalece-se uma aliança entre ambas as partes resultando na aceitação e colaboração do paciente tanto nos tratamentos preventivos como nos planos de tratamento e reabilitação que sejam necessários.³⁴ Para tal e de forma a atingir o conhecimento global do seu paciente, o médico dentista necessita de conhecer todos os eventos importantes na vida do seu paciente como problemas e dificuldades geradores de comportamentos apreensivos em relação ao tratamento. Este conhecimento consegue-se através de grandes capacidades de comunicação competentes em que o paciente deve ser encorajado a revelar os seus sentimentos, pensamentos, preocupações e medos relativamente ao tratamento e ao resultado do mesmo bem como, garantir que o paciente compreende tudo o que lhe é transmitido. Apesar de haver possíveis discórdias entre o desejo do paciente e o do profissional, este último deve ser objetivo e empático tendo sempre em conta as necessidades do paciente e é este equilíbrio entre objetividade e empatia que é a essência de uma comunicação eficaz.³⁴

Como já vimos a comunicação recorre tanto a fatores verbais quanto não-verbais e ambos são utilizados na interação médico dentista-paciente. Durante as alternâncias entre ambas as formas de comunicação, o profissional pode assumir um papel *passivo* enquanto o paciente assume o papel *ativo* através da descrição de sintomas ou do sentimento em relação a determinado tratamento.³⁰ Contudo, o conhecimento do que é dito pelo paciente torna eficaz o processo de comunicação sendo que é de extrema importância saber a história do paciente, sintomas, sentimentos que resultarão num aspeto positivo para o tratamento do paciente.

Quando o médico assume o papel *passivo*, pode considerar-se que o mesmo está a ser ativo por estar a observar o comportamento do paciente (comunicação não-verbal) bem como, por encorajar o paciente a falar (comunicação verbal).³⁴

A capacidade de ouvir é, provavelmente, das mais importantes. Pode parecer passivo mas é sim, um dos papéis mais ativos da comunicação. O objetivo é encorajar o paciente a falar e envolve o conhecimento dos sentimentos escondidos e conhecer aquilo que o paciente deixou de mencionar, este aspeto é denominado pelo autor como "ouvir com o terceiro ouvido" uma vez que, muitas vezes, aquilo que não é dito dá ao profissional as pistas àquilo a que o

paciente resistirá na aceitação de um tratamento dentário.³⁴ Desta forma, a consulta é levada de uma forma não-ameaçadora e empática em que o médico dentista oferece a sua atenção, reflete, clarifica e parafraseia as palavras do paciente dando segurança ao paciente de que a sua mensagem foi compreendida.

Cativar o paciente para o diálogo com o profissional pode ser dividido em três fases. A primeira fase está associada no diálogo livre por parte do paciente sem dificuldades inerentes. A segunda fase está associada à explicação e à garantia de que o paciente compreendeu a mensagem transmitida e é caracterizada pela negociação do plano de tratamento a seguir. Por último, a terceira fase é o esclarecimento das dúvidas e questões do paciente em relação às propostas de tratamento e às expectativas quanto ao resultado. Em qualquer uma destas fases o profissional deve recorrer a questões específicas permitindo ao paciente que expresse as suas queixas, a divulgação da sua história médica atual, que este exprima as suas experiências anteriores em relação a tratamentos médico-dentários e a sua clarificação quanto ao plano de tratamento a seguir.³⁴

No que concerne à confirmação dos sentimentos, atitudes e pensamentos do profissional por parte do paciente, é possível que este faça uma apreciação daquelas atitudes do profissional que podem distorcer o processo de comunicação, isto é, quando há falha neste processo de comunicação podem ser levantadas barreiras que vão inibir a permissão de avaliação do paciente bem como, a sua aceitação ao plano de tratamento proposto.³⁴

O processo de comunicação eficaz é pois de extrema importância aos serviços médicos com base não só nas habilitações do profissional mas também na aquisição da história clínica e da informação global adquirida por parte daquele paciente de forma a estabelecer uma relação com o paciente que irá facilitar a negociação de um plano de tratamento e uma parceria entre ambos.⁸

"A comunicação é um todo na profissão médica, que não é só a palavra, não é só a escrita, é a atitude como um todo", é "fazer-se entender pelo paciente".⁸ Assim, este processo de comunicação surge como um instrumento à concretização do ato médico uma vez que o paciente dialoga acerca das suas preocupações intrínsecas.

Não são muitos os estudos relativamente à interação médico dentista-paciente no entanto, alguns estudos experimentais tiveram foco na interação e nas suas implicações na satisfação do paciente em que estes classificaram os médicos dentistas quanto ao seu comportamento. Os resultados obtidos deram ênfase aos médicos dentistas que interagiram com o paciente em detrimento daqueles que não interagiram. Da mesma forma, o tempo perdido na consulta de um profissional que interage com o seu paciente comparado àquele que não interage é semelhante. Contudo, a interação e o estabelecimento de uma relação resultaram em sentimentos positivos em relação ao profissional de saúde.³⁵

Pela literatura, é possível constatar a consistência de que o processo de comunicação não é só a soma de gestos, comportamentos e artes do saber comunicar. O sucesso de um processo de comunicação eficaz está intimamente relacionado com a preocupação, interesse e motivação em comunicar.³⁶

III. OBJETIVOS

O objetivo principal do presente Relatório de Atividade Clínica é descrever a atividade clínica desenvolvida na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, referente ao 5º ano curricular no que concerne às diferentes áreas curriculares como a Medicina Oral, Odontopediatria, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Endodontia, Prótese Removível e Fixa, Oclusão e Cirurgia Oral.

Todavia, dado que a comunicação, bem como a ansiedade, são questões transversais ao exercício da função associada à Medicina Dentária, foi efetuado um questionário à população observada, por forma a complementar este relatório de atividade clínica e a compreender melhor a questão da ansiedade dentária.

IV. Materiais e Métodos

O Relatório de Atividade Clínica tem por base toda a informação obtida a partir da história clínica dos pacientes através do programa informático disponível na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, Newsoft sendo assim, possível a caracterização da amostra atendida pelo binómio.

Na recolha de dados dos atos clínicos foram incluídos todos os pacientes atendidos pelo binómio desde 16 de Setembro de 2014 até dia 08 de Maio de 2015. A análise dos dados é feita para a totalidade dos pacientes. Efetua-se o cálculo das consultas realizadas como operador e como assistente durante os dois semestres. Determinam-se os dados referentes a género, idade, medicação, doença periodontal, índice de placa, *bleeding on probing*, hábitos tabágicos, alcoólicos e de higiene oral.

Cada área disciplinar tem uma secção com os respetivos dados de atividade clínica. Na área da Periodontologia determinou-se a doença periodontal para cada paciente tendo sido também registado este valor de acordo com o facto de se tratar de um paciente fumador ou não fumador bem como, o registo da doença periodontal, índice de placa, *bleeding on probing* e higiene oral. Na Dentisteria Operatória, relatam-se dados referentes à idade, género, higiene oral, hábitos tabágicos, índice de placa, material e tipo de tratamento, isto é, a classe da restauração efetuada. Na área disciplinar da Endodontia referem-se os atos realizados em ambiente clínico. Em Cirurgia, são registados os atos sendo separados pelo tipo de técnica executada. Toma-se também, conhecimento do tipo de medicação tida pelo paciente (hipertensão, anticoagulante, antiagregante plaquetário, doença coronária, vasodilatador, diuréticos, antidiabético). Nas áreas da Prótese Removível e Prótese Fixa relatam-se o número de atos separando pelo tipo de consulta efetuada. A Oclusão, Odontopediatria e Medicina Oral, determinam-se o número de atos total e enquanto operador e assistente fazendo referência ao tipo de atividade clínica que se realizou na consulta.

A amostra é caracterizada graficamente pelo Microsoft Excel 2013® segundo as seguintes categorias: total de pacientes observados, como operador e como assistente, total de pacientes como operador e como assistente por área

disciplinar, por intervalo de idades, género, higiene oral, hábitos tabágicos e alcoólicos, medicação praticada por cada paciente.

Dos pacientes observados ao longo do ano letivo será realizada uma seleção dos casos mais diferenciados em que o aluno foi colaborante sendo apresentados de forma crítica e acompanhados dos registos fotográficos. Desta forma, foi selecionada uma cirurgia de regularização do rebordo alveolar com recobrimento radicular e uma cirurgia de um dente incluso por técnica aberta.

Serão apresentados alguns trabalhos executados em horário extra-curricular que se encontram como publicações científicas estando localizados no sub-capítulo designado por Casos Diferenciados.

O enquadramento teórico e a discussão das diversas temáticas abordadas são suportadas por uma pesquisa bibliográfica efetuada nos motores de busca *Pubmed*, *Elsevier*, *Science Direct*, *Scielo* e *Google Académico* tendo como palavras-chave: ansiedade dentária, avaliação da ansiedade dentária, medo dentário, combinação entre medo e ansiedade dentária, escala de ansiedade de *Corah*, pressão arterial e ansiedade, *dental fear survey*, *modified dental anxiety scale*. Recorreu-se também à consulta de livros que contribuem com fundamentos teóricos para os temas.

V. Resultados

5.1. Exposição de Dados Gerais dos Atos Clínicos

Com o decorrer de dois semestres de prática clínica do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa foram realizadas várias horas de prática clínica no conjunto de todas as áreas disciplinares constituintes do programa curricular proposto.

Como operador foram realizados 72 atos clínicos na Clínica Universitária, como assistente foram realizados 45 atos sendo que no total e até ao dia 08 de Maio de 2015, se realizaram 117 atos.

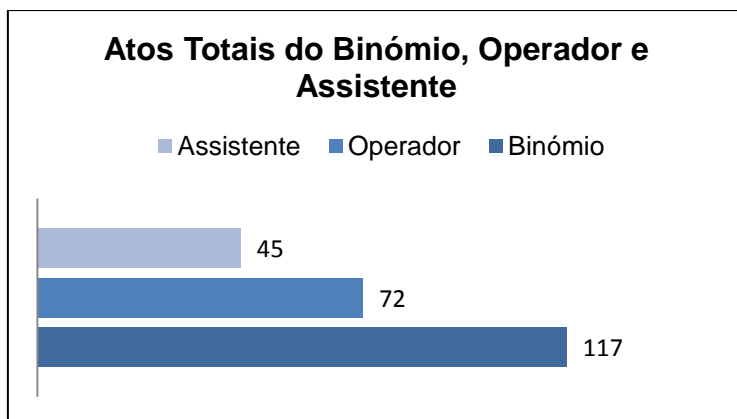


Gráfico 1. Atos representativos de todas as áreas disciplinares do Binómio, como Operador e como Assistente.

Em relação à totalidade dos pacientes atendidos foram atendidos 63 do sexo masculino e 54 do sexo feminino. Enquanto operador, 35 pacientes eram do sexo masculino e 37 do sexo feminino.

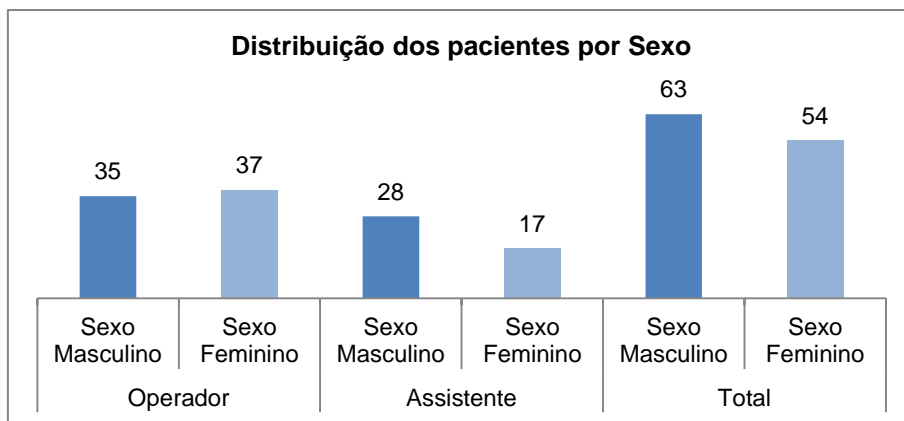


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes por Sexo atendidos pelo Binómio, enquanto Operador e enquanto Assistente.

No que respeita às idades, dividiram-se em faixas etárias os pacientes atendidos pelo Binómio sendo que a média de idades é 52,31. O gráfico 3 apresenta a distribuição de idades dos pacientes de acordo com os intervalos de idades descritos.

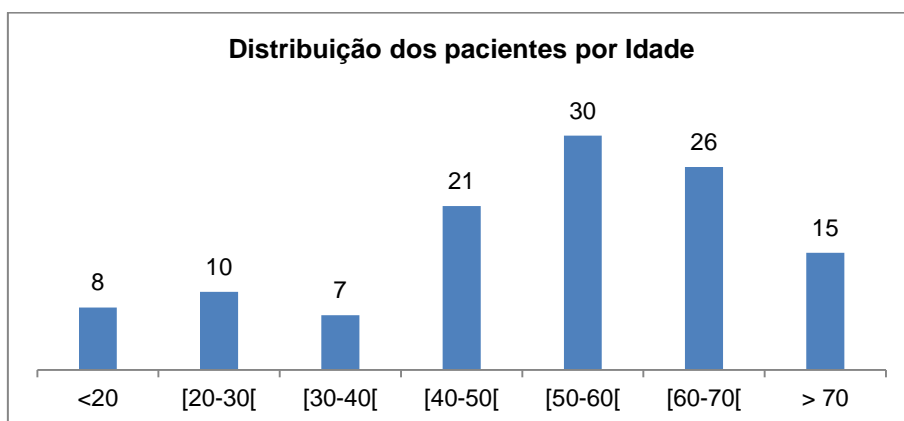


Gráfico 3. Distribuição dos pacientes por Idade.

Atendendo ao facto dos hábitos tabágicos poderem ser fator etiológico da patologia oral optou-se por fazer a separação dos pacientes observados por hábitos tabágicos sendo que a percentagem de fumadores é de 19% e a de não fumadores, de 81%.

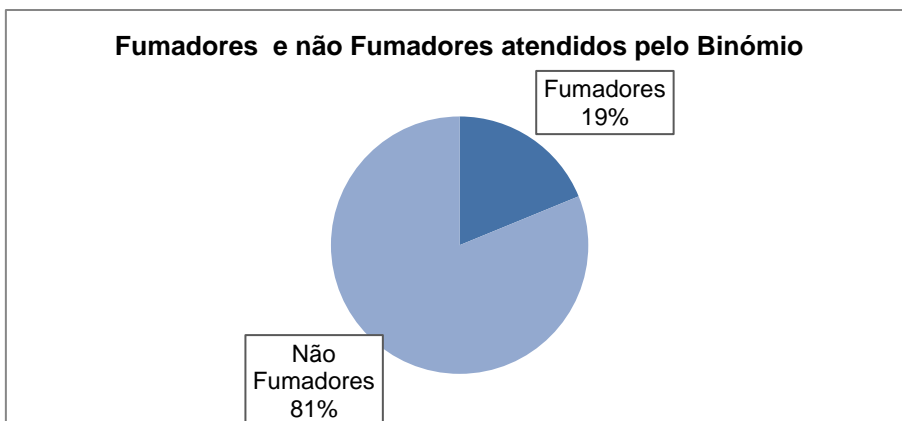


Gráfico 4. Hábitos tabágicos dos pacientes atendidos pelo Binómio.

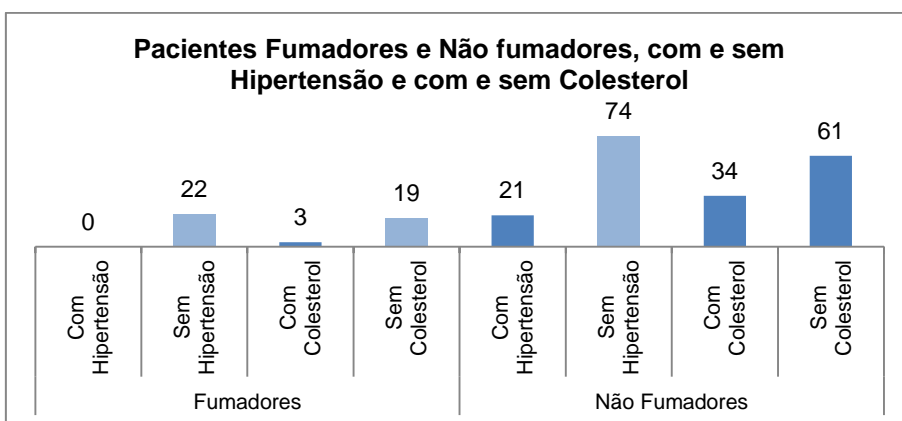


Gráfico 5. Pacientes Fumadores e Não Fumadores, Com e Sem Hipertensão, Com e Sem Colesterol.

Foi ainda clarificado o número de pacientes fumadores atendidos pelo Binómio que apresentavam hipertensão e aqueles que não apresentavam hipertensão. Acrescido daqueles com e sem colesterol. Tendo sido comparada a mesma informação para os pacientes não fumadores, a qual é discutida na Discussão do Relatório de Atividade Clínica.

No âmbito do tabagismo seguiu-se com uma análise gráfica dos pacientes fumadores e não fumadores atendidos pelo binómio assim como, homens e mulheres, com Hipertensão e Depressão descritos no gráfico abaixo.

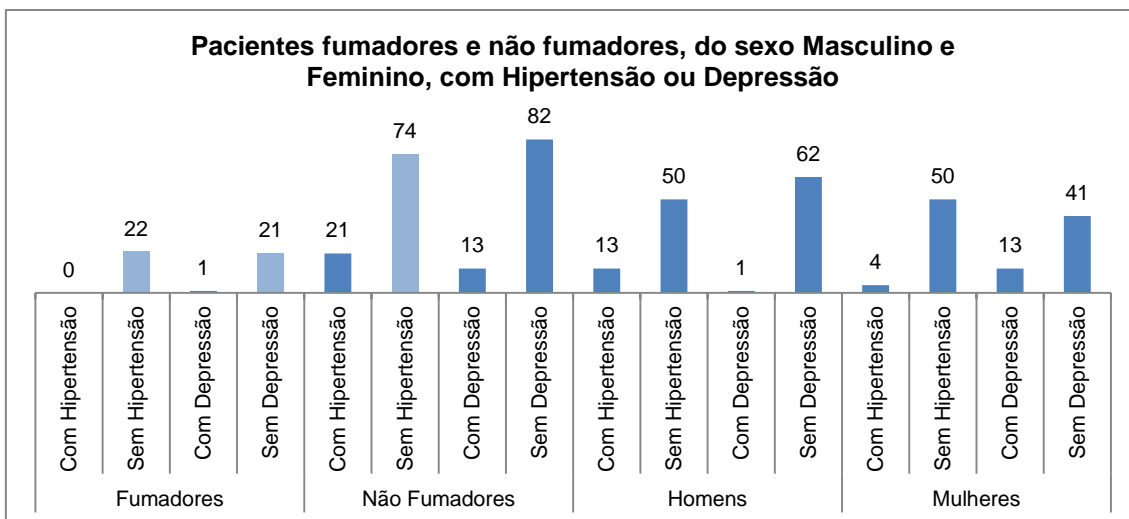


Gráfico 6. Pacientes Fumadores e Não Fumadores, Homens e Mulheres, Com e Sem Hipertensão, Com e Sem Depressão.

Dentro da temática da doença coronária, particularmente no âmbito do colesterol e hipertensão, abordou-se segundo a história clínica dos pacientes, a medicação seguida por estes para controlo destas patologias. Da mesma forma, houve um registo da informação no âmbito da ansiedade pelo que, foi também, adquirida a informação acerca da toma de ansiolíticos pelos pacientes atendidos pelo Binómio.

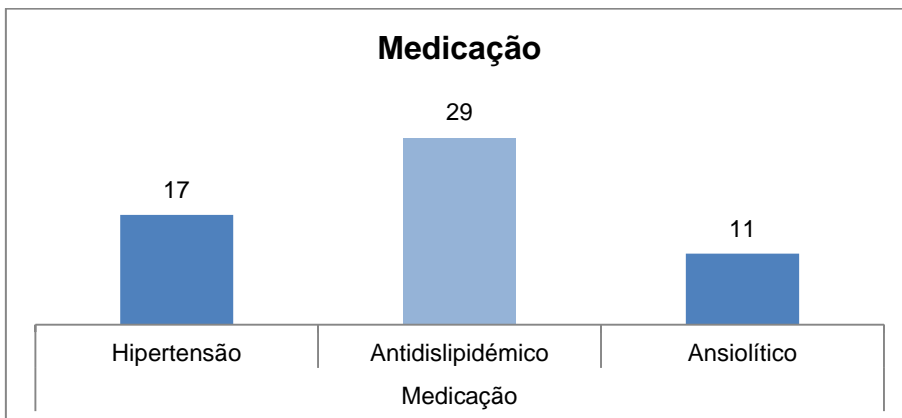


Gráfico 7. Registo da medicação para Hipertensão, de Antidislipidémico e Ansiolítico para todos os pacientes atendidos pelo binómio.

5.2. Medicina Oral

Enquadramento

A área da Medicina Oral é uma área especial relacionada com as doenças que envolvem estruturas orais e periorais com atenção à mucosa oral e às manifestações orais das doenças sistémicas.³⁷ É uma área que se refere a diversas patologias características de diferentes órgãos que mutuamente se relacionam e afetam as estruturas da cabeça e pescoço. A Medicina Oral envolve áreas como a anatomia, embriologia, histologia, fisiopatologia, entre outras.³⁸

No que respeita à área descrita é de extrema importância a correta execução da história clínica e a elaboração de um correto plano de tratamento. Quaisquer patologias sistémicas, medicação, antecedentes gerais e antecedentes respeitantes à cavidade oral e da região maxilofacial permitirá direcionar o paciente no sentido correto quanto à área disciplinar mais conveniente. Por estas razões, são necessários os conhecimentos aprofundados da anatomia da cabeça e pescoço, medicina interna, semiologia geral e da cabeça e pescoço, psicologia e comunicação médica.³⁹

Desta forma, o aluno tem a obrigação de elaborar uma correta história clínica construindo um bom diagnóstico e plano de tratamento quer se trate de um paciente saudável quanto de um paciente medicamente comprometido ultrapassando as limitações inerentes.

Exposição de dados

Foram realizados 5 atos clínicos pelo binómio durante os dois semestres, até ao período de recolha de dados. Destas consultas, três foram consultas realizadas enquanto operador e duas enquanto assistente.

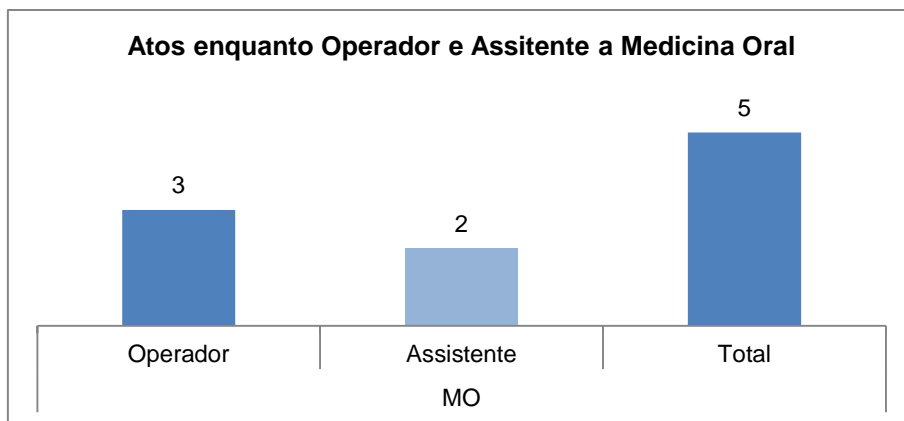


Gráfico 8. Atos Clínicos a Medicina Oral.

Como operador e como assistente não foram diagnosticadas quaisquer patologias na cavidade oral. O primeiro paciente atendido do binómio tratava-se de um paciente medicado para a hipertensão e doença dislipidémica apresentando uma periodontite crónica avançada generalizada com percentagem de índice de placa de 98,61% e de uma percentagem de *bleeding on probing* de 12,03%. Seguiu-se de uma paciente, estudante de Enfermagem, com 23 anos portadora de uma gengivite induzida por placa com uma frequência de escovagem dentária de uma vez por dia. Também do sexo feminino, atendeu-se uma paciente com 21 anos de idade medicada com contraceptivo oral que apresentava periodontite crónica moderada generalizada com um índice de placa de 31,03% e *Bleeding on Probing* de 12,06%. Seguiram-se pacientes com idades de 21, 20 e 18 anos, sem indicação de toma de qualquer medicação, que apresentavam gengivite induzida por placa sendo que não existem dados periodontais uma vez que não continuaram com o plano de tratamento proposto.

5.3. Cirurgia Oral

Enquadramento

A área da Cirurgia Oral é a especialidade da Medicina Dentária que diagnostica e procede ao tratamento cirúrgico de doenças, danos e defeitos englobando o aspeto estético e funcional dos tecidos duros e moles das regiões orais e maxilofaciais. A Cirurgia Oral é pois, a área disciplinar responsável pelas cirurgias dentoalveolares, simples e complexas, consoante o estado clínico do paciente, a sua história clínica de forma a tratar os pacientes de acordo com o estado de saúde normal ou comprometidos a nível sistémico que tomem medicação potencialmente comprometedora do ato cirúrgico.⁴⁰

Esta área disciplinar exige o planeamento detalhado da cirurgia conhecendo todas as estruturas anatómicas envolventes bem como, o conhecimento no âmbito da medicina interna, semiologia geral e da cabeça e pescoço, psicologia médica e a correta manipulação do material cirúrgico e desempenho correto das técnicas cirúrgicas. É pois, uma área que trata o paciente como um todo tendo especial cuidado na comunicação médico-paciente, no tratamento da informação complementar de diagnóstico para a correta elaboração do plano de tratamento ao paciente em questão, à execução correta da cirurgia e na abordagem de possíveis complicações.⁴⁰

No âmbito da Cirurgia Oral foram realizadas cirurgias simples de dentes mono e plurirradiculares, cirurgia de dentes inclusos, pré-protética e trauma dentoalveolar. Na prática clínica preconizada na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, o ensino está baseado na constante supervisão dos atos clínicos separando em diversas etapas como diagnóstico, ato cirúrgico em si, curetagem ou promoção do coágulo sanguíneo e por fim, sutura. Quaisquer complicações provenientes da cirurgia, prevê-se serem identificadas pelo aluno e resolvidas pelo mesmo sob supervisão. Desta forma, o aluno deverá ser capaz de ganhar experiência, postura e autonomia, indispensáveis no futuro profissional.

Por fim, cabe ao aluno comunicar todas as recomendações e cuidados pós-operatórios a ter pelo paciente, importantes na prevenção de eventuais complicações pós-operatórias.

Exposição de dados

Foram realizados 12 atos clínicos na área disciplinar de Cirurgia Oral sendo que 9 foram enquanto operador. Esta disparidade passa pela necessidade que ocorreu no primeiro semestre no desdobramento do binómio para completar os atos à disciplina de Cirurgia Oral.

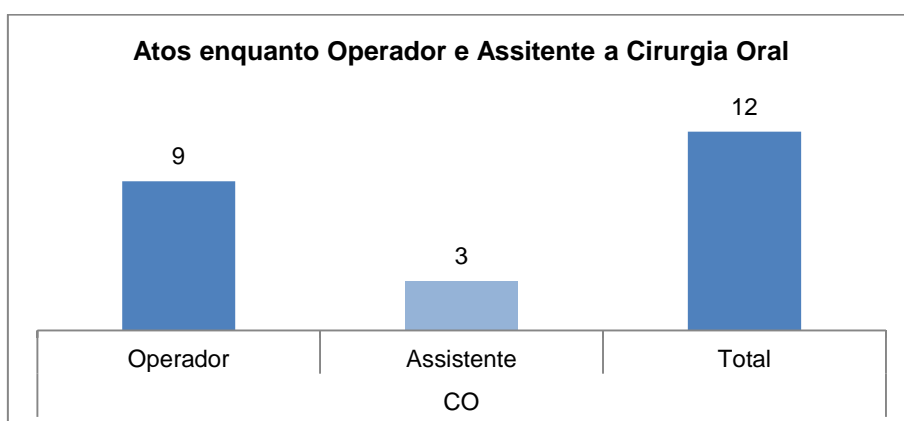


Gráfico 9. Atos clínicos a Cirurgia Oral.

Os presentes atos atendidos pelo binómio foram ainda divididos pelo tipo de técnica utilizada à realização da cirurgia, quer tenha sido por técnica fechada quer tenha sido por técnica aberta.

5.4. Periodontologia

Enquadramento

A Periodontologia é a área disciplinar dedicada ao estudo das estruturas de suporte dentário como, osso, gengiva, ligamento periodontal e cimento radicular. Estuda pois, as patologias associadas à anatomia do periodonto, fisiopatologia, etiologia e epidemiologia sendo estas designadas por Doenças Periodontais.⁴¹

O conhecimento teórico da Periodontologia engloba a formação da placa bacteriana e cálculo dentário, do processo patológico de cada doença periodontal e os meios indicados para prevenção transmitindo ao paciente as corretas técnicas de escovagem que envolvem a escova, o fio dentário, escovilhões e respetivas técnicas de uso.

Na abordagem inicial do paciente é premente a avaliação do índice de placa (sendo utilizado o de *Sillness & Loe*) através de um corante que se manifesta em todas as faces dentárias coradas devido à placa bacteriana e cálculo dentário, multiplicando por 100. Através da sondagem periodontal efetuada em 6 pontos de cada dente em que são divididos o número de pontos sangrantes pela totalidade de pontos existentes, tomamos conhecimento do valor do *bleeding on probing*.⁴¹

É considerada uma bolsa periodontal quando o valor de profundidade de sondagem é superior a 3 mm uma vez que até este valor, se considera profundidade fisiológica do sulco gengival. Aquando esta sondagem periodontal, é avaliado o envolvimento de furca utilizando um sonda de *Nabers* e determina-se o grau de mobilidade dentária. Acrescendo a esta informação, medem-se as recessões dentárias também em 6 pontos de cada dente pelo que se obtém a perda de *attachment* pela soma à profundidade das bolsas.

Com a recolha de toda a informação descrita é possível classificar o periodonto como saudável ou com doença periodontal. Esta doença periodontal subdivide-se em periodontite crónica leve quando a perda de *attachment* é entre 1 e 2 mm, periodontite crónica moderada com perda de *attachment* entre os 3 e 4 mm e periodontite crónica avançada quando a perda de *attachment* é superior a 5 mm.

Para o correto desenrolar da consulta de Periodontologia é necessário o conhecimento detalhado da história médica do paciente. Há que ter atenção aos tratamentos periodontais preconizados e à história clínica do paciente, como a presença de *pacemaker*, que não permite o recurso a ultrassons. Por sua vez, a toma de anticoagulantes pode exigir comunicação com o médico responsável para manutenção ou alteração da medicação, bem como, a necessidade de tratamento profilático na Endocardite Bacteriana. Tratando-se de Cirurgia Periodontal, procedimento cirúrgicos oral mais invasivo, pode ser feita com segurança com valores do índice de protrombina inferiores a 4.0. ⁴² As “*guidelines*” actuais do *American College of Chest Physicians*, recomendam que durante procedimentos dentários (destartarizações, restaurações) assim como durante procedimentos cirúrgicos mais invasivos (exodontias e cirurgia periodontal), não se tenha que suspender a terapêutica anticoagulante. ⁴³ Ao tomar o paciente como um todo devem ser considerados e controlados diversos fatores etiológicos locais e sistémicos como alterações da nutrição, deficiências de vitamina C e presença de restaurações transbordantes que devem ser corrigidas. Sendo que, deve ser lembrada a necessidade de prevenção a nível do controlo e eliminação de hábitos tabágicos e motivação e instruções de higiene oral. A Periodontologia tem pois, um papel de diagnóstico, terapêutico, estético e social face à saúde oral. ⁴¹

Exposição de dados

Quanto aos atos clínicos realizados à área disciplinar de Periodontologia, estes constam de uma totalidade de 15 atos sendo que foi operador em 8 casos e assistente de 7 dos casos clínicos.

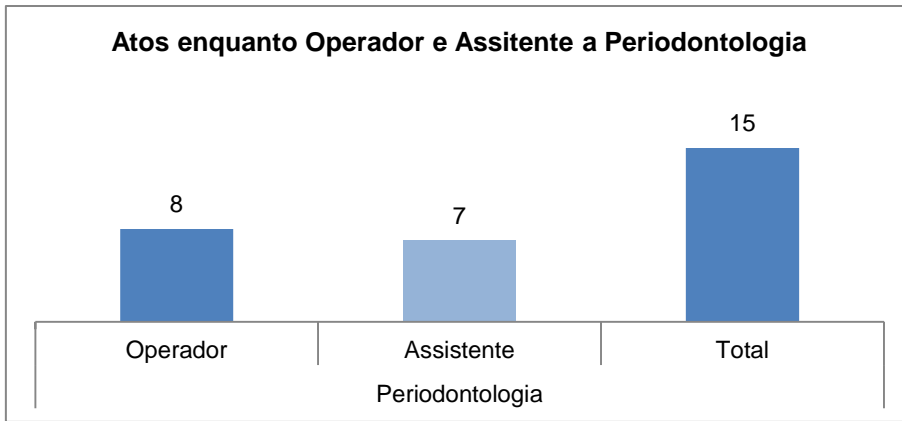


Gráfico 10. Atos clínicos a Periodontologia.

Quanto ao diagnóstico realizado, é apresentada graficamente a distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de doença periodontal presente no momento da consulta de Periodontologia. Esta patologia é então classificada enquanto Gingivite e em Periodontite Crónica Leve, Moderada e Avançada.

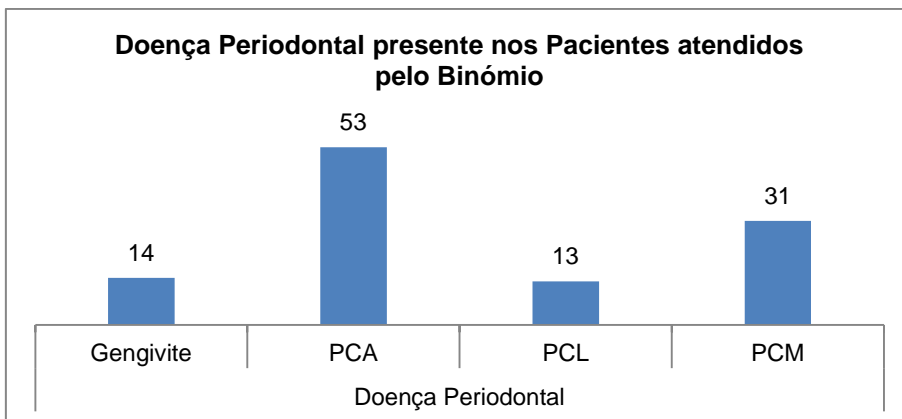


Gráfico 11. Doença Periodontal presente nos pacientes atendidos pelo Binómio.

Dos pacientes atendidos pelo binómio foi ainda retirada a informação do Índice de Placa médio e *bleeding on probing* médio para os pacientes que realizavam a higiene oral uma vez ao dia, duas vezes ao dias e por fim, três vezes ao dia.

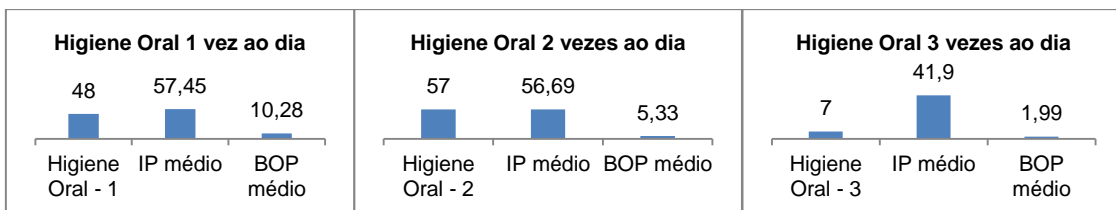


Gráfico 12. Valor médio de Índice de Placa e *Bleeding on Probing* para higiene oral 1, 2 e 3 vezes ao dia.

Da mesma forma foi decidido analisar os mesmos valores para fumadores e não fumadores de acordo com o gráfico 13.

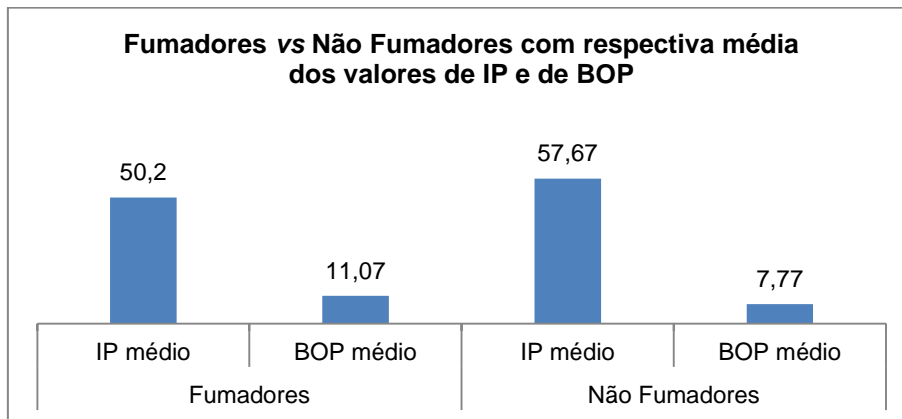


Gráfico 13. Valor médio de Índice de Placa e *Bleeding on Probing* para Fumadores e Não Fumadores.

No âmbito desta disciplina foi realizado regularização do rebordo alveolar pelo método de cunha distal e enxerto gengival pela técnica *Coronally Advanced Flap* para recobrimento de recessão gengival no dente 2.5.

5.5. Oclusão

Enquadramento

Oclusão é a área responsável pelo estudo do aparelho estomatognático enquanto sistema osteo-articular e muscular dinâmico, caracterizado por movimentos mandibulares que visam a obtenção de contactos estáveis entre as arcadas dentárias da mandíbula e da maxila.⁴⁴

Esta área disciplinar dedica-se à reabilitação das disfunções neuromusculares e articulares a nível orofacial, com particular ênfase nas que decorrem de disfunções mastigatórias e de hábitos parafuncionais.

Assim, trata-se de uma área intimamente associada à Prostodontia Fixa e Removível embora a sua importância seja extensível a áreas com a Dentisteria Operatória, uma vez que reposição da anatomia dentária deve assegurar que os procedimentos restaurativos respeitam as superfícies de contacto fisiológicas dos dentes, evitando prematuridades que induzam quadros de instabilidade oclusal.

Com efeito, quer em Prostodontia, quer em Dentisteria, a posição e anatomia dos dentes vai determinar a articulação inter-maxilar, condicionando a estabilidade da articulação temporomandibular (ATM). Assim, todos os dentes devem contactar simultaneamente no momento em que o processo condilar está colocado contra o menisco na fossa mandibular e conseqüentemente, no momento em que as estruturas adjacentes têm o mínimo dano possível uma vez que, que todas as forças estão igualmente distribuídas por cada peça dentária.⁴⁴

É fulcral a aquisição da completa história clínica do paciente que surge na consulta de Oclusão. É por meio do *Research Diagnosis Criteria for Temporomandibular Joint Disorders* (RDC) que são avaliados os sinais e sintomas de quaisquer transtornos temporomandibulares.⁴⁴ Por tudo o que envolve a presença do paciente na consulta, quer pelos sintomas aparentes quer pelos fatores psicológicos, é uma consulta exigente em que se procura adquirir o máximo de informação possível para a terapêutica indicada a cada problema. Contudo, os tratamentos temporomandibulares e os pacientes são complexos e apresentam causas múltiplas.⁴⁴

Na cinemática mandibular é de referir a presença de movimentos bordejantes sendo estes, caracterizados por um movimento da mandíbula limitado pelas superfícies articulares, ligamentos e posicionamento dos dentes. São pois, movimentos mandibulares extremos. ³⁹ Ao nível de movimentos parafuncionais que exigem hiperatividade dos componentes articulares e musculares estão o bruxismo e hábitos (como roer as unhas) que podem levar ao espessamento do ligamento periodontal, mobilidade, facetas de desgaste e fratura dentária, entre outros. ³⁹

Na aprendizagem da Oclusão e para a execução de um correto plano de tratamento é primordial mimetizar a oclusão do paciente que chega à consulta e para isso foi de grande importância montar em articulador toda a informação recolhida. O tratamento poderá passar por uma goteira de relaxamento, um *Jig* e/ou a indicação de fisioterapia ou até mesmo, a psicologia e/ou psiquiatria. ⁴⁴

Exposição de dados

Foram realizadas 2 consultas enquanto operador. Foi executada uma goteira de relaxamento oclusal e o controlo da mesma. Sendo que as restantes consultas foram de controlo.

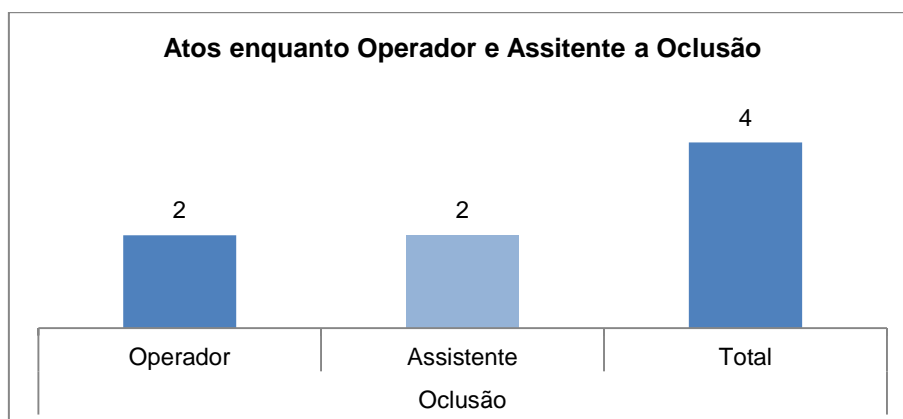


Gráfico 14. Atos clínicos a Oclusão.

5.6. Odontopediatria

Enquadramento

A Odontopediatria é uma especialidade responsável pelo diagnóstico, prevenção e tratamentos das patologias da cavidade oral em pacientes com dentição decídua e mista.⁴⁵

Alguns indivíduos são mais dispostos e relacionam-se melhor com os outros sendo que todos deveriam ser capazes de se relacionar com crianças e ser capazes de a colocar confortável e mostrar real interesse nos seus problemas.

⁴⁶

O tratamento na presente área disciplinar deve ter em atenção aspetos éticos, patológicos, semiológicos, psicológicos, sociais e económicos. Trata-se de uma disciplina que pela articulação com a Ortodontia, pode intercetar uma má oclusão diagnosticada precocemente.^{47 48}

No decorrer do ensino da Odontopediatria foram várias as técnicas ensinadas desde a observação, à modelação de voz, as técnicas *tell-show-do*, de restrição física, farmacológicas para pré-medicação e de sedação consciente com óxido nitroso ou propofol.⁴⁷ Todos estes ensinamentos pretenderam culminar na qualidade dos cuidados de saúde proporcionados à população pediátrica minimizando a ansiedade da criança na consulta de Medicina Dentária como futuro agente causador de traumas e medos.

A nível radiológico, as crianças realizam a ortopantomografia a partir dos 6 anos de idade sendo a partir desta idade que a criança tem a perceção de permanecer imóvel e calma durante a realização deste exame radiográfico.

Na consulta deve ter-se sempre presente a necessidade de olhar para a criança na sua globalidade e ter atenção a possíveis manifestações orais de patologias sistémicas uma vez que é premente a deteção precoce e encaminhamento da criança.

Exposição de dados

Durante o ano letivo 2014/2015 foram atendidos enquanto operador na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, 3 pacientes. Nos 3 atos, foram diferentes os graus de dificuldade. Em dois atos foram realizadas duas restaurações classe I e noutro, uma Pulpectomia.

O facto de não ter sido Assistente deve-se ao facto do desdobramento do Binómio para preencher os mínimos exigidos à área disciplinar.

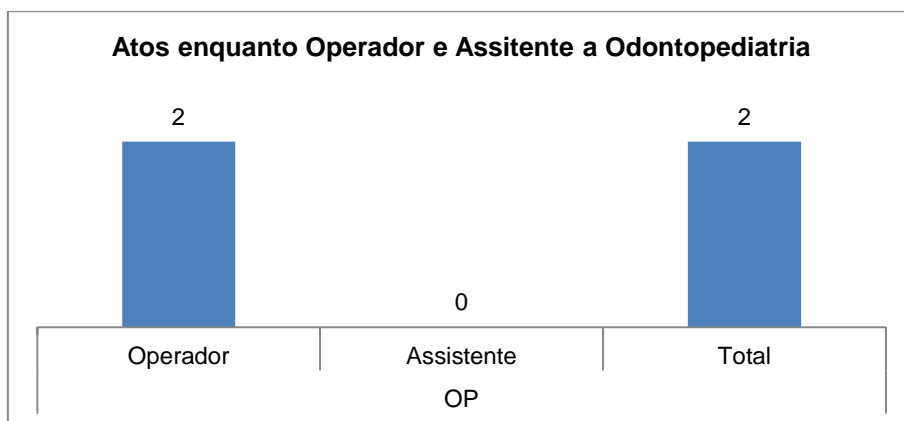


Gráfico 15. Atos realizados a Odontopediatria.

5.7. Prótese Removível

Enquadramento

A Prótese Parcial Removível é definida pela substituição de dentes ausentes em pacientes com a finalidade de substituir estes mesmo dentes sendo fácil a inserção e remoção da prótese parcial removível. São um meio vantajoso economicamente, sendo solução para alguns dos problemas associados ao edentulismo parcial e total como estética, fonética, mastigação apesar de não contribuírem no controlo da reabsorção óssea.⁴⁹

Trata-se de uma área disciplinar que avalia todos os tecidos de suporte, dentes pilares, classifica o edentulismo, faz considerações acerca da dimensão vertical tendo em conta o objetivo e as expectativas do paciente.⁴⁹

No caso de se tratar de um paciente com edentulismo total recorre-se as próteses totais acrílicas cujo suporte é ao nível dos tecidos moles e crista óssea alveolar remanescente. Este tipo de reabilitação contribui para a função, para a estética mas também, em grande parte, apresenta contributo psicológico ao paciente que recebe a prótese removível total ou parcial.⁴⁹ É, no entanto, comum a presença de complicações biológicas como epúlides, úlceras, hiperplasias papilares inflamatórias, estomatites protéticas e candidíases. No âmbito das complicações mecânicas, sabe-se que estas ocorrem com a utilização rotineira da prótese removível total ou parcial, sendo alguns exemplos a fratura de um dente ou de um retentor, que vão exigir o seu diagnóstico precoce, resolução e posterior controlo.

O atendimento clínico em prótese removível na Clínica Universitária consta de uma consulta de avaliação para a colocação de prótese realizando-se um estudo quanto ao tipo de edentulismo, dimensão vertical, saúde periodontal dos dentes pilares, tipo de oclusão do paciente, impressão preliminar dos tecidos de suporte; da continuidade das fases de reabilitação como realização de impressões definitivas com moldeiras individuais, preparação pré-protética caso se trate de uma prótese removível esquelética e prova de esqueleto, registos intermaxilares; prova de dentes e inserção da prótese; consta ainda, de consultas de controlo em que são examinados todos os dentes e estruturas de suporte bem como, áreas cortantes da prótese; suporte da prótese;

estabilidade e retenção; necessidade ou não de rebasamento da prótese; conforto e habituação do paciente. Trata-se de um atendimento onde é primordial a transmissão dos cuidados e normas de higiene a adquirir de forma a prevenir quaisquer complicações biológicas que possam advir da utilização da prótese.

A Prótese Removível é uma área cujo sucesso clínico do trabalho efetuado depende, não só, do profissional, que executa, motiva e cativa o seu paciente mas também, do paciente, que tem o dever de implementar as medidas transmitidas. Desta forma, ambos desempenham um papel ativo no percurso para o sucesso da reabilitação.⁴⁹

Exposição de dados

Foram realizadas 33 consultas, com um total de 24 consultas enquanto operador e 9 enquanto assistente.

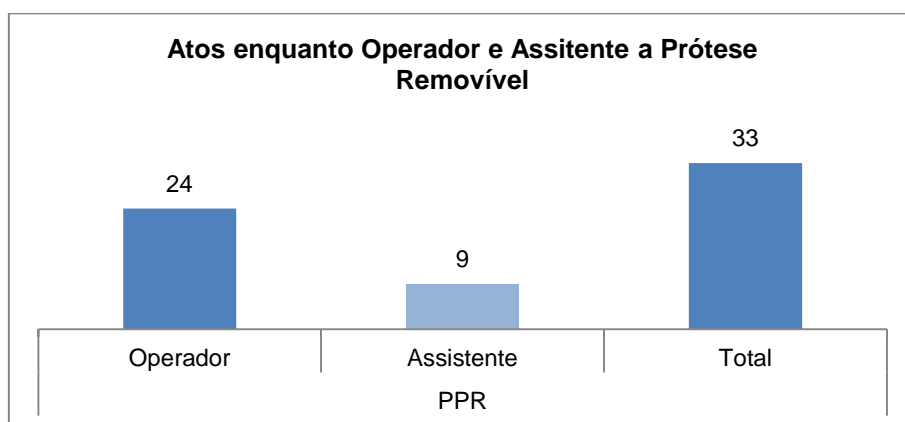


Gráfico 16. Atos realizados a Prótese Removível.

Será apresentada abaixo uma tabela com o número de consultas para cada tipo de trabalho realizado à disciplina de Prótese Removível.

Tabela 1. Tabela com a descrição do tipo de trabalho realizado e o número de actos, à área de Prótese Removível enquanto operador e assistente.

PR - Descrição do Acto		
Operador	Controlo	4
	Desgastes seletivos	6
	Acrescento de dentes	2
	Impressões definitivas	1
	Prova de dentes	3
	Avaliação	3
	Preparação pré-protética	1
	Registo inter-maxilar	1
	Inserção de prótese	1
	Correção Oclusão	1
	Fase higiénica	1
	Assistente	Desgastes seletivos
Registo inter-maxilar		1
Controlo		2
Impressões Definitivas		1
Preparação pré-protética		2
Impressões		1

5.8. Prótese Fixa

Enquadramento

Prótese Fixa é a arte e ciência de restaurar dentes danificados com metal fundido, metalocerâmica ou cerâmica, e de repor dentes ausentes. A Prótese Fixa pode envolver tanto a restauração de apenas um dente como a reabilitação de toda a oclusão.⁵⁰

A perda de peças dentárias unitárias ou múltiplas é, muitas vezes, prematura. Deste facto advêm alterações funcionais tanto a nível fonético como de mastigação e a nível estético. No entanto, podem ainda existir alterações congénitas ou de cor que poderão ser tratadas em Dentisteria Operatória. No entanto, existindo capacidade económica e/ou caso se trate de uma área a reabilitar extensa mas que a estrutura dentária remanescente seja suficiente, é importante a intervenção da Prótese Fixa. O facto de uma peça dentária se apresentar extensamente destruída e de ser passível de reabilitar desta forma vai permitir restaurar a função através de coroas e incrustações.³⁹

Havendo dentes adjacentes com área ligamentar suficiente para resistir a suportar uma prótese fixa de vários elementos, é possível efetuar mudanças estéticas, como a correção da cor, ou contornar o facto de determinada peça dentária não apresentar estrutura dentária remanescente suficiente para recorrer a uma coroa unitária.

A consulta de avaliação torna-se a consulta de maior importância em que é necessário pesar um conjunto de situações tais como, condição periodontal, lei de Ante, história médica e médico-dentária do paciente, condição endodôntica da peça dentária e oclusão. Assim, o prognóstico está intimamente associado ao sucesso da avaliação pré-protética e à anamnese.³⁹

A Prótese Fixa e a Dentisteria Operatória caminham a par nas mudanças tecnológicas e no aparecimento de novos materiais que contribuem para a arte de reabilitar um sorriso e a função perdida tornando este trabalho uma arte.³⁹

Exposição de dados

O número de atos clínicos e a sua descrição está representado graficamente abaixo. Da mesma forma foi realizada uma tabela que descreve o tipo de trabalho realizado na consulta de prótese fixa enquanto operador e assistente.

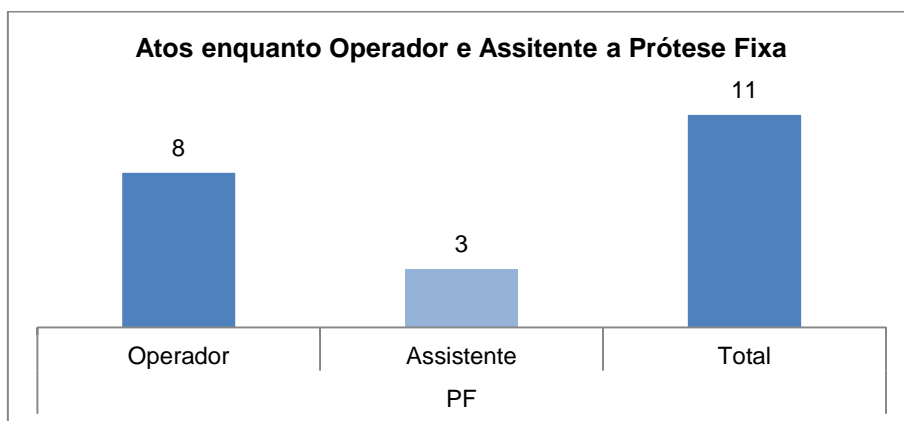


Gráfico 17. Atos realizados a Prótese Fixa.

Tabela 2. Tabela com a descrição do tipo de trabalho realizado e o respetivo número de atos, à área de Prótese Fixa enquanto operador e assistente.

PF - Descrição do Acto		
Operador	Controlo	1
	Avaliação	1
	Preparos, provisórios	1
	Impressões definitivas	1
	Prova de Infra-estrutura	2
	Cimentação Definitiva	1
	Fase higiénica	1
Assistente	Impressões definitivas	1
	Prova de cerâmica	1
	Controlo	1

5.9. Endodontia

Enquadramento

A Endodontia compreende diversas áreas lecionadas como sejam, a anatomia e morfologia dentária e canal, histo-patologia, periodontologia e fisiopatologia geral.

O diagnóstico endodôntico requer efetividade tal como, a estipulação do plano de tratamento, sendo que exigem elevada destreza manual e assim, apresentam-se dependentes dos conhecimentos descritos acima.⁵¹

A Endodontia está associada à Dentisteria Operatória e Prótese Fixa no tratamento de lesões de pulpite irreversível ou necrose pulpar. O diagnóstico associado ao recurso ao exame radiológico, realiza-se através de testes térmicos.⁵² Também existem outros testes como o de percussão, cavidade e o teste elétrico sendo que este último não consta do plano curricular da área de Endodontia na Universidade Católica Portuguesa.

Partindo para o tratamento endodôntico este é iniciado pelo acesso à câmara que está relacionado com a anatomia de cada dente, seguindo-se pelo reconhecimento dos canais radiculares, determinação da odontometria de referência e confirmação da odontometria de trabalho, instrumentação manual ou mecânica e finalmente, obturação, para a qual existem diversos materiais e técnicas.⁽⁵²⁾ Durante o tratamento endodôntico, a constante irrigação é de grande importância para o sucesso do tratamento sendo que existem diversas soluções de irrigação e medicação intracanal.⁵²

Nesta área disciplinar, o controlo dos tratamentos endodônticos são de grande importância para avaliar tanto o sucesso quanto a manutenção da higiene oral tida pelo paciente.

Exposição de dados

Durante os dois semestres de aulas práticas foram atendidas um total de 12 consultas sendo que 4 foram enquanto operador. Tem como explicação o facto de dar lugar a uma colega que iria de *Erasmus* e que obturou dois dentes seguidos e ainda, por não ter sido a primeira a realizar a primeira consulta do segundo semestre.

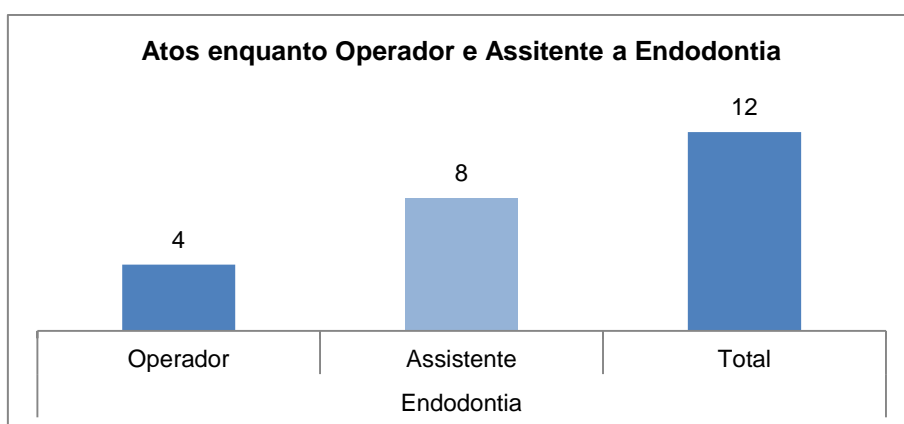


Gráfico 18. Actos realizados a Endodontia.

A nível pré-clínico foram realizados até então um dente 1.8, dois dentes 2.6, um dente 2.8, um dente 4.6, um dente 3.6 e um 3.7. Num total de 10 canais obturados.

5.10. Dentisteria Operatória

Enquadramento

A Dentisteria Operatória é a área disciplinar que atua perante um dente cariado com pulpite reversível, patologia pulpar transitória, cáries de esmalte, traumatismos dentários, manchas de origem extrínseca e intrínseca, a nível de textura que afeta a estética dentária. Ainda do foro desta área disciplinar, está a substituição de restaurações desadaptadas ou infiltradas, a caracterização do dente de acordo com a forma, textura, cor desejada caso se trate de alterações congénitas a estes níveis.

Atualmente, existem diversas técnicas de restauração sendo que as resinas compostas são o material estético de eleição seja em dentes anteriores como posteriores.

Os avanços a nível da adesão aliados ao aparecimento das resinas compostas oferecem resultados cada vez mais estéticos e satisfatórios. A adesão abrange uma grande variedade de substratos sendo o esmalte e a dentina, os mais envolvidos. Hoje, além de uma boa retenção da restauração, procura-se uma técnica adesiva que promova uma selagem, o mais hermética possível da interface dente-resina. Esta é essencial em prevenir microinfiltrações marginais e sensibilidade pós-operatória por forma a manter a vitalidade pulpar e aumentar a longevidade das restaurações.⁵³

Exposição de dados

Foram realizados 19 atos clínicos, dos quais 11 enquanto operador e 8 enquanto assistente tal como está descrito no gráfico abaixo.

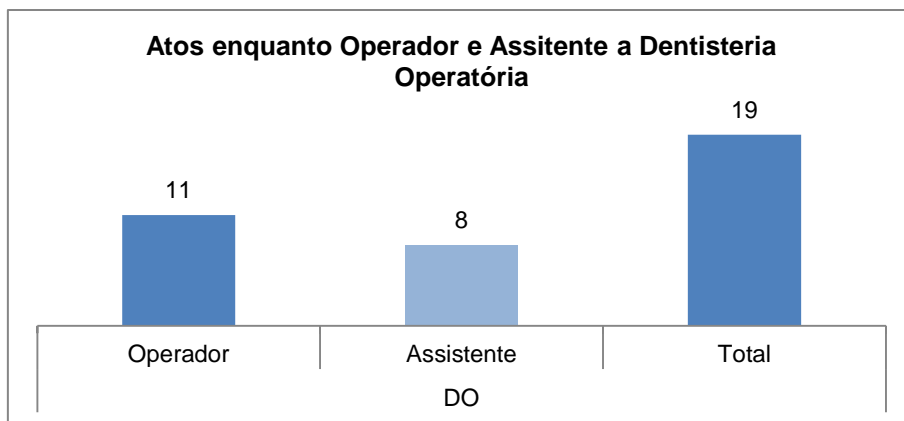


Gráfico 19. Atos realizados a Dentisteria Operatória.

Tabela 3. Discriminação do tipo de trabalho realizado a Dentisteria Operatória e o respetivo material utilizado.

Disciplina	Descrição do Acto	Materiais
DO	Espigão	Compósito
DO	Fratura	-
DO	Classe IV	Compósito
DO	Classe II	Compósito
DO	Classe II, Classe V	Compósito
DO	Classe III	Compósito
DO	Não restaurável	-
DO	Classe IV	Compósito
DO	Classe IV	Compósito
DO	Classe II	Amálgama
DO	Classe II	Amálgama
DO	Espigão	Amálgama, Compósito
DO	Espigão	Amálgama, Compósito
DO	Encaminhamento	-
DO	Classe II	Amálgama
DO	Classe II	Compósito
DO	Classe V	Compósito
DO	Classe IV	Compósito
DO	Classe II	Amálgama

5.11. Casos Diferenciados

Cirurgia de um dente 4.8 Incluso

A inclusão dentária pode ocorrer pelo facto de um dente não ter a capacidade de erupcionar no intervalo de tempo espectável sendo que têm indicação para exodontia assim que é realizado o diagnóstico. No que concerne aos terceiros molares, a idade média para erupção completa é aos 20 anos apesar se poder ocorrer até aos 25 anos de idade. ⁴⁰

No decorrer do desenvolvimento normal do terceiro molar inferior, este assume uma posição horizontal sendo que com o crescimento mandibular, a angulação altera para mesioangulado e finalmente para a posição vertical. Contudo, pode ocorrer impactação deste dente sendo que a principal causa é não ocorrer alteração da rotação do dente de mesioangulado para vertical, seguida do facto da dimensão mesio-distal do dente associado ao comprimento da mandíbula não fornecer espaço no processo alveolar anteriormente ao bordo anterior do ramo da mandíbula para que o dente erupcione. ⁴⁰

A angulação é normalmente avaliada radiologicamente pela relação com o bordo anterior do ramo mandibular e relação com o plano oclusal. A *Classificação de Winter* é descritiva da angulação ao longo eixo do terceiro molar em relação ao longo eixo do segundo molar. Adicionalmente, existe o método de *Classificação de Pell e Gregory*, baseado na quantidade de dente que se encontra coberto pelo ramo mandibular. Esta Classificação está subdividida sendo que se procede à classificação pela relação do dente com o bordo anterior do ramo da mandíbula e pela relação do dente com o plano oclusal. Quanto à primeira, considera-se uma Classe I quando o diâmetro mesiodistal da coroa está completamente anterior ao bordo do ramo da mandibular; Classe II se o dente estiver posicionado posteriormente em que metade se encontra coberto pelo ramo da mandíbula; e Classe III, quando o dente está localizado completamente dentro do ramo da mandíbula. Por sua vez, em relação com o plano oclusal, é classificado com uma Classe A, quando a superfície oclusal do dente incluso se encontra ao nível, ou próxima do nível oclusal do segundo molar; como Classe B, se o dente incluso apresenta a superfície oclusal entre a linha cervical e o plano oclusal do segundo molar; e

por fim, como Classe C, quando a superfície oclusal do dente incluso se encontra abaixo do nível cervical do segundo molar.⁴⁰ O dente com indicação de exodontia foi o dente 4.8 sendo que o diagnóstico deste era 4.8 inclusos Classificação de *Winter e Pell e Gregory*: classe I, B; mesioangulado. A paciente em questão não apresentava complicações médicas na história clínica sendo apenas medicada com contraceção oral. Como antecedentes pessoais dentários, a paciente teria procedido à exodontia dos dentes 1.4 e 2.4 e era seguida por um Ortodontista.

Seguindo os princípios de Peterson, considerando que diagnosticamos um dente incluso, impactado, tal qual o do caso apresentado, a remoção precoce reduz a morbidade pós-operatória e permite uma melhor cicatrização. Uma vez que a paciente é jovem, tolerou melhor o procedimento e apresentou uma recuperação mais rápida e com baixa intervenção no seu cotidiano.⁴⁰



Figura 4. Ortopantomografia da paciente submetida a Exodontia do dente 4.8.

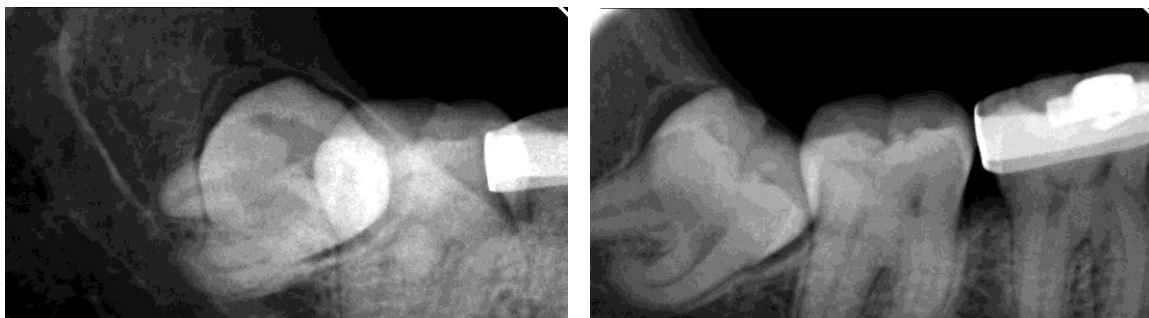


Figura 5. Raios-x periapicais do dente 4.8.

Pelos raios-x periapicais podemos constatar a continuidade de ambas as corticais dos dois canais alveolares inferiores, pressupondo que estes se encontram vestibulares às raízes dos sisos. No dente 4.8 ainda é possível observar uma radiolucidez pelo primeiro raio-x na zona de passagem do canal alveolar inferior. Radiologicamente, é possível observar uma curvatura na raiz mesial e pela radiolucência podemos inferir acerca de uma terceira raiz.



Figura 6. Raízes do dente 4.8. Uma raiz distal recta e em mesial, duas raízes fusionadas.

Podemos constatar que o dente 4.8 tem indicação de exodontia por risco de cárie nos segundos molares e risco infeccioso por pericoronarite.

Procedeu-se à assepsia e anti-sépsia da cavidade oral com bochechos de solução de clorhexidina a 0,12%.

O material utilizado nesta cirurgia diferenciada foi o cabo de bisturi e lâmina número 15; kit de observação; seringa de ar/água; aspirador de saliva e aspirador cirúrgico de ponta fina; anestesia tópica de benzocaína a 2% e cotonete; anestesia local com vasoconstritor e carpule com aspiração; agulha 30G de 21 mm; taça porta-restos; descolador de Molt e de Woodson; broca fissurada de turbina pequena e turbina; peça de mão e broca cilíndrica pequena; afastadores de Austin e de Minnesota; sindesmótomo curvo; alavancas retas de ponta ativa grossa e fina; boticão de terceiros molares e boticão de raízes inferiores; cureta periapical cortante e não cortante; lima de osso; pinça goiva; pinça de Adson; porta-agulhas; fio de sutura de seda 3/0; tesoura; compressas; gel de clorhexidina; gelo e soro fisiológico.

Quanto à técnica anestésica foi efetuado o bloqueio regional do nervo alveolar inferior e do nervo lingual por técnica indireta. Foi complementado com anestesia infiltrativa do nervo bucal. O anestésico utilizado foi a lidocaína com vasoconstritor sendo que foram aplicados 2 anestubos na anestesia de bloqueio e meio anestubo na anestesia infiltrativa.

No decurso da realização do retalho foi realizada palpação antes da incisão de forma a localizar o trígono retromolar, o ramo ascendente da mandíbula e a linha oblíqua externa. O retalho permitiu uma boa visualização do campo operatório e bom descolamento permitindo também, que não ocorresse dano das estruturas anexas. Desta forma foi realizada uma incisão em baioneta estendendo-se da linha oblíqua externa até à face distal do 4.7 prolongando-se no sulco gengival vestibular do 4.7, terminando com uma descarga vertical a distal do primeiro molar, de forma a incluir a papila interdentária. Seguidamente realizou-se o descolamento do retalho mucoperiósseo.



Figura 7. Descolamento do Retalho da cirurgia do dente 4.8.

Uma vez feito o descolamento foi possível observar a coroa do dente pelo que não foi realizada osteotomia. Desta forma efetuaram-se ligeiros movimentos de luxação em que se observou uma ligeira mobilidade no dente. Esta luxação permite a desinserção de fibras do ligamento periodontal e a rutura da respetiva gonfose permitindo uma exodontia mais simples.⁵⁴

Seguidamente procedeu-se à odontosecção de parte da coroa segundo o longo eixo do dente separando assim a parte da coroa mesial da parte distal da coroa e raízes, tendo em conta a angulação do dente.

A luxação procedeu-se segundo a ordem da parte mesial do dente para a parte distal tornando assim a exodontia menos traumática. A exodontia seguiu a mesma ordem.



Figura 8. Dente 4.8 extraído, com odontosecção.



Figura 9. Alvéolo após exodontia do dente 4.8.

Após exodontia procedeu-se à curetagem do alvéolo tendo parcial cuidado na zona apical devido à proximidade com o canal alveolar inferior comprimindo-se as tábuas ósseas para reduzir o edema. O retalho efetuado foi reposicionado e suturado com fio de sutura de seda 3/0 efetuando o primeiro ponto cruzado

imediatamente a distal do 4.7 e na extensão do retalho, seguido da papila mesial do 4.7, que foi suturado com um ponto interpapilar.



Figura 10. Sutura realizada após exodontia do dente 4.8. Ponto cruzado a distal do 4.7 e sobre o retalho e interpapilar a distal do 4.6.

Colocou-se uma compressa com clorhexidina a fim de fazer compressão e desinfecção da ferida cirúrgica e gelo tendo sido também passados os respectivos cuidados pós-operatórios. Como medicação pós-operatória foram prescritos um corticoesteróide glucocorticóide (deflazacorte 30 mg., 1 comprimido durante 4 dias); amoxicilina de 875 mg e ácido clavulânico de 125 mg (1 comprimido de 12 em 12 horas); um anti-inflamatório não esteróide (ibuprofeno 600 mg de 12 em 12 horas); e ainda, um analgésico (paracetamol 1g de 6 em 6 horas) em caso de necessidade.

Possíveis complicações intra-operatórias e pós-operatórias podem advir de uma cirurgia como a descrita. No primeiro caso poderia ocorrer hemorragia, enfisema subcutâneo, lesões nervosas como parestesia transitória do nervo alveolar inferior, nervo bucal ou lingual bem como, parestesia permanente dos nervos mencionados, entre outras.⁵⁴ A nível pós-operatório são complicações as hemorragias pós-operatórias, hematoma, trismos, aparecimento de vesículas herpéticas ou lesões aftosas no lábio ou vestibulo, reações medicamentosas, alveolite seca e infeção.⁵⁴

O facto de o diagnóstico ter sido realizado prontamente com o estabelecimento de um correto plano de tratamento, mostrou-se essencial ao sucesso do

tratamento.⁴⁰ A colaborar foi a atitude da paciente e o facto de não ter sido necessário realizar osteotomia como constava do planeamento inicial, o que se revelou uma mais-valia ao sucesso e pós-operatório, tidos.

Cirurgia de Regularização de Rebordo Alveolar e Recobrimento Radicular do dente 2.5

O periodonto é constituído por um conjunto de tecidos de suporte e de revestimento dos dentes como sejam, a gengiva, o ligamento periodontal, o cimento e o osso alveolar.⁵⁵

Atualmente, a cirurgia periodontal é uma prática clínica rotineira sendo responsável pelo disfarce de exposições radiculares, causa de sensibilidade; pela correção das margens de prótese fixa; pela reconstrução das papilas interdentárias; e manifesta grande contributo para melhorar a reconstrução protética.⁵⁶

Quando há um descolamento da margem gengival livre apicalmente à junção amelocementária expondo a superfície radicular, ocorre uma condição designada de recessão gengival.⁽⁴¹⁾



Figura 11. Fotografia intra-oral pré-operatória onde é possível observar a irregularidade do rebordo alveolar juntamente com a recessão do dente 2.5.

O conhecimento do desenvolvimento progressivo da recessão gengival é uma temática sobre a qual existem poucos estudos. Etiologicamente, são classificadas as recessões de acordo com quatro estágios de desenvolvimento: normal ou inflamação subclínica; inflamação clínica e proliferação de células

epiteliais; aumento da proliferação epitelial resultando na perda de tecido conjuntivo; fusão epitelial que resulta na separação e recessão dos tecidos gengivais.⁵⁶

Como classificação da recessão gengival recorre-se à *Classificação de Miller* que junta conhecimentos da natureza e qualidade da recessão gengival e a sua relação com a altura do tecido interproximal adjacente.⁵⁶ Considera-se Classe I, uma recessão que não atinge a linha mucogengival, sem perda óssea proximal com recobrimento radicular total; Classe II quando atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda óssea total e com recobrimento radicular total; na Classe III, a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival sendo que há perda de osso interproximal e o tecido gengival proximal gengival é apical à junção amelocementária permanecendo coronária em relação à base da recessão, ou então há uma malposição sendo que o recobrimento radicular é parcial; por último, classe IV quando a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival em que os tecidos proximais estão situados no nível da base da recessão e esta envolva mais do que uma face do dente em que não existe nenhum recobrimento radicular.⁵⁷

Existem várias técnicas cirúrgicas para o recobrimento de recessões gengivais tais como o enxerto pediculado, enxerto semilunar, enxerto transposicional, enxerto gengival livre epitelizado, enxerto posicionado coronalmente, enxerto livre de tecido conjuntivo que podem estar ou não associadas a regeneração tecidual.^{41 56}

Para o caso clínico presente recorreu-se à técnica de *Coronally Advanced Flap*, uma vez que é uma técnica utilizada no ganho de recobrimento radicular. Esta técnica, devido a quantidades mínimas de gengiva queratinizada, apresenta taxas de sucessos variáveis.⁵⁶ Esta técnica pode ser combinada com a técnica *Free Gengival Graft*, isto é, numa primeira fase recorria-se a esta última para aumentar o complexo mucogengival sendo depois, numa segunda fase, reposicionado coronalmente.^{56 58}

Esta técnica está indicada para o recobrimento estético radicular e para a sensibilidade dentária decorrente da exposição radicular. É, no entanto, pré-requisito, apresentar uma área mínima de gengiva queratinizada de ≥ 3 mm. Pela revisão da literatura, a técnica mencionada é segura e uma abordagem confiável para o recobrimento radicular. Especialmente, esta encontra-se

associada a uma redução progressiva da recessão e frequentemente, ao recobrimento radicular completo.⁵⁸ Contudo, a técnica *Coronally Advanced Flap* apresenta melhores resultados quando associada a enxerto de tecido conjuntivo ou associada ao material *Enamel Matrix Derivative*.⁵⁸ O facto de os resultados serem superiores com o recurso ao enxerto de tecido conjuntivo deve-se à capacidade do fornecimento sanguíneo bilaminar entre a superfície do periósseo e o enxerto conjuntivo na promoção da sobrevivência deste mesmo enxerto de tecido conjuntivo; e na capacidade deste enxerto reduzir a recidiva após a colocação coronal da margem gengival durante a fase de cicatrização aquando o procedimento.⁵⁸

Relativamente ao ganho de tecido queratinizado, a técnica de *Coronally Advanced Flap* associada ao enxerto de tecido conjuntivo promove, de acordo com a bibliografia, maior ganho de tecido queratinizado.

No entanto, no decurso do presente caso clínico procedemos à técnica de *Coronally Advanced Flap* isoladamente.

Relativamente ao procedimento, este consiste primeiramente na anestesia do paciente seguido da curetagem radicular. É retirado cimento por forma a tornar a superfície radicular uma superfície limpa de convexidades. É elevado o tecido através de uma incisão vertical em mesial para delimitar a área cirúrgica com limite até às papilas. Recorrendo a uma lâmina de bisturi número 15 é feita uma incisão festonada com bisel inverso de forma a unir a incisão vertical à incisão efectuada sobre o rebordo alveolar. A incisão festonada é feita ao nível da crista gengival em vestibular sendo que, em interproximal deve agir-se com cautela tornando possível criar novas papilas que se adequem à futura localização. O tecido elevado é posicionado 1 mm coronal à junção amelocemetária. Para facilitar este movimento coronal, a base do tecido é separada do periósseo.⁵⁶

A incisão continuou-se pelo rebordo alveolar em que foi efectuada uma incisão pela técnica da cunha distal até à tuberosidade maxilar. São realizadas duas incisões que vão delinear a incisão central sendo que convergem na base da bolsa. As incisões secundárias servem para descolar os enxertos, vestibular e palatino, sobrepostos ao rebordo alveolar. No final, serão reposicionados os enxertos com suturas que eliminarão a bolsa distal.⁵⁵

Uma vez que é visualizável a existência de áreas de espículas ósseas como saliências óbvias, recorreu-se à utilização de uma pinça goiva para remoção das grandes áreas de saliência óssea e uma lima de osso para alisar as espículas cortantes.⁴⁰ Ao mesmo tempo a área foi irrigada com soro fisiológico estéril. Procedeu-se à aproximação do tecido para tomar conhecimento se estava em excesso.

Seguidamente o tecido é suturado coronalmente com suturas *sling type* em redor do dente estabilizando os tecidos. Recorre-se, depois, à sutura contínua travada.⁵⁶



Figura 12. Sutura da área cirúrgica onde foi realizada a técnica de incisão em cunha distal.



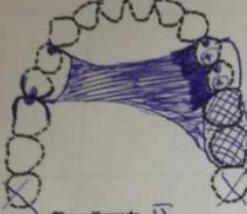
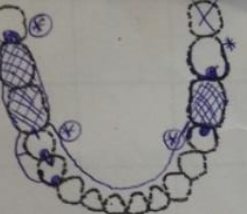
Figura 13. Controlo pós-cirúrgico a 10 semanas.

Esta cirurgia foi marcada uma vez que a paciente seria posteriormente seguida para reabilitação em Prótese Removível. Como foi possível constatar, havia uma necessidade em resolver as irregularidades do rebordo alveolar para posterior reabilitação bem como, a necessidade de resolver a sensibilidade tida no dente 2.5 devido à presente recessão gengival.

No âmbito da recessão gengival optou-se pela técnica *Coronally Advanced Flap* para resolução da sensibilidade daquele dente assim como, pela questão estética. ^{41 56} As vantagens da técnica *Coronally Advanced Flap* passam pelo tratamento de múltiplas áreas de exposição radicular, por não ser necessário envolver dentes adjacentes, por apresentar elevadas taxas de sucesso e por não potenciar a gravidade do problema caso esta técnica falhe. Contudo, apresenta algumas desvantagens no que diz respeito à necessidade de realizar dois procedimentos cirúrgicos caso a área de gengiva queratinizada não seja adequada. ⁵⁵

Para a regularização do rebordo alveolar, optou-se pela técnica da cunha distal uma vez que a forma triangular previne a eliminação de bolsas a distal do último dente do arco. ⁵⁵ Uma preocupação para tornar o prognóstico do tratamento da recessão gengival daquele dente favorável. Com a incisão em cunha distal verificou-se a presença de tecido fibroso.

Toda a cirurgia decorreu de acordo com o planeado com boa colaboração da paciente que foi depois encaminhada para a área de Prostodontia Removível após 6 semanas de ter efetuado a presente cirurgia e onde foi planeado o caso de acordo com a imagem abaixo.

Desenho da prótese <small>(Indicar zonas desdentadas, tipo de conectores, estruturas abutivas e retentoras e apoios oclusais)</small>	Descrição do trabalho pedido <small>(Indicar zonas desdentadas, tipo de conectores, estruturas abutivas e retentoras e apoios oclusais)</small>
 <p>Classe Kennedy <u>II</u></p> <p>P.P.R. Acrílico <input type="checkbox"/> P.P.R. Esquelética <input type="checkbox"/> P. Total <input type="checkbox"/></p>	<p>Maxilar superior - Tipo de prótese <u>Parcial Esquelética</u></p> <p>Zonas desdentadas: <u>2.6, 2.7</u></p> <p>Conectores: <u>Barras Palatinas Com unid. aos 2.4 e 2.0</u></p> <p>Retentores: <u>Granchos duplo 1.5, 1.6 / Granchos em barba T 2.6</u></p> <p>Apoios oclusais: <u>Distal 1.4, 1.6; Distal 1.5 / Mesial 2.4, 2.5</u></p> <p>Dentes cor <u>A2</u> Forma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
 <p>Classe Kennedy <u>Div. 2</u></p> <p>P.P.R. Acrílico <input type="checkbox"/> P.P.R. Esquelética <input type="checkbox"/> P. Total <input type="checkbox"/></p>	<p>Maxilar inferior - Tipo de prótese <u>Parcial Esquelética</u></p> <p>Zonas desdentadas: <u>3.6, 4.6, 4.7</u></p> <p>Conectores: <u>Barras Linguais; RPT duplo no 4.4 e 4.5</u></p> <p>Retentores: <u>Granchos Ar-Kens 3.5; Granchos em anel (de apoio posterior) 3.7</u></p> <p>Apoios oclusais: <u>Distal 4.4, 4.5, 4.8; Distal 4.4 / Mesial 3.5, 3.7; Distal 3.7</u></p> <p>Dentes cor <u>A2</u> Forma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>NOTAS</p> <p>⊗ Prep. pró - prótese: desgastes face lingual</p> <p>* Prep. pró - prótese: face subtração</p>	

VI. Atividade Científica

No decurso de toda a atividade clínica e como complemento à mesma realizaram-se o estudo da Ansiedade Dentária exposto no presente capítulo bem como, dois estudos no formato de póster submetidos e aceites no âmbito de comunicação oral no formato de póster intitulados “*Caries de la Primera Infancia. Revisión y Relato de un Caso.*” (anexo I) e “*Técnica Cone Beam Computed Tomography versus Raio X Periapical: Estudo Preliminar*” (anexo II). O primeiro foi apresentado na *XXXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatria*, no dia 14 de Maio de 2015 e o último, nas IX Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa.

A execução dos póster permitiu o desenvolvimento de um tema em concreto e consequentemente, um maior conhecimento das problemáticas estudadas bem como, o ganho de reflexão crítica e científica sobre os temas. Foram pois, trabalhos de grande relevo na construção académica, fonte de grande motivação no desenvolvimento de estudos científicos.

Com o desenvolvimento do estudo piloto sobre ansiedade dentária na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, pretendeu-se contribuir para a otimização da comunicação como forma de mitigar as causas de ansiedade que poderão pôr em causa a saúde oral da pessoa, conseguindo, assim, realizar diagnósticos e planos de tratamento eficazes, ajustados à individualidade de cada doente e maximizando o prognóstico.

Este trabalho apresenta-se como exemplo da necessidade de assegurar que o desempenho clínico obedece ao Estado da Arte em Medicina Dentária bem como, à constante necessidade de ganho de conhecimentos científicos que assentam nos princípios basilares da aprendizagem eterna.

6.1. Metodologia do Estudo da Ansiedade Dentária

A. Tipo de Estudo

O presente estudo, Ansiedade Dentária- Um Estudo Piloto na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, está enquadrado num estudo do tipo transversal ou de prevalência. Trata-se de um tipo de estudo utilizado em questões de saúde pública para avaliar e planear programas de controlo de doenças permitindo medir a prevalência da doença em que os dados são recolhidos num determinado intervalo de tempo, especificamente para a obtenção de informações desejadas de grandes populações sendo predominantemente observacional e analítico em que se registam e analisam comportamentos e características que constituem fatores que predis põem os indivíduos ao medo e ansiedade dentária.

Os dados da pesquisa tiveram como única finalidade o seu tratamento científico onde foi assegurado a total confidencialidade e a inexistência de risco para o paciente.

B. Amostra

O estudo presente neste relatório de atividade clínica refere-se a uma amostra de 150 pacientes entre os 12 e os 71 anos de idade e de ambos os géneros (sendo 67% do sexo feminino) pacientes da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa.

C. Critérios de Inclusão e de Exclusão

Os pacientes inquiridos eram pacientes da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa que se encontravam na sala de espera, antes da sua consulta bem como pacientes que se encontravam já sentados na cadeira, com idade igual e superior a 12 anos, que sabiam ler e escrever e que

se disponibilizaram para responder ao inquérito apresentado. Os dados foram recolhidos de Fevereiro de 2015 a Maio de 2015.

Foram excluídos os pacientes com idade inferior a 12 anos que não sabiam ler e escrever, que estavam na sala de espera mas não eram pacientes da Clínica Universitária e aqueles que não se disponibilizaram a responder.

D. Instrumentos

No que concerne ao instrumento de trabalho, recorreu-se a um questionário (Anexo III), elaborado a partir da revisão de literatura sobre o tema da Ansiedade Dentária, sendo que foi aplicado entre o período de Fevereiro de 2015 a Maio de 2015.

Os inquéritos foram entregues pessoalmente e recolhidos diretamente pela aluna em questão embora, com a colaboração de colegas que se encontravam a iniciar o atendimento nos casos daqueles pacientes que já se encontravam prestes a iniciar a sua consulta de Medicina Dentária.

E. Dados Individuais do Paciente

Nesta primeira secção do questionário pretendia-se ter conhecimento acerca do género, idade, nível de escolaridade e profissão do paciente inquirido.

F. Comportamento Individual Face ao Tratamento Dentário

Os pacientes colaborantes forneceram informações acerca da frequência na consulta de Medicina Dentária, com que faltam às consultas devido ao medo; se já experimentaram momentos traumatizantes nas consultas de Medicina Dentária; e se as pessoas com quem convivem, familiares e amigos, têm medo de ir ao Médico Dentista assinalando a opção que mais convém no respetivo questionário.

G. Medo e Ansiedade Dentária- Administração e Pontuação das Escalas Utilizadas

Escala de Modified Dental Anxiety Scale- MDAS (versão portuguesa)

O MDAS demora cerca de 1 minuto a ser preenchido. A pontuação total é calculada através da soma das pontuações de todos os itens, pontuáveis entre 1 e 5. Esses itens podem também ser avaliados de forma a detetar o medo induzido por cada estímulo de forma individual. A escala final é pontuada de 5 (sem ansiedade) a 25 (alta ansiedade/extrema ansiedade). A mensuração é ordinal embora os dados possam ser tratados como sendo de nível intervalar em que as pontuações iguais ou superiores a 19, são consideradas indicador de níveis de ansiedade fóbicos. Outros autores têm considerado que indivíduos com pontuações entre 15 e 19 deverão ser considerados pacientes ansiosos. ³²

Escala de Dental Fear Survey- DFS (versão portuguesa)

Este questionário tem uma duração de aproximadamente 2 a 5 minutos respeitante ao seu preenchimento. A pontuação total é calculada através da soma das pontuações de todos os itens podendo ser entre 20 (ansiedade baixa) a 100 (ansiedade alta). Os itens podem também ser analisados detetando o medo induzido por cada estímulo individual. ³²

Não há estudos de aferição publicados com pontos de corte para o DFS. Contudo, existem autores que consideram que uma pontuação DFS \geq que 60 é representativa de ansiedade dentária elevada ao passo que DFS $<$ que 60 representa ansiedade moderada. ³²

6.2. Resultados da Temática da Ansiedade Dentária

Os resultados obtidos após aplicação do questionário foram transcritos para o programa Microsoft Excel 2013® e a respetiva análise de dados foi realizada com o *Statistical Package for the Social Sciences- v. 22 (IBM Corporation, 2013)*. Foi considerado o nível de significância (p) de 0,05.

A consistência interna/fidelidade foi medida com o alfa de *Cronbach* e correlações item-total, tendo como critérios alfa > 0,70 e correlação item-total >0,30.⁵⁹

Para as estatísticas descritivas foram calculadas médias, desvios padrão, frequências absolutas e relativas. A análise das variáveis categóricas foi realizada com o teste qui-quadrado, tendo sido cumprido o pressuposto do máximo de 20% de células com frequência esperada inferior a cinco.

6.2.1. Caracterização da amostra

Neste estudo participaram 150 indivíduos, 67% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 12 e 71 anos ($M= 41,03$, $DP= 14,10$).

O nível de escolaridade (Gráfico 20) mais frequente dos inquiridos foi o secundário (30,7%), seguido pela licenciatura (28%), completando o pódio com o 3º ciclo (13,3%).

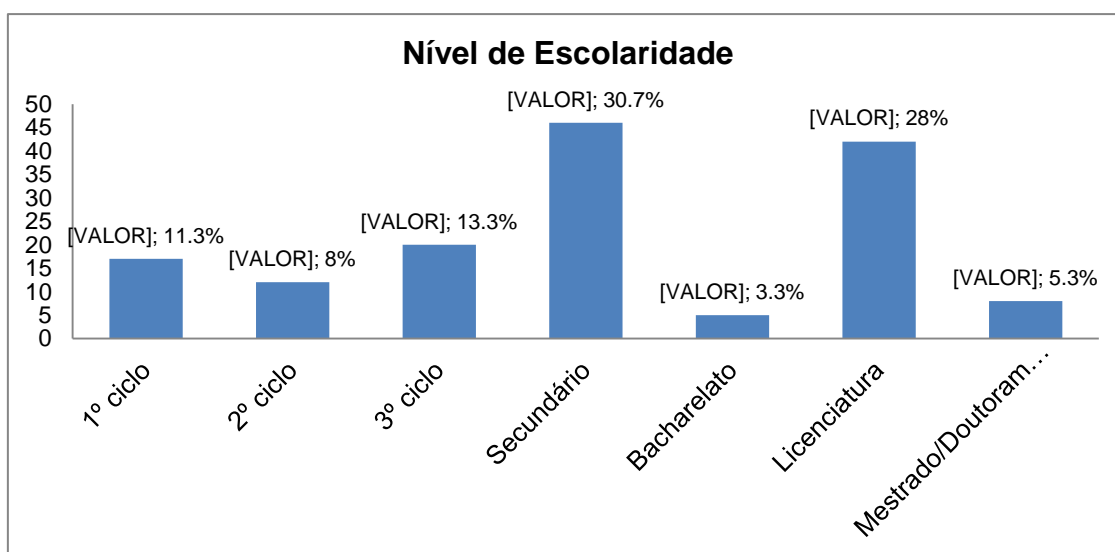


Gráfico 20. Distribuição do nível de escolaridade

6.2.2. Consistência interna da MDAS e DFS

As propriedades psicométricas das duas escalas (MDAS e DFS) analisadas sugerem que estes instrumentos têm boa consistência interna, medida com o alfa de *Cronbach* ($> 0,70$) e valores elevados de correlação item-escala ($> 0,30$).⁵⁹

A consistência interna da MDAS foi de 0,91 e as correlações item-total variaram entre 0,72 e 0,88 (Tabela 4), valores próximos de outros estudos que obtiveram um valor de consistência interna 0,88 e correlações item-total entre 0,93 e 0,96.⁶⁰

A consistência interna do DFS foi de 0,96 e as correlações item-total variaram entre 0,57 e 0,84 (Tabela 5). No estudo de Oliveira, *et al*, a consistência interna do DFS foi de 0,94; noutro foi de 0,95 e as correlações item-total variaram entre 0,85 e 0,92.^{61 62}

Tabela 4. Propriedades Psicométricas da MDAS.

MDAS	Correlação item-total
Se amanhã fosse ao seu médico dentista para tratamento, como se sentiria?	0,82
Se estivesse sentado na sala de espera (à espera de tratamento), como se sentiria?	0,78
Se lhe estivessem prestes a brocar um dente, como se sentiria?	0,88
Se lhe estivessem prestes a fazer uma destartarização e polimento (limpeza), como se sentiria?	0,74
Se estivesse prestes a receber uma injeção de anestesia local na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?	0,72
Alfa de Cronbach	0.91

Tabela 5. Propriedades Psicométricas do DFS.

DFS	Correlação item-total
O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que desmarcasse ou faltasse a alguma consulta?	0,57
Os meus músculos ficam tensos...	0,73
A minha respiração acelera...	0,81
Sinto-me suado...	0,64
Sinto-me como se tivesse "borboletas" no estômago...	0,64
O meu coração bate mais depressa...	0,83
Marcar uma consulta para o dentista...	0,69
Aproximar-se do consultório dentário...	0,65
Estar sentado na sala de espera...	0,79
Estar sentado na cadeira do dentista...	0,84
O cheiro do consultório dentário...	0,74
Ver o dentista a entrar...	0,79
Ver a agulha da anestesia...	0,71
Sentir a injectar a agulha...	0,76
Ver a broca...	0,87
Ouvir a broca...	0,85
Sentir as vibrações da broca...	0,78
Fazer uma limpeza aos dentes...	0,66
Considerando todos estes pontos, qual é o grau de medo que tem de que lhe executem tratamentos dentários?	0,89
Alfa de Cronbach	0.96

6.2.3. Comportamento individual face ao tratamento dentário

A análise do comportamento individual face ao tratamento dentário (Tabela 6) mostrou que as idas a consultas de medicina dentária ocorrem mais frequentemente “uma vez por ano” (39,3%) ou de “seis em seis meses” (36,7%). Apenas um reduzido número de participantes referiu que “por vezes falta” a consultas por medo (8,7%) e um número ainda mais baixo, referiu que falta frequentemente por esta razão (3,3%). Uma experiência traumatizante num consultório de medicina dentária foi vivida por 26,7% dos inquiridos e 10,7% teve conhecimento dessa ocorrência. Desses, 25% admitem que isso influenciou o seu comportamento das consultas de Medicina Dentária. Cerca de 28% dos inquiridos referiu ter “familiares, amigos ou conhecidos com medo de ir ao dentista”.

Tabela 6. Comportamento Individual face ao Tratamento Dentário.

	n	%
Frequência com que vai a consultas de medicina dentária		
Só quando tenho dores	23	15.3%
Uma vez por ano	59	39.3%
De seis em seis meses	55	36.7%
Várias vezes por mês	13	8.7%
Com que frequência falta às consultas devido ao medo		
Nunca	132	88.0%
Às vezes	13	8.7%
Frequentemente	5	3.3%
Experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária		
Não	110	73.3%
Sim	40	26.7%
Conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária		
Não	133	89.3%
Sim	16	10.7%
Se sim, esse relato influenciou o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária	4	(25%)
Os seus familiares, amigos e pessoas com quem convive têm medo de ir ao Médico Dentista		
Não	108	72.0%
Sim	42	28.0%

6.2.4. Análise das escalas MDAS e DFS

A distribuição de respostas na escala MDAS mostrou que grande parte das respostas se inclinou no sentido da ausência ou ansiedade ligeira ($p < 0,001$), em particular nas questões relativas à ansiedade perante uma “consulta no dia seguinte” (59,1% nada ansiosos, 25,5% um pouco ansiosos), “estar na sala de espera” antes de uma consulta (55,3% nada ansiosos, 22,7% um pouco ansiosos), ou estar prestes a fazer uma “destartarização e polimento” (50,7% nada ansiosos, 28% um pouco ansiosos). A antecipação do tratamento de “brocar um dente” ou “receber uma anestesia local na gengiva” foram as afirmações em que os inquiridos reportaram mais ansiedade.

Tabela 7. Distribuição das respostas da MDAS.

	Nada ansioso	Um pouco ansioso	Mod. ansioso	Muito ansioso	Extr. ansioso	p-valor
Se amanhã fosse ao seu médico dentista para tratamento, como se sentiria	88 (59.1%)	38 (25.5%)	14 (9.4%)	7 (4.7%)	2 (1.3%)	p<.001
Se estivesse sentado na sala de espera (à espera de tratamento), como se sentiria	83 (55.3%)	34 (22.7%)	20 (13.3%)	11 (7.3%)	2 (1.3%)	p<.001
Se lhe estivessem prestes a brocar um dente, como se sentiria	45 (30.0%)	53 (35.3%)	30 (20.0%)	13 (8.7%)	9 (6.0%)	p<.001
Se lhe estivessem prestes a fazer uma destartarização e polimento (limpeza), como se sentiria	76 (50.7%)	42 (28%)	17 (11.3%)	10 (6.7%)	5 (3.3%)	p<.001
Se estivesse prestes a receber uma injeção de anestesia local na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria	46 (30.7%)	43 (28.7%)	38 (25.3%)	13 (8.7%)	10 (6.7%)	p<.001

Relativamente à distribuição das respostas do DFS, as afirmações relativas a “adiar ou desmarcar consultas”, ansiedade ao “marcar consulta” para o dentista, “aproximar-se do consultório dentário”, o “cheiro do consultório dentário” ou “ver o dentista a entrar” obtiveram os resultados mais baixos de ansiedade. No sentido oposto, os resultados relativos a “sentir o injetar da agulha” reportaram os níveis mais elevados de ansiedade (12% muito ansiosos

e 5,3% extremamente ansiosos). “Ouvir a broca” (10% muito ansiosos e 5,3% extremamente ansiosos), “ver a agulha da anestesia” (9,3% muito ansiosos e 4,7% extremamente ansiosos), “ver a broca” (9,3% muito ansiosos e 4,7% extremamente ansiosos) e “sentir as vibrações da broca” (7,3% muito ansiosos e 4,7% extremamente ansiosos) foram as restantes afirmações conotadas como mais ansiosas.

Tabela 8. Distribuição das respostas do DFS

	Nunca	Uma ou Duas vezes	Alguma s vezes	Freque ntemen te	Quase sempre	p- valor
O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que adiasse o ato de marcar consulta	125 (83.3%)	14 (9.3%)	4 (2.7%)	6 (4.0%)	1 (0.7%)	p<.0 01
O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que desmarcasse ou faltasse a alguma consulta	132 (88.0%)	9 (6.0%)	3 (2.0%)	5 (3.3%)	1 (0.7%)	p<.0 01
Quando submetido a um tratamento dentário...						
Os meus músculos ficam tensos	52 (34.7%)	48 (32.0%)	31 (20.7%)	12 (8.0%)	7 (4.7%)	p<.0 01
A minha respiração acelera	68 45.3%	39 (26.0%)	29 (19.3%)	11 (7.3%)	3 (2.0%)	p<.0 01
Sinto-me suado	92 (61.3%)	30 (20.0%)	17 (11.3%)	7 (4.7%)	4 (2.7%)	p<.0 01
Sinto-me como se tivesse "borboletas" no estômago	93 (62.0%)	31 (20.7%)	14 (9.3%)	9 (6.0%)	3 (2.0%)	p<.0 01
O meu coração bate mais depressa	71 (47.3%)	40 (26.8%)	26 (17.3%)	10 (6.7%)	3 (2.0%)	p<.0 01
Grau de medo e ansiedade ao...						
Marcar uma consulta para o dentista	127 (84.7%)	13 (8.7%)	6 (4.0%)	4 (2.7%)	0 (0%)	p<.0 01
Aproximar-se do consultório dentário	127 (84.7%)	13 (8.7%)	5 (3.3%)	4 (2.7%)	1 (0.7%)	p<.0 01

Estar sentado na sala de espera	92 (61.3%)	34 (22.7%)	15 (10.0%)	8 (5.3%)	1 (0.7%)	p<.0 01
Estar sentado na cadeira do dentista	77 (51.3%)	42 (28.0%)	18 (12.0%)	8 (5.3%)	5 (3.3%)	p<.0 01
O cheiro do consultório dentário	107 (71.3%)	25 (16.7%)	11 (7.3%)	3 (2.0%)	4 (2.7%)	p<.0 01
Ver o dentista a entrar	109 (72.7%)	23 (15.3%)	9 (6.0%)	6 (4.0%)	3 (2.0%)	p<.0 01
Ver a agulha da anestesia	56 (37.3%)	49 (32.7%)	24 (9.3%)	14 (9.3%)	7 (4.7%)	p<.0 01
Sentir a injectar da agulha	48 (32.0%)	51 (34.0%)	25 (16.7%)	18 (12.0%)	8 (5.3%)	p<.0 01
Ver a broca	71 (47.3%)	35 (23.3%)	23 (15.3%)	14 (9.3%)	7 (4.7%)	p<.0 01
Ouvir a broca	64 (42.7%)	39 (26.0%)	24 (16.0%)	15 (10.0%)	8 (5.3%)	p<.0 01
Sentir as vibrações da broca	70 (46.7%)	39 (26.0%)	23 (15.3%)	11 (7.3%)	7 (4.7%)	p<.0 01
Fazer uma limpeza aos dentes	84 (56.0%)	37 (24.7%)	18 (12.0%)	9 (6.0%)	2 (1.3%)	p<.0 01
Considerando todos estes pontos, qual é o grau de medo que tem de que lhe executem tratamentos dentários	75 (50.0%)	40 (26.7%)	23 (15.3%)	8 (5.3%)	4 (2.7%)	p<.0 01

Globalmente a MDAS e o DFS apresentaram resultados de “ansiedade ligeira”, 65,3% e 78,0%, respetivamente. “Ansiedade moderada” foi reportada por 28,0% dos inquiridos na MDAS e 20,7% no DFS. A “ansiedade elevada” teve uma expressão muito reduzida no DFS (1,3%) e foi apontada por 6,7% dos inquiridos na MDAS.

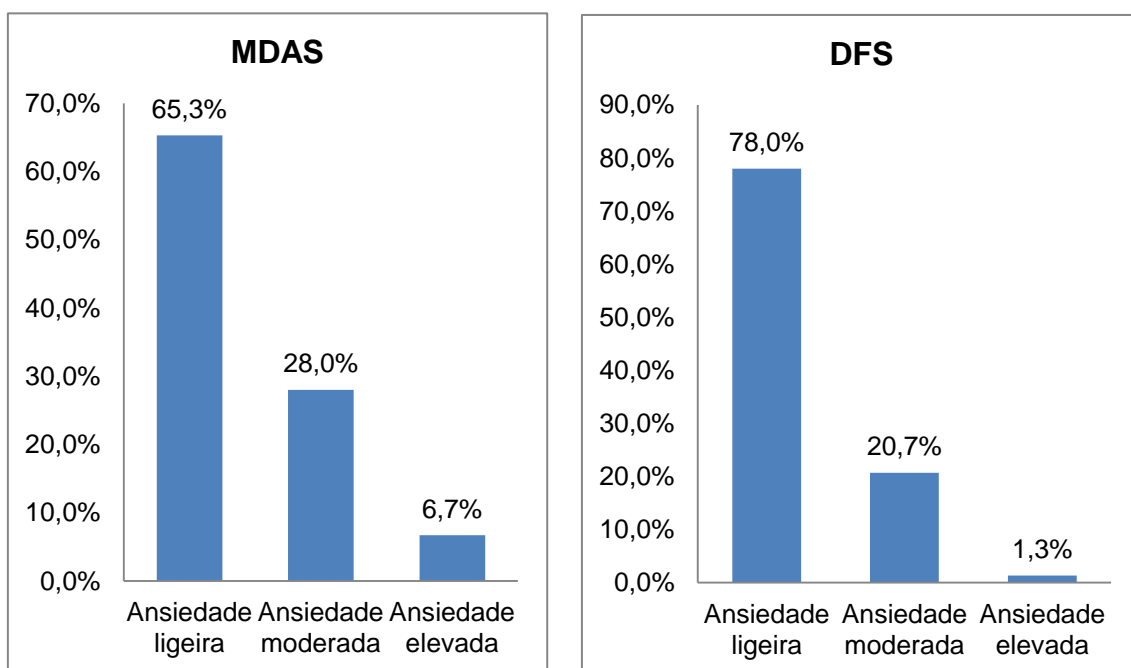


Gráfico 21. Resultados Globais da MDAS e do DFS.

Ao analisar os resultados por género (Gráfico 22) conclui-se que existe uma tendência para maior ansiedade por parte dos inquiridos do sexo feminino. Apenas as inquiridas obtiveram níveis de “ansiedade elevada” (10%) nesta escala. Para além disto obtiveram resultados mais baixos de “ansiedade ligeira” (63,4%). Já na “ansiedade moderada” os resultados dos inquiridos foram superiores (30,6%). No DFS os resultados sugerem a mesma tendência, com 2% de inquiridas que reportaram “ansiedade elevada” (sem qualquer inquirido) e um menor número destas com “ansiedade ligeira” (73,3%). Já na “ansiedade moderada”, ao contrário da MDAS, foram as inquiridas a reportarem mais “ansiedade moderada” (24,8%). Apesar desta tendência não foram encontrados resultados estatisticamente significativos na MDAS ($p=0,07$) ou na DFS ($p=0,11$).

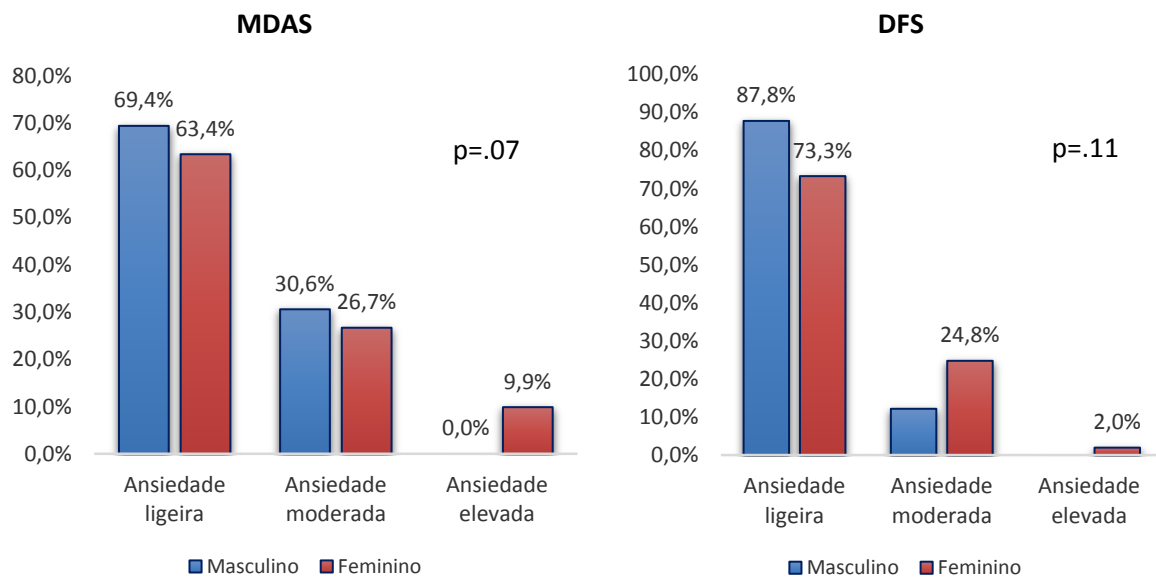


Gráfico 22. Resultados por género da MDAS e do DFS.

Os inquiridos que tiveram experiências traumatizantes em consultórios de dentista reportaram níveis estatisticamente significativos mais elevados de ansiedade na MDAS ($p < 0,001$) e no DFS ($p = 0,006$), comparativamente com os inquiridos sem este tipo de experiência (Gráfico 23). Na MDAS, 42,5% dos inquiridos reportaram “ansiedade moderada” e 15% “ansiedade elevada”. No DFS, 37,5% reportaram “ansiedade moderada” e 2,5% “ansiedade elevada”. Estes resultados sugerem que indivíduos com experiências traumatizantes prévias tendem a exibir mais ansiedade, embora também possam refletir uma predisposição que atua como facilitador para a perceção de um evento traumático e conseqüentemente, para níveis mais elevados de ansiedade.

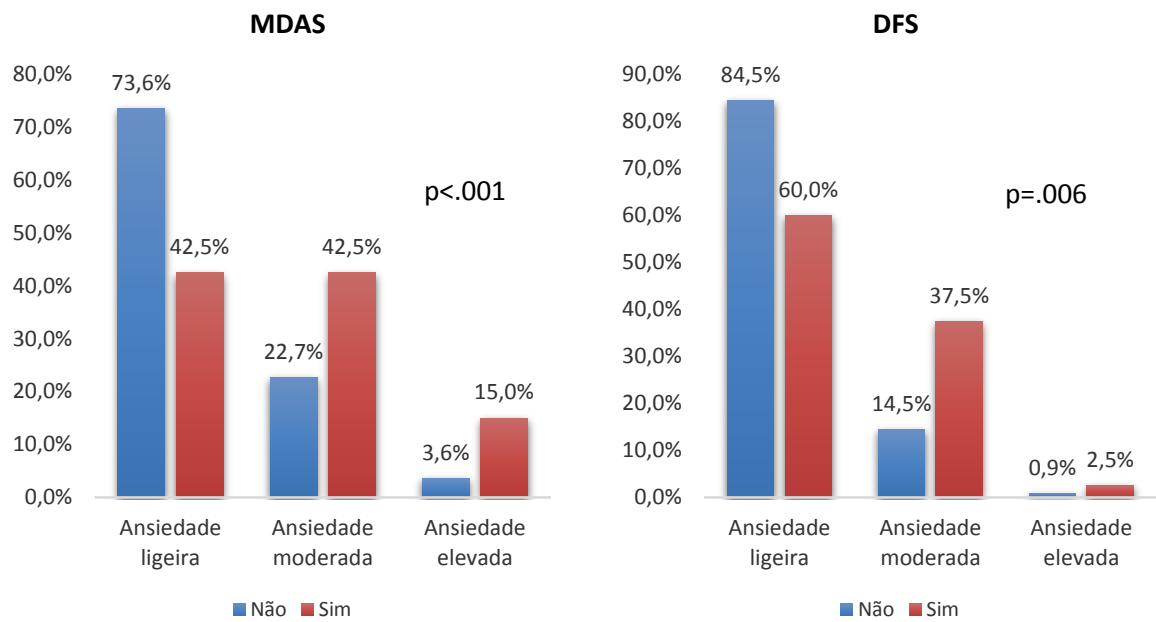


Gráfico 23. Resultados da MDAS e do DFS por experiência traumatizante (Não/Sim).

Relativamente ao conhecimento de acidentes graves num consultório de dentista (Gráfico 24), os inquiridos que responderam afirmativamente também reportaram níveis mais altos de “ansiedade elevada” (18,8%) na MDAS ($p=0,03$). Já no DFS não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,20$).

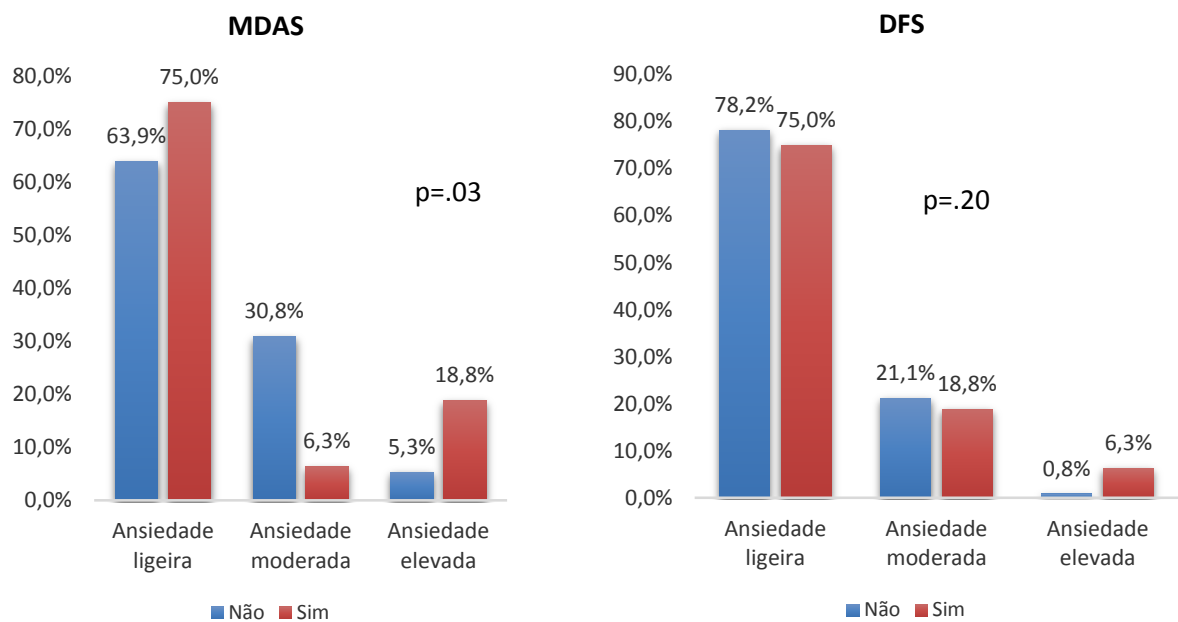


Gráfico 24. Resultados da MDAS e do DFS por conhecimento de acidente grave num consultório de Médico Dentista (Não/Sim).

Ao analisar as diferenças entre os níveis de ansiedade de ambas as escalas (MDAS e DFS) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível de escolaridade. Os resultados do teste *Kruskall-Wallis* mostram que em ambas as escalas o p-valor foi superior a 0,05 no MDAS ($p=0,125$) e DFS ($p=0,213$). Não obstante pode referir-se que a ansiedade média dos inquiridos com “bacharelato” apresentou uma tendência mais elevada em ambas as escalas, MDAS (2,72) e DFS (2,39). Em sentido inverso, os inquiridos com escolaridade mais baixa apresentaram os níveis mais reduzidos de ansiedade: MDAS (1,62), DFS (1,49).

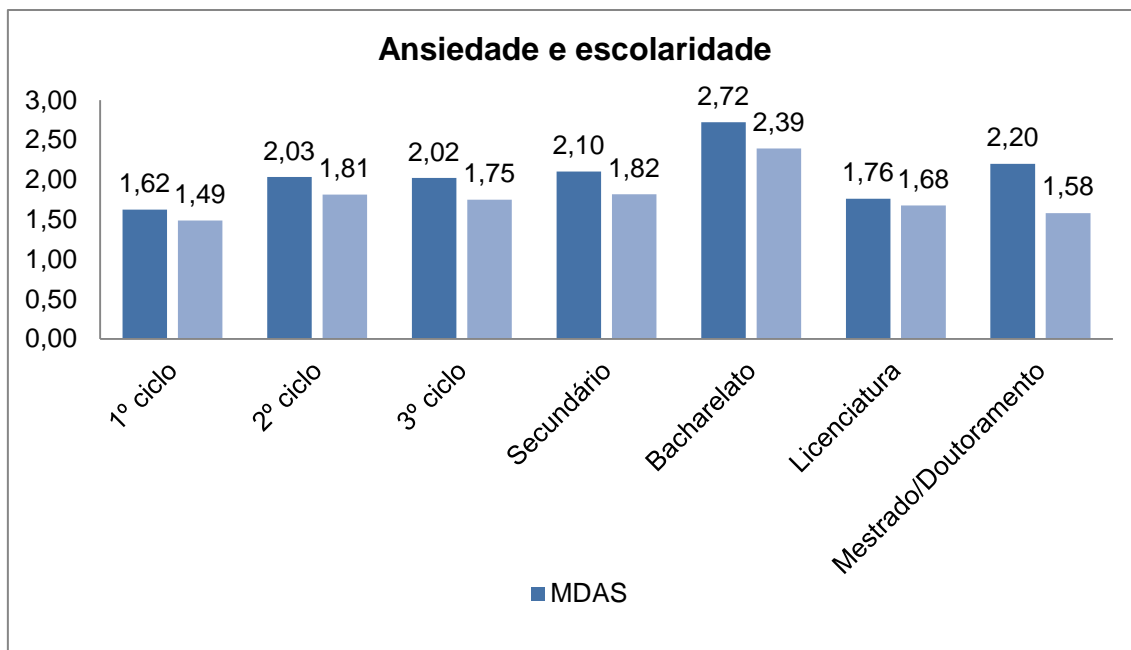


Gráfico 25. Resultados da MDAS e do DFS relacionando a ansiedade e o nível de escolaridade.

6.3 Discussão do presente Estudo

6.3.1. Escala de MDAS e DFS- Consistência Interna

O coeficiente *alfa de Cronbach* obtido para ambos os instrumentos, 0,91 para MDAS e 0,94 para DFS foi elevado, mostrando boa consistência interna.²¹ Estes valores estão dentro da mesma ordem de grandeza comparativamente a outros estudos que reportam valores de 0,82 e 0,96 para a escala de MDAS e de 0,92 e 0,97 para a escala de DFS.^{21 63}

Uma vez que os valores das correlações item-total variam entre 0,71 e 0,88 para a MDAS e 0,85 e 0,92 para a escala DFS, sugere que existe um bom nível de consistência interna pela revisão. Desta forma, estas escalas reforçam a robustez do teste.

6.3.2. Análise das variáveis com o Comportamento Individual face ao Tratamento Dentário

A maioria dos pacientes questionados referiu frequentar o médico dentista uma vez por ano (n=59, 39,3%) sendo que 88% (n=132) afirma nunca faltar às consultas devido ao medo. Num estudo, 38,7% refere recorrer ao Médico Dentista apenas “quando tem dores” enquanto 116, isto é, 77,3% afirmam “nunca faltar a consultas devido ao medo”.⁶⁴

De acordo com as respostas obtidas, 26,7% referem ter passado por “experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária” e 10,7% dizem ter “conhecimento de algum acidente grave num consultório” sendo que 25% desses indivíduos afirma que esse “relato influenciou o seu comportamento nas consultas”. Segundo o mesmo autor, é referido que 48% já experimentaram por algo “traumatizante num consultório” e 77,3% já tiveram conhecimento de “acidentes graves no consultório” sendo que 20% afirmam que esse relato “influenciou o seu comportamento”. Estes valores são bastante superiores aos obtidos no presente estudo sendo que é semelhante o valor obtido daqueles cujo “conhecimento de acidente grave”, “influenciou o seu comportamento”.

6.3.3. Escalas MDAS e DFS

Da aplicação da escala MDAS aos inquiridos na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa pode verificar-se que esta escala apresenta 65,3% de ansiedade ligeira nos inquiridos, 28% de ansiedade moderada e um valor reduzido de 6,7%, manifestou ansiedade elevada. Pela aplicação do questionário DFS verifica-se que 78% revela ansiedade ligeira, 20,7% ansiedade moderada e existe uma expressão mínima de ansiedade elevada de 1,3%. Estes valores não são compatíveis com os obtidos num estudo realizado nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sendo que esta apresenta para os questionários de MDAS, que 24% são “ansiosos” e 28,7% são “muito ansiosos”. Do mesmo estudo retira-se, 5,3% como “moderadamente ansiosos”, 41% “ansiosos” e 40% “muito ansiosos”, para a escala da DFS. Um autor refere

em MDAS, valores de ansiedade de 11,3% e de muita ansiedade de 14,7% sendo que na escala de DFS obteve valores de 76,7% de ansiedade moderada e 23,3%, apresentava ansiedade elevada.¹⁴

O valor percentual de ansiedade obtido no presente estudo é díspar e inferior com aquele defendido por outros autores uma vez que afirmam que a prevalência da ansiedade elevada é de 20%.^{65 66 67}

Na escala DFS verificou-se que, ao contrário do estudo de Ferreira, M., *et al*, uma percentagem mínima de 0,7% afirma “quase sempre” “adiar o ato de marcar uma consulta” e também, com que “desmarcasse ou faltasse a alguma consulta” no presente estudo. O valor obtido pelo autor mencionado é significativamente superior sendo de 55,3% e 54,7%, respetivamente.⁶⁸ Erten, H., *et al*, aponta valores menores que os últimos que expressam o valor percentual de 10,5% de pacientes que “adiam as consultas” e 4,9% que “cancelam a marcação”. Este estudo refere que tratamentos invasivos geram percepções negativas no paciente e podem ser fatores indutores para o adiamento e cancelamento da consulta.⁶⁹ Silva, A., obteve para os atos de “adiar a consulta” e “desmarcar ou faltar à consulta” de 4,7% e 2,7%, respetivamente.¹⁴ Valores muito inferiores aos obtidos pelos restantes autores supracitados.

A maioria dos utentes, na “marcação de consulta”, ao “aproximar-se do consultório”, o “estar sentado na sala de espera”, assim como, “estar sentado na cadeira do dentista”, “ver o dentista a entrar” e no “cheiro do consultório dentário”, revela elevadas percentagens em “nunca” sentir medo. Resultados díspares de Ferreira, M. *et al*, que nas duas primeiras conclui que os pacientes sentem “medo”; estarem “sentados na sala de espera”, “muito medo”; “estar sentado na cadeira do dentista”, “aterrorizados”; e por sua vez, quanto ao “cheiro do consultório dentário” e ao “ver o dentista a entrar”, os pacientes manifestam-se “sem medo”.⁶⁸ Lopes, P. N., defende estes últimos resultados afirmando que tratam de acontecimentos que se traduzem sob a forma de alterações fisiológicas que, nas vésperas da consulta, são manifestadas pelo paciente pelo que potencia a intensidade do medo aquando na sala de espera do consultório até atingir o seu pico pela altura de início da consulta.²¹ Ainda em relação à ansiedade antecipatória, o autor Silva, A., afirma que há associação significativa com valor de $p < 0,05$, com as variáveis “experiência

anterior de trauma”, “familiares, amigos e pessoas com que convive, têm medo de ir ao Médico Dentista” e também, aos valores de MDAS superiores.¹⁴

Relativamente às respostas de ativação fisiológica durante o tratamento Médico-Dentário mostram que é “quase sempre” sentido um “aumento da tensão muscular”, do “ritmo respiratório” e do “ritmo cardíaco” na ordem dos 4,7%, 2,0% e 2,0%, respetivamente. Resultados contrastantes com os obtidos por Ferreira, M. *et al*, Silva, A. e aproximados àqueles obtidos no estudo de Lopes, A.^{64 14 15}

No que concerne aos estímulos desencadeantes de medo dentário, é possível constatar que “ver a agulha”, “sentir a injetar a agulha”, “ver a broca”, “ouvir a broca” e “sentir as vibrações da broca” são estímulos que aumentam os valores da sensação de medo dos indivíduos para “quase sempre”. Estes valores revelam um valor percentual aproximado ao obtido num estudo no que toca aos indivíduos que “nunca” sentem medo sendo que os valores para os indivíduos que sentem “quase sempre” medo nos momentos mencionados são ligeiramente superiores aos obtidos no presente estudo.¹⁵

Contudo, estes valores encontram-se entre os intervalos de 4,7%, 5,3%, 4,7%, 5,3% e 4,7%, respetivamente. São pois, bastantes diferentes daqueles obtidos por Ferreira, M., *et al* que afirma que o paciente se sente “aterrorizado”.⁶⁸ Os valores obtidos não corroboram aqueles obtidos por Milgrom, P, *et al* nem Scott, D., *et al*, que concluíram que o medo das injeções e do ruído eram dos temores mais flagrantes. O primeiro autor constatou que a visão da seringa, o “sentir a agulha” e o “ouvir e sentir as vibrações da broca” são dos estímulos que produzem maior resposta de medo.^{70 71}

6.3.4. Resultados por Género da MDAS e DFS

No presente estudo não se obtiveram resultados estatisticamente significativos sendo que foi observada uma tendência para maior ansiedade nos indivíduos do sexo feminino. Estes dados são corroborados com o estudo de Ferreira, M. et al, que afirma que o resultado da classificação de ambas as escalas não se encontra associado com o género. ⁶⁸

Outros autores reportam resultados significativos na dimensão “evitamento da consulta” superior no sexo feminino. ^{15 14 72 73 74}

As mulheres em qualquer faixa etária apresentam maior prevalência de níveis elevados de ansiedade referindo maior expectativa de ocorrência de tratamentos negativos comparativamente aos homens. ²³ Tanto por maior fragilidade psicológica ou até pela aceitação social. Ao contrário, os homens manifestam maior dificuldade na expressão da sensação de ansiedade pelo seu receio não ser socialmente aceitável o que leva a camuflar sintomas e eventuais sinais de angústia, desconforto ou mesmo medo pelo que, o género masculino se apresenta como menos ansioso em todas as faixas etárias. ⁷⁴

Humphris, G. M., et al, afirmaram que o sexo feminino apresentava ansiedade ligeira para todos os itens do questionário (à exceção da destarização e polimento) com resultados significativos ($p < 0.001$). ³² Analisando cada item concluiu-se que aproximadamente o dobro das mulheres comparativamente aos homens eram extremamente ansiosas quanto ao uso da broca e à injeção de anestesia local. De forma semelhante, 10% das mulheres demonstraram ansiedade extrema em relação à consulta no dia seguinte e à espera na sala de espera contrastando com os 5% dos homens. ³²

6.3.5. MDAS e DFS por Experiência Traumatizante experimentada num Consultório de Medicina Dentária (Sim/Não)

Os resultados neste campo apresentam-se como estatisticamente significativos para o MDAS ($p < 0.001$). O valor percentual de indivíduos que afirmam já ter experimentado uma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária é de 42,5%, para aqueles com ansiedade moderada e 15%, para aqueles com ansiedade elevada. Desta forma, estes valores elevados sugerem que pacientes que já passaram por uma experiência traumatizante são mais ansiosos. Este facto é coincidente com o estudo de Silva, A. que afirma que os pacientes que de alguma forma, ficaram marcados por experiências negativas em ambiente clínico são frequentemente mais ansiosos.¹⁴ É defendido que experiências traumatizantes que tenham lugar durante a consulta assim como, a ansiedade e medo relacionados com o atendimento dentário muitas vezes com origem numa história prévia de atendimento traumatizante, podem conduzir a níveis de ansiedade dentárias mais elevados.^{21 75 68}

Um estudo realizado por Beck, A. T., *et al*, concluiu que os pacientes que comparecem à consulta com menor regularidade são vítimas de procedimentos dentários anteriores, com episódios de trauma e que podem protelar o tratamento dentário para apenas as ocasiões em que sentem dor.⁷⁶

Segundo outros autores, esta relação é apoiada nos seus resultados que relatam que a classificação MDAS está significativamente associada a “experiência anterior de trauma”.^{68 77 78}

No entanto e apesar de haver uma tendência na escala DFS, não houve resultados estatisticamente significativos tal como o obtido no estudo de Ferreira, M., *et al*.⁶⁸

6.3.6. MDAS e DFS por Conhecimento de Acidente Grave num Consultório de Medicina Dentária (Sim/Não)

Da mesma forma, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos para os inquiridos que responderam ter já conhecimento de acidente grave num consultório com um valor de $p < 0,03$, numa percentagem de 18,8%. Estes dados são corroborados pelo estudo de Ferreira, M., et al, que afirma que pacientes ansiosos são os que mais conhecem acidentes em consultórios.⁶⁸ Dados também de acordo com o estudo de Silva, A., que concluiu que os pacientes ansiosos são influenciados pelo conhecimento de acidentes.¹⁴

6.3.7. Ansiedade e Escolaridade

Ao analisar as escalas MDAS e DFS em relação à escolaridade conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas com teste de Kruskal-Wallis a resultar em valor de $p > 0,05$. A corroborar esta informação existe o estudo de Silva, A. que obteve valores de p para MDAS e DFS de 0,44 e de 0,45, respetivamente.¹⁴

Segundo Moore, R. *et al*, indivíduos com níveis de educação mais baixos demonstraram resultados de ansiedade significativamente superiores aos restantes sujeitos.⁷⁹

VII. Discussão

Foram analisados 117 atos clínicos no total sendo 72 foram enquanto operador e 45 enquanto assistente. Destes atos sabe-se que 63 eram do sexo masculino e 54 do sexo feminino. Destes pacientes houve vários pacientes a serem atendidos mais do que uma vez e em várias disciplinas, o que se apresenta como indício da tentativa de cumprir o plano de tratamento.

A média de idades de todos os pacientes atendidos pelo Binómio é de 52,31. A faixa etária mais atendida é aquela no intervalo entre os 50 e os 60 anos de idade sendo que foram atendidos menos indivíduos da faixa entre os 30 e os 40 anos de idade sendo seguido, dos indivíduos com idades abaixo dos 20 anos de idade.

A Dentisteria Operatória e a Prótese Removível são as áreas disciplinares com maior afluência e em que a diversidade de atos clínicos é maior. A Dentisteria Operatória equivale a 16% da totalidade dos atos e a Prótese Removível a 28% dos atos. A Dentisteria Operatória trata da realização de um tratamento relativamente simples, barato, com tempo de cadeira e desconforto baixos. A Prótese Removível é uma área que realiza tratamentos de reabilitação oral com boa relação custo-benefício após a assinatura de um orçamento e que permite a marcação de dois pacientes por aula o que conseqüentemente, permite o atendimento de maior número de pacientes. Trata-se de uma área disciplinar onde existe pouca desmarcação ou falta às consultas uma vez que, geralmente, os pacientes estão comprometidos com o processo de reabilitação assim que é assinado o Orçamento.

Pelo contrário, as disciplinas com menor afluência são a Oclusão seguida da Odontopediatria e Prótese Fixa. Esta última, possivelmente, devido aos elevados custos a que se encontra associada.

7.1. Hábitos Tabágicos- Considerações Gerais

O tabagismo é um hábito com efeitos sobre a saúde oral, saúde cardiovascular bem como, a relação entre o tabaco e os aspetos psicológicos sendo que este último tem levantado questões polémicas.^{80 81}

O facto de ter sido atendida pelo binómio uma percentagem de fumadores, inferior à de não fumadores pode ser indicativo de uma diminuição de consumo de tabaco. Após a realização do Inquérito Nacional sobre o Consumo de Substâncias Psicoativas realizado em 2001, a prevalência estimada de fumadores ativos foi de 29% e de 19,6% segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 realizado pelo Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.^{82 83} Neste último foi apurado que 28,7% é o valor percentual para o sexo masculino por oposição ao valor de 11,2% para o sexo feminino que manifestou um aumento desde ao mesmo inquérito realizado em 1998/1999.⁸²

7.2. Relação entre Tabaco com Hipertensão, Colesterol e Depressão

Pelo gráfico 5 é possível observar que nos indivíduos fumadores, as percentagens mais elevadas são daqueles sem hipertensão e sem colesterol.

Pelo estudo de dados anatomopatológicos bem como, investigações clínicas e epidemiológicas é possível constatar que a relação entre as dislipidemias particularizando o caso da hipercolesterolemia e a doença arterial coronária, há demonstração de relação entre estas. O tabagismo é pois, um fator de grande importância enquanto fator de risco para a doença cardiovascular.⁸⁴

Começando pela hipertensão, encontra-se na literatura que o número de indivíduos fumadores encontrados entre os hipertensos é menor comparativamente ao grupo de doentes não hipertensos. O mesmo é verificado no âmbito da hipercolesterolemia uma vez que, os indivíduos fumadores apresentam-se em menor número no caso dos indivíduos com hipercolesterolemia por comparação com aqueles sem hipercolesterolemia.⁸⁵

Lobão, A., *et al*, propõem como explicação, a promoção de estilos de vida saudáveis como estando a surtir efeito.⁸⁵

Outro estudo confirma a não associação entre hábitos tabágicos com hipertensão e hipercolesterolemia enquanto fatores de risco pelo estudo dos parâmetros lipídicos.⁸⁶ No entanto, para o alelo $\epsilon 4$ houve significância estatística entre obesos e não obesos pelo estudo do índice de massa corporal contrariamente aos fatores de risco mencionados anteriormente. Pela literatura, foi possível constatar a constância de resultados nesta temática uma vez que, se verifica que a hipertensão é tão mais frequente em indivíduos profissionalmente inativos, diabéticos, hipercolesterolémicos, obesos e naqueles com antecedentes cardiovasculares pessoais e familiares precoces. Ainda, este fenómeno não é observado nos fumadores e a prevalência de hipertensão foi mais elevada nos não fumadores.⁸⁷ Desta forma, a hipertensão está negativamente associada aos hábitos tabágicos e apresenta-se menos frequente nos fumadores.

Por sua vez, os resultados obtidos para o número de indivíduos com hipertensão e hipercolesterolemia no grupo de não fumadores pode ser justificado pelo facto da prevalência elevada em Portugal, que ultrapassa os 40% na população adulta.⁸⁸ Segundo o estudo *Prevalence, Awareness, treatment and control of hypertension in Portugal*, realizado a nível nacional em 2003, verifica-se uma percentagem de 42,1% indivíduos que estavam cientes de o ser e 39,0% estavam tratados.⁸⁷ Quanto ao género, a hipertensão apresenta-se mais prevalente no sexo masculino.^{88 85} O que não é suportado pelos resultados do gráfico 6 no qual o número de indivíduos observados com hipertensão e sem hipertensão é aproximadamente igual em ambos os sexos sendo ligeiramente superior o número de homens com hipertensão.

É na consulta de Medicina Oral que é prática da Clínica Universitária da Universidade Católica de Viseu, a realização da medição da tensão arterial dos seus utentes. O diagnóstico de uma possível condição de hipertensão e o alerta do paciente são fundamentais já que o risco no tratamento deste tipo de pacientes remete para a possibilidade de desenvolvimento de enfarte do miocárdio ou acidente vascular cerebral devido a um pico de tensão arterial. Sendo que com níveis elevados de tensão arterial deve ser protelada a consulta para uma altura em que estes se apresentem estáveis.^{89 90 91 92 93}

Existem factores de risco modificáveis e não modificáveis. Os primeiros são a alimentação salgada, obesidade, falta de exercício físico, ingestão de álcool e tabaco. Por sua vez, os hábitos tabágicos promovem a rigidez e vasoconstrição o que diminui a distensibilidade das artérias e conseqüentemente, as suas características viscoelásticas.^{89 90 93 94}

Pela análise do gráfico 7, é possível verificar o número de indivíduos medicados tanto para a hipertensão quanto para a hipercolesterolemia. Para conhecimento obteve-se ainda, o número de indivíduos atendidos pelo binómio, medicados para a ansiedade apresentando-se com um valor insignificante na totalidade dos atos realizados.

Pela revisão efetuada é possível observar a existência de uma relação com os hábitos tabágicos e distúrbios psiquiátricos tais como, a depressão e ansiedade.⁸¹ Contudo, é polémica a literatura no que concerne ao perfil psicológico do fumador.

Os afetos negativos ocorrem mais frequentemente em indivíduos predispostos à depressão sendo que, estes aprenderam rapidamente que fumar alivia os sintomas. Ao mesmo tempo, a depressão pode disparar o desejo de fumar uma vez que, que a nicotina alivia os sintomas.⁹⁵

O tabaco e a depressão podem estar associados no âmbito da procura da auto-medicação de sentimentos de tristeza, o uso da nicotina regula o humor, podem correlacionar-se devido a causas genéticas ou psicossociais que contribuem para a expressão de ambos.⁸¹ Existem estudos positivos que estabelecem uma relação positiva entre depressão e tabagismo. Parte-se também do princípio que, se o indivíduo fuma com o objetivo de auto-medicar a ansiedade, a toma de ansiolíticos facilitariam o abandono do tabagismo e atenuaria sintomas após a cessação.^{81 95} O gráfico 6 não corrobora estes resultados uma vez que apenas foi observado um paciente fumador que apresentava depressão. Pelo contrário, o número de indivíduos com depressão apresentou-se superior nos indivíduos não fumadores.

7.3. Análise da Doença Periodontal relativamente aos Atos Clínicos realizados

A Doença Periodontal é a unificação de patologias inflamatórias de origem infecciosa que afetam os tecidos de suporte dentário sendo exemplos a periodontite e a gengivite. Para o desenvolvimento destas patologias, há a ocorrência de depósitos de placa bacteriana nas faces da superfície dentária que invadem o sulco gengival. Após este agente etiológico primário, pode haver afeção irreversível do periodonto podendo culminar na perda dentária o que afetará a qualidade de vida da pessoa associada ao empobrecimento da saúde da cavidade oral e das suas funções. ⁴¹

É através da sondagem periodontal que se deteta hemorragia, a profundidade das bolsas periodontais, envolvimentos de furca, mobilidade e recessões. ⁴¹ Desta forma, torna-se possível a realização do diagnóstico. Caso seja de gengivite, significa que os tecidos gengivais se encontram inflamados sem haver perda de suporte. A etiologia é variável mas é frequentemente, induzida pela placa bacteriana estando, no entanto, associada a *diabetes mellitus*, medicamentos, idade. ⁴¹

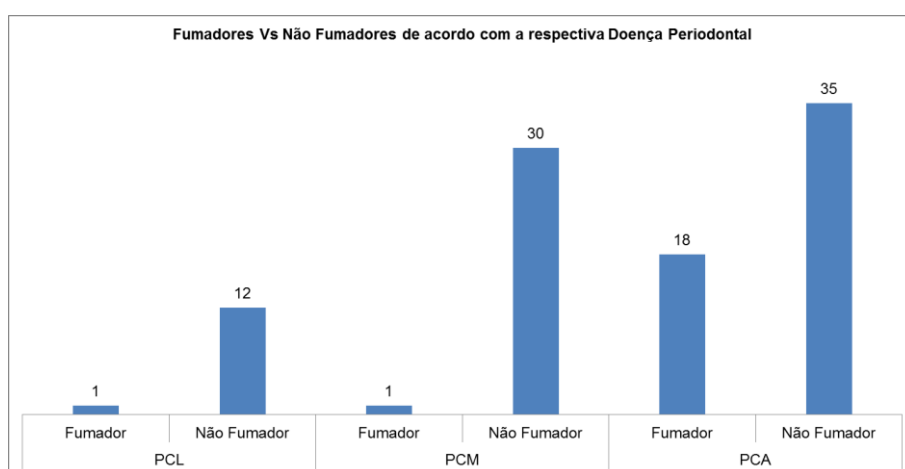
Por sua vez, a periodontite crónica é a patologia mais prevalente na população adulta, cuja destruição do periodonto está associada a fatores locais como a placa bacteriana juntamente com má higiene oral, xerostomia, respiração oral, entre outros. ⁴¹



Figura 14. Exemplo de uma Periodontite Crónica Leve Generalizada e Moderada Localizada no 5ºQ.

A periodontite pode ser agravada por fatores como o tabaco, *diabetes mellitus*, *stress* e predisposição genética. ⁴¹

De acordo com o gráfico 11, o maior número de indivíduos observado apresenta doença periodontal crônica avançada relativamente ao total de indivíduos observado no período letivo corrente. Efetivamente, a doença periodontal manifesta-se na sua forma moderada entre 44% a 57% dos adultos sendo que, em países desenvolvidos, 10% têm periodontite avançada. Esta é na sua maioria, assintomática e instala-se a partir da colonização por bactérias Gram-negativas e anaeróbias como, *Porphyromonas gingivalis* e *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. ⁹⁶



Não existe, contudo, correlação positiva com os dados obtidos dos pacientes fumadores atendidos pelo binómio com doença periodontal. Uma vez que, é possível observar que os indivíduos que apresentam doença periodontal são aqueles que não apresentam hábitos tabágicos. Podemos tirar ilações para o facto de começar a existir uma preocupação pelo paciente na cessação dos hábitos tabágicos.

São vários os estudos que afirmam que a doença periodontal é um importante preditor de eventos cardiovasculares, que fatores genéticos influenciam processos biológicos envolvidos em ambas as patologias, que existe relação fisiopatológica associando pobre saúde periodontal e via sistémica, bem como, que existe uma associação positiva entre placa dentária, resposta inflamatória neutrófila sistémica e libertação de endotoxinas. ^{97 98 99}

Pela avaliação dos parâmetros da doença periodontal como o sangramento, índice de placa, profundidade clínica de sondagem e perda de inserção, com a

doença coronária obstrutiva, conclui-se a existência de resultados estatisticamente significativos as relacionar ambas as variáveis.^{96 100}

Vários estudos demonstram uma associação do tabaco enquanto fator etiológico para a doença periodontal sendo que são efeitos mencionados, as alterações imunológicas, efeitos vasoconstritores e citotóxicos sobre as células do tecido periodontal bem como, alterações do meio microbiológico.^{101 102 103}

Os sinais de eritema e sangramento tecidual podem não estar presentes devido à presença de nicotina que induz o espessamento do epitélio gengival. Desta forma, a epinefrina secretada e induzida pela nicotina causa um fenómeno de vasodilatação seguido de vasoconstrição, que dificultará a chegada das células imunes ao tecido do sulco gengival. Os hábitos tabágicos podem alterar a atividade dos neutrófilos induzindo os mesmos em apoptose e aumentando a suscetibilidade do organismo à presença bacteriana.¹⁰³

É possível concluir que os hábitos tabágicos promovem o sangramento gengival sendo que não existe nenhuma relação estatisticamente significativa em relação ao índice de placa.^{104 105 100} Estes resultados são compatíveis com aqueles obtidos no gráfico 13.

Da mesma forma, pode considerar-se que o estudo de Dietrich, T., *et al*, está concordante com o Gráfico 12 onde se observa que consoante o aumento da frequência de higienização, menor é o valor do *bleeding on probing*, sem que haja grande afeção dos valores do índice de placa. Este estudo afirma que numa população que não esteja sob tratamento periodontal regular, a presença de cálculo e a profundidade de sondagem aumentada podem ser tomadas como sinais de inflamação gengival sendo que o sangramento à sondagem ocorre mais frequentemente em locais com cálculo e profundidade de sondagem aumentada.¹⁰⁰

No gráfico 12 é possível observar que a média dos índices de placa para a higiene oral 1, 2 e 3 vezes por dia não varia drasticamente o que revela hábitos de higiene oral precários bem como, possível técnica de escovagem errónea evidenciando a necessidade de envolvimento do operador clínico no âmbito da prevenção e educação do seu paciente. É pois primordial que o paciente se encontre sistemicamente equilibrado, não seja fumador, seja colaborante, que o índice de placa seja inferior a 20% e o *bleeding on probing* inferior a 15%.⁴¹

Com o aumento do envelhecimento associado a uma melhoria da qualidade de vida desenvolvem-se um maior número de patologias da cavidade oral que requerem tratamento dentário e reabilitação. É pois necessário tomar sempre em consideração a terapêutica a que o indivíduo está sujeito bem como, a existência de patologias sistémicas.^{106 107} Embora não seja visível nos resultados obtidos (gráfico 3) já que a faixa de etária que mais compareceu às consultas do binómio se encontrava na faixa etária entre os 50 e 60 anos, a verdade é que o Médico Dentista irá ter que atender cada vez mais pacientes da terceira idade pelo que, a atenção deve ser minuciosa, desenvolvendo um plano de tratamento baseado no estado de saúde do paciente, tomando em consideração todas as limitações que lhes estão associadas tanto físicas, quanto mentais ou sociais.¹⁰⁶ No estudo referido, verifica-se uma prevalência de patologia cardiovascular logo, são necessárias precauções uma vez que estas podem resultar em hemorragia, hipotensão, palpitações, tonturas, desmaio e edema pulmonar. Desta forma, a história clínica é vital na prática clínica diária tornando-se o maior aliado do profissional de saúde levando assim, o desenvolvimento de um melhor plano de tratamento ao paciente.¹⁰⁶

107

7.4. Ansiedade- Comunicação ou Contributo Farmacológico?

O desconhecimento concreto dos pacientes atendidos unicamente pelo binómio com manifestações de ansiedade dentária impõe-se como uma limitação ao estudo realizado no âmbito da Ansiedade Dentária pois não tornou possível cruzamento dos dados dos inquéritos respondidos por todos os pacientes atendidos pelo binómio. Contudo, 50 a 60% dos indivíduos sofrem de medo relativamente aos procedimentos dentários sendo que, muitos indivíduos sofrem de desordens psiquiátricas que vão assim, impedir a ação eficaz do tratamento dentário.^{17 108}

A profissão da Medicina Dentária é causa de problemas significativos e apreensões por parte de indivíduos pelo que a aprendizagem em lidar com estes pacientes é crucial ao profissional.¹⁰⁹ É importante comunicar com o paciente, transmitir-lhe a tranquilidade e abertura necessárias de forma que a

interação entre ambas as partes seja a melhor possível. A comunicação é uma habilidade que deve ser conquistada ao longo da formação do profissional pois trata de uma interação social entre pessoas que pressupõe o estabelecimento de relações entre grupos sociais e culturais influenciadas por comportamentos, motivações e estados emocionais. ⁸ Quanto à informação médica transmitida é desajustada especialmente no caso de um paciente ansioso ou numa faixa etária mais elevada. Para contornar estes obstáculos é possível expressar técnicas de forma categórica, escrever o que é dito ou oferecer informação visual. ¹¹⁰

De acordo com a bibliografia estudada é importante a aplicação de estratégias na redução da ansiedade pelo aumento da previsibilidade, por exemplo. Caso seja necessário apoiar-se de terapêutica farmacológica bem como, de estratégias de distração sempre recomendando tratamento conjunto com o médico psiquiatra ou psicólogo sem descuidar a possibilidade de recorrer à sedação, dependendo do grau de medo e ansiedade dentária manifestado.

7.5. Ansiedade Dentária- Estudo Piloto na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa

A análise dos questionários MDAS e DFS, permitiu verificar que não existiam diferenças estatisticamente relevantes no que diz respeito ao género ou à escolaridade.

Na sua globalidade, a MDAS e o DFS, apresentaram resultados de “ansiedade ligeira”, com um valor percentual de 65,3% e 78%, respetivamente.

No que diz respeito à frequência da consulta nos pacientes inquiridos, a maioria recorre a tratamentos dentários “uma vez por ano”, “nunca falta” às consultas devido ao medo e não foi alvo de “trauma num consultório de Medicina Dentária”. Da mesma forma, a maioria desconhece “acidentes graves num consultório de Medicina Dentária” e não prava com “familiares, amigos e pessoas conhecidas que têm medo do Médico Dentista”.

Na escala de MDAS 65,3% apresenta ansiedade ligeira e na escala DFS, 78%. Por sua vez, são moderadamente ansiosos 28% dos inquiridos no MDAS e 20,7% no DFS e com ansiedade elevada 6,7% e 1,3%, respetivamente.

Os resultados já foram estatisticamente significativos na determinação dos inquiridos que passaram por “experiência traumatizante” em ambos os inquéritos, MDAS e DFS. Pelo contrário, relativamente ao “conhecimento de acidentes graves no consultório” apenas se obtiveram resultados estatisticamente significativos para o MDAS.

No DFS os resultados relativos ao “sentir o injetar da agulha” reportaram os níveis mais elevados de medo seguidos de “ouvir, ver e sentir as vibrações da broca” e “ver a agulha da anestesia”.

As limitações do estudo da ansiedade passam por não ter sido estudada a relação entre frequência da consulta com a ansiedade medida em MDAS e DFS; pela dificuldade de adesão dos utentes bem como, pela reduzida publicação de estudos em Portugal para a nossa população.

Futuramente, era interessante realizar novamente o presente estudo numa amostra mais significativa e se possível fora do ambiente clínico e novamente em ambiente clínico cruzando mais variáveis, como a idade e o estatuto socioeconómico dos inquiridos.

A abordagem destas questões é fundamental para estabelecer metas de prevenção, diagnóstico e tratamento procurando aplicar as manobras terapêuticas mais adequadas a cada caso bem como, a educação para a saúde oral.

VIII. Conclusão

Com a realização deste Relatório de Atividade Clínica constatou-se que o conhecimento da história clínica é fundamental para a execução de um correto diagnóstico e planeamento do tratamento. Para tal, a comunicação emerge como fator fundamental para estabelecer proximidade, confiança e segurança ao paciente, tomando em consideração todas as queixas e os cuidados exigidos. Assim, o Médico Dentista torna-se capaz de motivar o seu paciente na promoção da saúde oral.

Embora a amostra neste Relatório de Atividade Clínica seja pequena, os dados são evidentes no que concerne ao *bleeding on probing* e aos hábitos tabágicos. Enquanto futuros Médicos Dentistas, é igualmente fundamental a contribuição no desenvolvimento e implementação de políticas de saúde para combater os números existentes de indivíduos com hábitos tabágicos de forma a melhorar a saúde oral e geral dos indivíduos.

Considero que a prática clínica que faz parte do programa curricular do Mestrado Integrado em Medicina Dentária é importante tanto a nível académico como também, a nível pessoal. Assim, o nosso pensamento evolui no sentido da realização de um diagnóstico, plano de tratamento e terapêutica, eficazes que consolidam os conhecimentos teóricos adquiridos.

A escolha para a realização deste Relatório de Atividade Clínica prendeu-se pelo desejo de ter a liberdade de explorar as diversas áreas científicas o que implica maior dependência dos pacientes atendidos pelo binómio mas acima de tudo, um maior aprofundamento de conhecimentos teóricos capazes de serem aplicados em ambiente clínico, fundamentais na aprendizagem.

A prática clínica apresenta-se como fundamental na aquisição da desenvoltura técnico-prática necessária ao mercado de trabalho por ser inserida num ambiente real em que também é ganha capacidade de relação interpessoal com pacientes de diversos contextos sociais e económicos, procurando responder aos objetivos que os trazem à consulta.

A realização do estudo piloto sobre ansiedade dentária na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa visou enriquecer o presente Relatório de Atividade Clínica, alertando para a necessidade de interpretar indícios de

ansiedade e medo, por forma a estabelecer uma relação empática, de mútua confiança de acordo com as abordagens metodológicas e/ou farmacológicas mais adequadas.

O referido estudo, não obstante as suas limitações, permite realçar a importância da prevenção e educação da população desde a infância, como forma de desmistificar ideias pré-concebidas relativamente à sensação de dor na consulta de Medicina Dentária. Desta forma, cabe ao Médico Dentista promover e educar a população para a importância da realização de consultas regulares, intervindo, para tal, ativamente na promoção da saúde oral.

Com o término desta formação académica, cabe a cada um de nós identificar limitações procurando investir nas mesmas e na continuação da formação concomitantemente à aquisição da mais recente informação científica.

Desta forma, parece-me fulcral a humanização do profissional de saúde bem como, um Médico Dentista cada vez mais qualificado, mais competente e atualizado capaz de fazer a diferença no contexto clínico onde esteja futuramente inserido.

IX. Referências Bibliográficas

1. Esteves H, Suárez Quintanilla JM. Optimização da anamnese em Medicina Dentária. *Cad Saúde*. 2011;4(2):47–55.
2. Grimoud AM, Verchère AC, Lodter JP, Sudre MC, Rémésy MC, Charras P. “Sourir sans carie”: une campagne d’éducation bucco-dentaire pluridisciplinaire. *Arch Pediatr*. 2005;12(1):28–33.
3. Locker D, Shapiro D, Liddell a. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996;24:346–50.
4. Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther*. 1993;31(7):659–66.
5. Eli I, Uziel N, Baht R, Kleinhauz M. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25:233–7.
6. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J*. 2001;190(3):121–6.
7. Pio Abreu JL. *Comunicação e Medicina*. 1ª edição. Virtualidade, editor. Coimbra; 1998.
8. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2006;10:93–102.
9. Hall ET. *The hidden dimension*. 1st editio. Editions AB, editor. 1969.
10. Frias-Bulhosa J. Stress em Medicina Dentária. *Rev Saúde Oral*. 1996;2.
11. Hmud R, Walsh L. Dental Anxiety: Causes , Complications and Management Approaches. *J Minim Interv ... [Internet]*. 2009;9(5). Available from: <http://www.mi-compendium.org/journal/index.php/JMID/article/view/31>
12. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc*. 1978;97(November):816–9.

13. Cabral ED. Fatores determinantes de experiência dolorosa durante atendimento odontológico * Determinants of painful experience during dental treatment. 2012;13(4):365–70.
14. Silva AC. Medo e Ansiedade- Uma Realidade. Universidade Fernando Pessoa; 2012.
15. Lopes ALM. Ansiedade dentária: uma questão de saúde pública e qualidade de vida - estudo de caso [Internet]. Universidade Católica Portuguesa; 2013. Available from: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13564>
16. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K. Dental behaviour management problems: The role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent*. 2010;20(4):242–53.
17. De Jongh a, Adair P, Meijerink-Anderson M. Clinical management of dental anxiety: what works for whom? *Int Dent J*. 2005;55:73–80.
18. Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. Treatment of specific phobia in adults. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:266–86.
19. Gordon D, Heimberg RG, Tellez M, Ismail AI. A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *J Anxiety Disord* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;27(4):365–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.002>
20. Oliveira PJP. Influência do Espaço do Consultório Dentário na Ansiedade dentária – Uma Reflexão. Universidade Fernando Pessoa; 2009.
21. Lopes P. Ansiedade em Medicina Dentária: Validação de versões portuguesas do “Dental Fear Survey” e do “Modified Dental Anxiety Scale” em estudantes do Ensino Superior. [Internet]. Universidad de Extremadura; 2009. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=25523>
22. Corah NL. Development of a Dental Anxiety Scale. *J Dent Res*. 1969;48:596–596.
23. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah’s Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depress Anxiety*. 2007;24:467–71.

24. Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health*. 2009;9:20.
25. Kleinknecht RA, Bernstein DA. The assessment of dental fear. *Behav Ther*. 1978;9:626–34.
26. Editora P, editor. *Dicionário da Língua Portuguesa*. 2014.
27. Nunes JM. *Comunicação em contexto clínico*. 1ª edição. Healthcare B, editor. Lisboa: Bayer Healthcare; 2010.
28. Fontes M, editor. *Usos da linguagem- Problemas e técnicas na produção oral e escrita*. 13ª edição. São Paulo; 2002.
29. Tubbs ST, Moss S. *Human Communication*. 8th editio. McGraw- Hill Higher Education, editor. Indianapolis; 2000. 8, 9, 10, 11, 12, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 10 p.
30. Knapp ML. *Nonverbal communication in human interaction*. 3rd editio. Holt Rinehart and Winston I, editor. Ted Buchholz; 1972. viii, 213 p. p.
31. Ruesch J, Kees W. *Nonverbal Communication- Notes on the visual perception of human relations*. Press U of C, editor. Berkeley; 1972.
32. Yoshida T, Milgrom P, Coldwell S. How do U.S. and Canadian dental schools teach interpersonal communication skills? *J Dent Educ*. 2002;66(November):1281–8.
33. Hottel TL, Hardigan PC. Improvement in the interpersonal communication skills of dental students. *J Dent Educ [Internet]*. 2005;69(February):281–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15689613>
34. Freeman R. *Communicating Effectively: Some Practical Suggestions*. *Practice*. 1999;187(5):240–4.
35. Sondell K, Söderfeldt B. Dentist-patient communication: a review of relevant models. *Acta odontologica Scandinavica*. 1997. p. 116–26.
36. Carrapiço E, Ramos V. A comunicação na consulta- Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28:212–22.
37. Scully C. *Medicina Oral e Maxilofacial- Bases do Diagnóstico e Tratamento*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Elsevier, Churchill Livingstone; 2008.
38. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. *Oral Pathology- Clinic Pathologic Correlations*. 4th ed. Saunders Company; 2003.

39. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. Contemporary Fixed Prosthodontics Rosenstiel. 4th ed. Mosby Elsevier, St. Louis; 2006.
40. Peterson L, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
41. Carranza F. Clinical Periodontology. 9th ed. Saunders Company WB, editor. Philadelphia; 2002.
42. Pototski M, Amenábar JM. Dental management of patients receiving anticoagulation or antiplatelet treatment. J Oral Sci. 2007;49(4):253–8.
43. Pettinger TK, Owens CT. Use of low-molecular-weight heparin during dental extractions in a medicaid population. J Manag Care Pharm. 2007;13(1):53–8.
44. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 5^a ed. Mosby Elsevier St Louis; 2008.
45. McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 9^a ed. Guanabara-Koogan, editor. Rio de Janeiro; 2001.
46. Welbury RR, Duggal MS, Hosey MT. Paediatric Dentistry. 3rd ed. Oxford UP, editor. 2005.
47. Boj JR, Catalá M, Garcia Ballestra C, Mendonza A. Odontopediatria. Masson E, editor. Barcelona; 2004.
48. Canut Brusola JA. Ortodoncia Clínica e Terapêutica. 2^a ed. Masson E, editor. Barcelona; 2001.
49. Carr AB, Brown DT. McCracken's Prótese Parcial Removível. 12^a ed. Elsevier M, editor. St Louis;
50. Shillinburg HT, Hobo S, Whitsett LD, Jacobi R, Brackett SE. Fundamentos de Prótese Fixa. 4^a ed. São Paulo: Quintessence; 2007.
51. Baumann M, Beer R, Kielbassa A. Pocket Atlas of Endodontics. 1st ed. Publishers TM, editor. 2006.
52. Ingle J, Bakland L, Baumgartner J. Ingle's Endodontics. 6th ed. USA: BC Decker, editor. 2008.
53. Ramos JC. Estética em Medicina Dentária. 1^a ed. Amadora: Laboratórios ABBOT; 2009.
54. Escoda CG, Aytés LB. Tratado de Cirugía Bucal- Tomo I. Ergón E, editor. Madrid; 2004.

55. Pasler FA. Color Atlas of Dental Medicine Radiology. 1st ed. Rateitschak KH, Wolf HE, editors. Thieme Medical Publishers Inc.; 1993.
56. Cohen ES. Atlas of Cosmetic and Reconstructive Periodontal Surgery [Internet]. 3rd ed. Inc BD, editor. Hamilton; 2007. 1-476 p. Available from: papers3://publication/uuid/A027BBBA-392E-4B08-A5F5-BA6ADA15FD7E
57. Segundo TK, Alves R. Emprego do Enxerto Gengival Epitélio Conjuntivo no Recobrimento Radicular. *Int J Periodontics Restor Dent*. 2005;54(1):81–3.
58. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2008;35(SUPPL. 8):136–62.
59. Pestana MH, Gageiro JG. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 5^a ed. Lisboa: Sílabo; 2008.
60. Ilguy D, Ilguy M, Dinçer S, Bayirily G. Reliability and Validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish Patients. *J Int Med Res*. 2005;33:252–9.
61. Oliveira MA, Vale MP, Bendo CB, Paiva SM, Serra-Negra JM. Dental Fear Survey: a cross-sectional study evaluating the psychometric properties of the Brazilian, Portuguese version. *Sci World J*. 2014;11:1–7.
62. Marginean I, Filimon L. Dental Fear Survey: a validation study on the Romanian Population. *J Psychol Educ Res*. 2011;19(2):124–38.
63. Coolidge T, Chambers M a, Garcia LJ, Heaton LJ, Coldwell SE. Psychometric properties of Spanish-language adult dental fear measures. *BMC Oral Health*. 2008;8:15.
64. Ferreira MA, Manso MC, Gavinha S. Ansiedade e fobia dentária - avaliação psicométrica num estudo transversal. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2008;49:77–86.
65. Gatchel RJ, Ingersoll BD, Bowman L, Robertson MC, Walter C. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *J Am Dent Assoc*. 1983;107:609–10.
66. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in major US city. *J Am Dent Assoc*. 1988;116:641–7.

67. Hakeberg M, Berggren V, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992;20:97–101.
68. Ferreira MA, Manso MC, Gavinha S. Ansiedade e fobia dentária - avaliação psicométrica num estudo transversal. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac* [Internet]. Elsevier; 2008;49(2):77–86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890\(08\)70038-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(08)70038-4)
69. Erten H, Akarşlan ZZ, Bodrumlu E. Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence.* 2006;37:304–10.
70. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. Treating fearful dental patients- A patient management Handbook. 2nd ed. University of Washington CDE, editor. Seattle; 1995.
71. Scott D, Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. *J Am Dent Assoc.* 1982;104:27–31.
72. Hagglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hallstrom T, Bengtsson C. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: A longitudinal study between 1968 and 1996. *J Dent Res.* 1999;78(10):1655–61.
73. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: Exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* 2007;7(1):1–15.
74. Doerr PA, Lang WP, Nyquist L V., Ronis DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc.* 1998;129:1111–9.
75. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de Urgência. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(6):1–8.
76. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Books B, editor. New York; 1985.
77. Liddell A, Locker D. Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behav Modif.* 2000;24(1):57–68.
78. De Jongh A, Aartman IH, Brand N. Trauma-related phenomena in anxious dental patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(1):52–8.

79. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brodsgaard I, Scheutz F. Artikel II Prevalence and characteristics of dental anxiety in a Danish population.pdf. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21:292–6.
80. Calsina G, Ramon JM, Echeverria JJ. Effects of smoking on periodontal tissues. *J Clin Periodontol.* 2002;29:771–6.
81. Rondina R. A psicologia do consumo de tabaco: uma revisão da literatura. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2002;3(2):179–89. Available from: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-008620020002000006&script=sci_arttext
82. Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. 2006.
83. Inquérito Nacional sobre o Consumo de Substâncias Psicoactivas. CEOS- Investigações sociológicas Universidade Nova de Lisboa. 2001.
84. Original A. Fatores de Risco Cardiovascular e Mortalidade . Seguimento em Longo Prazo (até 20 anos) em Programa Preventivo Realizado pela Medicina. 2005;85:20–5.
85. Lobão A, Marques P, Leite C, Almeida M. No Centro de Saúde de Barão do Corvo. 2010;
86. Martins MC, Faleiro LL, Rodrigues MO. INFLUÊNCIA DOS POLIMORFISMOS Da APOE em Alguns Factores de Risco de Aterosclerose. 2008;
87. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcântara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, Awareness, treatment and controlo f hypertension in Portugal. The PAP study. *J Hypertens.* 2005;23(9):1661–6.
88. Oliveira T, Caramona M. Factores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal * Factors associated with arterial. 2011;45(1):136–44.
89. Jolly DE. Recognition of medical risk in the dental patient. *Anesth Prog.* 1995;42(96):90–2.
90. Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. *Dental Management of the Medically Compromised Patient.* 7th ed. Mosby, editor. 2007.
91. Yagiela JA, Haymore TL. Management of the hypertensive dental patient. *CDA J.* 2007;35(1):51–9.

92. Bader JD, Bonito AJ, Shugars DA. A systematic review of cardiovascular effects of epinephrine on hypertensive dental patients. *Oral surgery, oral Med oral Pathol oral Radiol Endod Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93(6):647–53.
93. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA.* 2003;289(19):2560–71.
94. Jatoi NA, Jerrard-Dunne P, Feely J, Mahmud A. Impact of smoking and smoking cessation on arterial stiffness and aortic wave reflection in hypertension. *Hypertension* [Internet]. 2007 May 1 [cited 2015 May 16];49(5):981–5. Available from: <http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/long/49/5/981>
95. Gilbert DG, Gilbert DO. Personality, Psychopathology and Nicotine response as Mediators of the genetics of smoking. *Behav Genet.* 1995;25(2):133–47.
96. Accarini R, Godoy MF. Artigo Original Doença Periodontal como Potencial Fator de Risco para Síndromes Coronarianas Agudas. :592–6.
97. Brown L, Brunelle J, Kingman A. A periodontal status in the United States, 1988-1991: Prevalence, extent and demographic variation. *J Dent Res.* 1996;75:672–83.
98. Stelzel M, Conrads G, Pankuweit S, Maisch B, et al. Detection of *Porphyromonas gingivalis* DNA in aortic tissue by PCR. *J Periodontol.* 2002;73:868–70.
99. Haraszthy V, Zambon J, Trevisan M, Zeid M, Genco R. Identification of periodontal pathogens in atheromatous plaques. *J Periodontol.* 2000;71:1554–60.
100. Dietrich T, Bernimoulin J, Glynn RJ. The Effect of Cigarette Smoking on Gingival Bleeding. 75(1).
101. Host H, et al. The effect of post-operative radiotherapy in breast cancer. *J Radiat Oncol Biol Phys.* 1977;2(11-12):1061–7.
102. Auad L. Deoxyribonuclease activities in *Lactobacillus delbrueckii*. *Microbiol Res.* 2001;155(2):101–6.

103. Zambom J, et al. Cigarette smoking increases the risk for subgingival infection with periodontal pathogens. *J Periodontol.* 1996;67(10):1050–4.
104. Baab DA, Oberg PA. The effect of cigarette smoking on gingival blood flow in humans. *J Clin Periodontol.* 1987;14(1):418–24.
105. Natto S, Baijoom M, Bergström J. Tobacco smoking and periodontal bone height in Saudi Arabian population. *J Clin Periodontol.* 2005;32:1000–6.
106. Martínez-González JM, Martín-López F, Barona-Dorado C, Martínez-Rodríguez N, Calvo-Guirado JL. Social demand for oral surgery in third age patients and its association with systemic pathologies. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;15(6).
107. Fernández-Feijoo J, Garea-Gorís R, Fernández-Varela M, Tomás-Carmona I, Diniz-Freitas M, Limeres-Posse J. Prevalence of systemic diseases among patients requesting dental consultation in the public and private systems. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012;17(1).
108. Oosterink FMD, De Jongh A, Aartman IH a. What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting. *Eur J Oral Sci.* 2008;116:44–51.
109. Bare LC, Dundes L, Sc D. Strategies for Combating Dental Anxiety. *68(11):1172–7.*
110. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* 2003;96:520.
111. Ahmad IA, Al-Jadaa A. Three root canals in the mesiobuccal root of maxillary molars: case reports and literature review. *J Endod.* 2014;40(2087-2094).
112. Lee SJ, Jang KH, Spangberg LS, Kim E JIY, Lee CY, Al E. Three-dimensional visualization of a mandibular first molar with three distal roots using computer-aided rapid prototyping. *Oral surgery, oral Med oral Pathol oral Radiol Endod.* 2006;101(5):668–74.
113. Rhodes JS. *Advanced Endodontics- Clinical Retreatment and Surgery.* Taylor and Francis G, editor. Oxon; 2006.

Anexos

Anexo I

Trabalho Científico: XXXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatria, com o título “Caries de la Primera Infancia. Revisión y Relato de un Caso.”

XXXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría, con o título “Caries de la Primera Infancia. Revisión y Relato de un Caso.”

Soares, D. S.¹; Bexiga, F.²; Maura, C. Rey-Joly³; Lopes, L.⁴

¹ Alumna de la enseñanza oficial del Grado en Odontología de la Universidad Católica Portuguesa; ² Asistente invitada de Odontopediatría y Odontología Preventiva del Grado en Odontología de la Universidad Católica Portuguesa; ³ Alumna de la enseñanza oficial del Grado en Odontología de la Facultad de Odontología en la Universidad de Barcelona; ⁴ Alumna de la enseñanza oficial del Grado en Odontología de la Universidad Católica Portuguesa.

Introducción

En las últimas dos décadas la Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD) adoptó el término caries de la primera infancia (*Early Childhood Caries, ECC*). Por otro lado, cualquier señal de superficie dentaria lisa cariada, con presencia de cavitación o no, en edades inferiores a los tres años se denomina caries severa de la primera infancia (*Severe Early Childhood Caries, S-ECC*).

Presenta un cuadro clínico multifactorial con la presencia de una Dieta Pobre, Higiene oral Pobre y Marcadores Microbianos, *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus*.

El *Streptococcus mutans* puede ser transmitido por la madre (transmisión vertical). Una alta concentración de SM en la saliva de la madre está asociada a una mayor prevalencia de caries en los hijos. (Losso, E. M., *et al*, 2009).

La transmisión puede ser también horizontal: a través de otros miembros de la familia y/o otros infantes. (AAP-AAPD, 2014). Los casos de ECC se presentan con una elevada prevalencia en familias de nivel económico bajo; uso prolongado del biberón; y uso frecuente de bebidas azucaradas. (AAP-AAPD, 2014, Darmawikarta, D., *et al*, 2013)

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino, fecha de nacimiento 27/03/2011; con peso aproximado de 14kg. No presenta ningún tipo de patología relevante ni medicación; acompañada por el pediatra manteniendo una dieta equilibrada.

Antes de realizar su primera consulta (13-05-2014) no usaba pasta dentífrica con flúor y, a partir de esta, se prescribió pasta dentífrica con 1500 p.p.m. de flúor. Presenta una buena higiene oral; siendo realizada la limpieza bucal primero por la madre y después por la niña. Lesiones inactivas de caries en los dientes 5.5 y 6.5 y lesiones activas en los dientes 7.5 y 8.5. Tratamiento de las lesiones de los dientes 8.5 y 7.5 los días 06-10-2014 y 20-10-2014, respectivamente. Uso de fresa esférica de turbina, excavador de dentina y restauración con Ionómero de vidrio, Ketac- Fil.

Resultados

Durante el tratamiento de los dientes cariados se observó una reacción favorable por parte de la niña. Se procedió con el designado *atraumatic restorative treatment* (ART). (Hakan Çolak, Ç. T. D., 2013) Se recurrió al ionómero de vidrio, debido a las características de este material en la liberación de flúor.

De la revisión efectuada se desprende la existencia de beneficios reales, con evidencia científica, en la visita precoz a la consulta del Odontopediatra. De esta forma, son posibles las observaciones y los controles regulares en niños con bajo riesgo de caries y tratamientos conservadores en el caso de niños con moderado y elevado riesgo de caries.

Anexo II

IX Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, com o título “Técnica Cone Beam Computed Tomography *versus* Raio X Periapical: Estudo Preliminar”.

IX Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, com o título “Técnica Cone Beam Computed Tomography versus Raio X Periapical: Estudo Preliminar”.

Lopes, L.¹; Lopes, S. ¹; Soares, D. ¹; Cardoso, M. ²; Martins, M.²; Noites, R.²; Paulo, M.².

¹ Aluna do 5.ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa ² Docente de Endodontia do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras

Introdução

As imagens radiográficas limitam a visualização das estruturas dentárias a um plano espacial. Mesmo aplicando várias incidências, as distorções e sobreposições de estruturas adjacentes são inevitáveis e dificultam a percepção da anatomia radicular/canalar. As imagens obtidas pela técnica do *Cone Beam Computed Tomography* (CBCT) permitem a visualização tridimensional das estruturas dentárias. Desta forma, podemos visualizar o polimorfismo da anatomia canalar, como variações da forma como canais recorrentes, canais acessórios, deltas apicais, reabsorções internas e externas ou raízes supranumerárias. (111) (112)

Objectivo

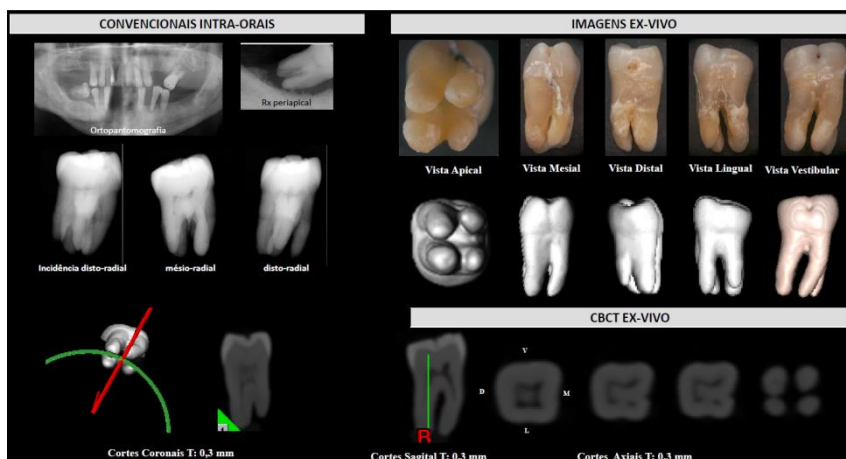
O objectivo do estudo é comparar as imagens obtidas através de raio-x periapicais *versus* as obtidas por *Cone Beam Computed Tomography* de um dente molar humano *ex-vivo*.

Materiais e Métodos

Ao molar inferior foram executados raios-x periapicais com três incidências: orto-radial, mesioradial e disto-radial. Para análise em *Cone Beam Computed Tomography*, o dente foi colocado num suporte que consistiu num cubo de

1.5cm por 1.5cm em acrílico com um pino inserido de 25mm por 1mm colado à face oclusal. Após a obtenção das imagens radiográficas pelas diferentes técnicas, procedeu-se à sua comparação através de análise visual por um observador.

Resultados



Conclusão

Canais adicionais ou sobrepostos são difíceis de analisar mesmo recorrendo à realização de raios-x periapicais, com angulações no plano horizontal (mesioradial, ortoradial e distoradial) pela técnica do paralelismo que apresentam uma menor distorção. (113) O uso do *Cone Beam Computed Tomography* permitiu ultrapassar estes obstáculos. Para além de permitir a visualização das raízes sobrepostas possibilitou também, averiguar o seu tamanho e curvaturas. Verificou-se que a técnica é bastante sensível para visualizar tridimensionalmente os canais radiculares face à técnica convencional. O dente foi visualizado em cortes axiais de 0,3 mm, estando os quatro canais (2 disto-vestibulares e 2 mesio-linguais) unidos no terço coronal. Os canais separaram-se na porção média das raízes, excepto o da raiz supranumerária disto-lingual. Desta forma o dente possui quatro raízes bem definidas com um canal cada no terço apical. No entanto, a dose de radiação mais elevada nesta técnica face ao raio-x convencional é um factor desfavorável e preponderante, aquando da necessidade de se recorrer à *Cone*

Beam Computed Tomography para realização de tratamentos endodônticos. Desta forma, o uso da *Cone Beam Computed Tomography* será indicado em casos de anatomia complexa, a fim de auxiliar num melhor diagnóstico, elaboração do plano de tratamento e execução da preparação biomecânica mais adequada ao dente.

Técnica Cone Beam Computed Tomography versus Raio X Periapical:



Estudo Preliminar

Lopes, L.¹; Lopes, S.²; Soares, D.¹; Cardoso, M.³; Martins, M.³; Noites, R.³; Paulo, M.⁴.

¹ Aluna do Sano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa

² Docente de Endodontia do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras



INTRODUÇÃO

As imagens radiográficas limitam a visualização das estruturas dentárias a um plano espacial. Mesmo aplicando várias incidências, as distorções e sobreposições de estruturas adjacentes são inevitáveis e dificultam a perceção da anatomia radicular/canalar. As imagens obtidas pela técnica do Cone Beam (CBCT) permitem a visualização tridimensional das estruturas dentárias. Desta forma, podemos visualizar o polimorfismo da anatomia canalar, como variações da forma como canais recorrentes, canais acessórios, deltas apicais, reabsorções internas e externas ou raízes supranumerárias. (1)(2)

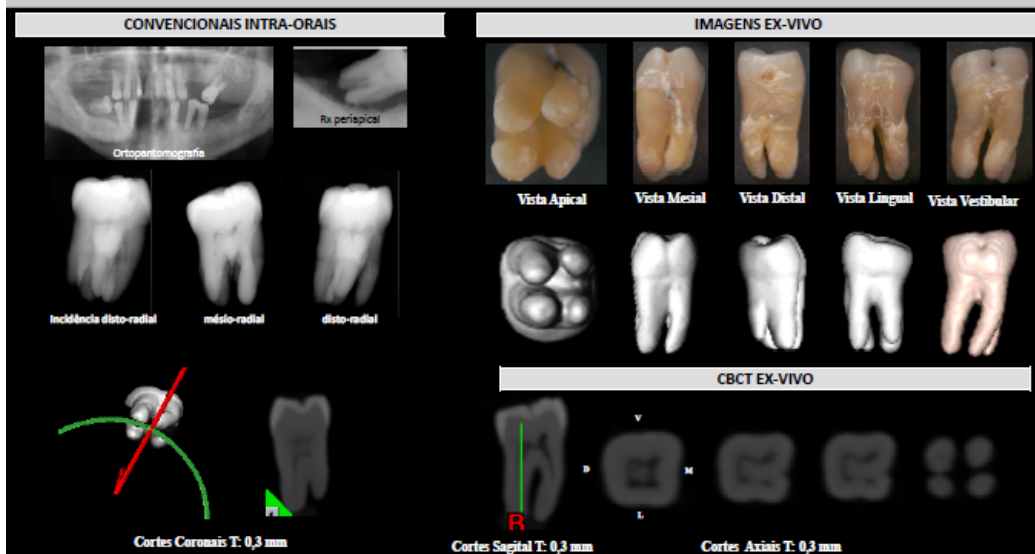
OBJETIVO

O objetivo do estudo é comparar as imagens obtidas através de (Rx) periapicais versus as obtidas por CBCT de um dente molar humano *ex-vivo*.

MATERIAIS E MÉTODOS

Ao molar inferior foram executados Rx peri-apicais com três incidências: orto-radial, méso-radial e disto-radial. Para análise em CBCT o dente foi colocado num suporte que consistiu num cubo de 1.5cm x 1.5cm em acrílico com um pino inserido de 25mmx1mm colado à face oclusal. Após a obtenção das imagens radiográficas pelas diferentes técnicas, procedeu-se à sua comparação através de análise visual por um observador.

RESULTADOS



CONCLUSÕES

Canais adicionais ou sobrepostos são difíceis de analisar mesmo recorrendo à realização de Rxs periapicais, com angulações no plano horizontal (mesioradial, ortoradial e distoradial) pela técnica do paralelismo que apresentam uma menor distorção(3). O uso do cone Beam CT permitiu ultrapassar estes obstáculos para além de permitir a visualização das raízes sobrepostas, possibilitou também averiguar o seu tamanho e curvaturas. Verificou-se que a técnica é bastante sensível para visualizar tridimensionalmente os canais radiculares face à técnica convencional. O dente foi visualizado em cortes axiais de 0,3mm, estando os quatro canais (2 disto-vestibulares e 2 méso-linguais) unidos no terço coronal. Os canais separaram-se na porção média da raízes, exceto o da raiz supranumerária disto-lingual. Desta forma o dente possui quatro raízes bem definidas com um canal cada no terço apical. No entanto, a dose de radiação mais elevada desta técnica face ao rx convencional é um factor desfavorável e preponderante, aquando da necessidade de se recorrer à CBCT para realização de tratamentos endodônticos. Desta forma, o uso da CBCT será indicado em casos de anatomia complexa, afim de auxiliar num melhor diagnóstico, elaboração do plano de tratamento e execução da preparação biomecânica mais adequada ao dente.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Ahmed IA, Al-Jabri A. Three root canal in the mandibular root of maxillary molars: case reports and literature review. *Journal of endodontics*. 2014;40(12):2087-94.
 (2) Lee SJ, Jung KH, Spangberg LS, Kim E, Jung TC, Lee CY, et al. Three-dimensional visualization of a maxillary first molar with three distal root using computer-aided rapid prototyping. *Clinical surgery, oral medicine, oral pathology, and radiology, and endodontics*. 2006;101(7):669-74.
 (3) Roberts JS. *Advanced Endodontics: Clinical Treatment and Surgery*. 2004.

Anexo III

Consentimento Informado e Inquéritos realizados no âmbito da Ansiedade Dentária



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: A Ansiedade em Medicina Dentária –Um estudo piloto na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa

Enquadramento: Estudo de âmbito académico a efectuar na Clínica Universitária da Universidade Católica de Viseu tendo como responsável o Professor Doutor Rui Amaral Mendes e a aluna do 5ºAno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Daniela Soares.

Explicação do estudo: O estudo visa caracterizar os níveis de medo e ansiedade apresentados pelos doentes observados pela aluna no âmbito da prática clínica tutorada levada a cabo no contexto formativo do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Para o efeito proceder-se-á à recolha de dados individuais e subsequente preenchimento de inquéritos destinados a avaliar o comportamento individual face ao tratamento dentário, a Escala modificada de ansiedade dentária e o *Dental Fear Survey*.

Condições: A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos para o presente estudo são de uso exclusivo do investigador e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efectuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelo investigador envolvido no projecto.

Assinatura dos responsáveis pelo estudo:

O Aluno: _____

O Docente/Orientador _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Viseu, ___ / ___ / _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: A Ansiedade em Medicina Dentária –Um estudo piloto na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa

Enquadramento: Estudo de âmbito académico a efectuar na Clínica Universitária da Universidade Católica de Viseu tendo como responsável o Professor Doutor Rui Amaral Mendes e a aluna do 5ºAno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Daniela Soares.

Explicação do estudo: O estudo visa caracterizar os níveis de medo e ansiedade apresentados pelos doentes observados pela aluna no âmbito da prática clínica tutorada levada a cabo no contexto formativo do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Para o efeito proceder-se-á à recolha de dados individuais e subsequente preenchimento de inquéritos destinados a avaliar o comportamento individual face ao tratamento dentário, a Escala modificada de ansiedade dentária e o *Dental Fear Survey*.

Condições: A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos para o presente estudo são de uso exclusivo do investigador e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efectuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelo investigador envolvido no projecto.

Assinatura dos responsáveis pelo estudo:

O Aluno: _____

O Docente/Orientador _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Viseu, ___ / ___ / _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

DADOS INDIVIDUAIS

I. Género: _ F _ M

II. Idade: ___ anos

III. Nível de escolaridade (Assinale com um X):

1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado/Doutoramento

IV. Qual a sua profissão?

COMPORTAMENTO INDIVIDUAL FACE AO TRATAMENTO DENTÁRIO

(Assinale com um X a sua opção)

1. Com que frequência vai à consulta de Medicina Dentária?

- Várias vezes por mês 6 em 6 meses 1 vez por ano Nunca fui
 Só quando tenho dores

2. Com que frequência falta às consultas devido ao medo?

- Nunca Às vezes Frequente

3. Já teve alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária?

- Sim Não

4. Já teve conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária?

- Sim Não

5. Esse relato influenciou o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária?

- Sim Não

6. Os seus familiares, amigos e pessoas com quem convive têm medo de ir ao Médico Dentista?

- Sim Não

ESCALA MODIFICADA DE ANSIEDADE DENTÁRIA- MODIFIED DENTAL ANXIETY SCALE

(versão original de Humphris; versão portuguesa de Lopes & Ponciano)

Consegue indicar-nos o quanto fica ansioso (se é que fica ansioso) com a sua ida ao dentista?

Por favor, indique, **assinalando** a respectiva opção com um **X**.

1. Se AMANHÃ fosse ao seu médico dentista para tratamento, como se sentiria?

Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Se estivesse sentado na SALA DE ESPERA (à espera de tratamento), como se sentiria?

Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Se lhe estivessem prestes a BROCAR UM DENTE, como se sentiria?

Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Se lhe estivessem prestes a fazer uma DESTARTARIZAÇÃO E POLIMENTO (limpeza), como se sentiria?

Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Se estivesse prestes a receber uma INJEÇÃO DE ANESTESIA LOCAL na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?

Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DENTAL FEAR SURVEY

(versão original de Humphris; versão portuguesa de Lopes & Ponciano)

Os itens deste questionário referem-se a várias situações, sentimentos e reacções relacionados com o tratamento dentário. Por favor, avalie o seu sentimento ou reacção a estes itens, **fazendo uma círculo à volta do número** (1, 2, 3, 4, 5) ou da categoria que melhor corresponda sua reacção.

1. O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que adiasse o acto de marcar consulta?

1	2	3	4	5
Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

2. O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que desmarcasse ou faltasse a alguma consulta?

1	2	3	4	5
Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

Quando submetido a tratamento dentário:

3. Os meus músculos ficam tensos...

1	2	3	4	5
Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

4. A minha respiração acelera...

1	2	3	4	5
Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

5. Sinto-me suado...

1	2	3	4	5
Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

6. Sinto-me como se tivesse "borboletas" no estômago...

1	2	3	4	5
Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

7. O meu coração bate mais depressa...

1	2	3	4	5
Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

Apresenta-se em baixo uma lista de coisas e situações que muitas pessoas referem como sendo causadoras de medo e ansiedade. *Por favor, avalie o grau de medo, ansiedade ou desconforto que cada um destes itens lhe suscita. assinale com um X no local apropriado (se ajudar, tente imaginar-se em cada uma destas situações e descreva a forma como habitualmente reagiria).*

	Nenhum	Um pouco	Algum	Bastante	Muito
8. Marcar uma consulta para o dentista...					
9. Aproximar-se do consultório dentário...					
10. Estar sentado na sala de espera...					
11. Estar sentado na cadeira do dentista...					

12. O cheiro do consultório dentário...

13. Ver o dentista a entrar...

14. Ver a agulha da anestesia...

15. Sentir a injectar a agulha...

16. Ver a broca...

17. Ouvir a broca...

18. Sentir as vibrações da broca...

19. Fazer uma limpeza aos dentes...

20. Considerando todos estes pontos, qual é o grau de medo que tem de que lhe executem tratamentos dentários?

Muito obrigada pela sua colaboração.