



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ÁREA DE CONHECIMENTO
PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

João Guilherme Pereira Tripa Dias Costa

Viseu, 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

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

João Guilherme Pereira Tripa Dias Costa

Sob orientação do Professor Doutor Rui Amaral Mendes

Viseu, 2014

RESUMO

A Medicina Dentária é a área das Ciências Médicas responsável pelo estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de condições fisiopatológicas que afetam a cavidade oral, os maxilares e as estruturas associadas.

A saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde, é o estado de bem-estar físico, mental e social de um indivíduo. Porém, a saúde oral é, muitas vezes, relegada para segundo plano, existindo uma mentalidade curativa/restauradora na sociedade atual. Assim, o Médico Dentista deve estimular a prevenção de comportamentos de risco, desde as idades mais precoces, realçando o bem-estar do doente e a promoção da saúde.

Pretende-se com este relatório fazer a descrição e reflexão da atividade clínica realizada ao longo do 5º ano curricular do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Clínica Universitária Dentária da Universidade Católica Portuguesa. O Relatório centra-se no levantamento de dados, exposição e discussão dos atos clínicos realizados, no âmbito das várias Áreas Disciplinares: Medicina Oral, Periodontologia, Dentisteria, Endodontia, Cirurgia Oral, Prostodontia Fixa e Removível, Odontopediatria e Oclusão. Com base nos conhecimentos e princípios apreendidos e a partir da história clínica do doente, do diagnóstico efetuado e dos planos de tratamento elaborados, descrevem-se os atos clínicos realizados, como operador e como assistente. Os dados recolhidos são tratados e divididos por diversas secções e áreas disciplinares, fazendo-se a sua discussão e enquadrando-os teoricamente, dando-se uma especial atenção a casos clínicos de relevo.

Face à constante evolução da tecnologia, do conhecimento científico e das suas aplicações na área, é essencial que o Médico Dentista se mantenha atualizado, de modo a permitir uma prática clínica integrada e a elaboração de planos de tratamento multidisciplinares que maximizem a prevenção, o tratamento e o prognóstico das diversas condições e patologias.

Palavras-chave: Medicina Dentária, Áreas Disciplinares, história clínica, diagnóstico, prevenção

ABSTRACT

Dentistry is the medical field that concerns itself with the oral cavity, the maxillofacial area and associated structures, from the study and diagnostics to the prevention and treatment of pathophysiological conditions.

According to the World Health Organization, health is a state of complete physical, mental and social well-being of an individual. However in the current society, oral health is normally relegated to a secondary position, where a curing/restorative mentality exists. Therefore the dentist should encourage the prevention of risky behaviors, from the earliest age, emphasizing the patient's well-being as well as the promotion of health.

This report's aim is to describe and reflect upon the clinical activity performed during the 5th year curriculum of Dentistry at the Catholic University of Portugal within the various courses. Based on the knowledge and principles learned, as well as the clinical history of the patient, the diagnosis made and the elaborated treatment plan, the clinical acts are described in the capacity of both surgeon and assistant alike. This data is handled and divided between several sections and subjects, discussing and ultimately framing them in a theoretical context, underscoring relevant clinical cases.

Due to the constant advancement of technology, scientific knowledge and its applications in this area, it is essential for a dentist to be kept up to date, so that an integrated clinical practice and the elaboration of an all-encompassing treatment plan that focus on maximizing prevention, treatment and prognosis of the several conditions and diseases may be achieved.

Key-words: Dentistry, Courses, clinical history, diagnosis, prevention

ÍNDICE

RESUMO.....	II
ABSTRACT	III
INTRODUÇÃO.....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
Áreas Disciplinares	13
OBJETIVOS	28
MATERIAIS E MÉTODOS	29
Limitações.....	31
APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	32
Áreas Disciplinares	36
CASOS DIFERENCIADOS.....	49
Terapêutica Periodontal	49
Pontes Oponentes	53
Comunicação Oroantral	58
DISCUSSÃO	63
CONCLUSÃO.....	76
ANEXOS.....	78
Anexo 1. <i>European Medical Risk Related History (EMRRH)</i>	78
Anexo 2. Tabela de Idades, Sexo e Hábitos Tabágicos.....	81

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 83

Índice de Figuras

Figura 1. Consultas marcadas ao longo do ano letivo.....	32
Figura 2. Distribuição dos doentes segundo as idades.....	33
Figura 3. Distribuição dos doentes por género.....	33
Figura 4. Hábitos tabágicos dos doentes.....	35
Figura 5. Distribuição dos fumadores por género.....	35
Figura 6. Atos clínicos em Medicina Oral, como assistente e como operador.....	36
Figura 7. Patologias diagnosticadas na Área Disciplinar de Medicina Oral.....	37
Figura 8. Atos clínicos em Periodontologia, como assistente e como operador.....	38
Figura 9. Doenças periodontais diagnosticadas	38
Figura 10. Atos clínicos em Dentisteria Operatória, como assistente e como operador.....	40
Figura 11. Tipos de cavidades efectuadas como operador.....	40
Figura 12. Aplicação de proteção pulpar.....	41
Figura 13. Aplicação de material restaurador.....	41
Figura 14. Actos clínicos em Endodontia, como assistente e como operador.....	41
Figura 15. Total de canais obturados em Endodontia.....	42
Figura 16. Actos clínicos em Cirurgia Oral, como assistente e como operador.....	42
Figura 17. Actos clínicos do trinómio em Cirurgia Oral.....	43
Figura 18. Actos clínicos em Cirurgia Oral como operador.....	43
Figura 19. Actos clínicos em Prostodontia Fixa, como assistente e como operador.....	44
Figura 20. Diferentes tipos de actos realizados pelo trinómio em Prostodontia Fixa.....	45

Figura 21. Actos clínicos em Prostodontia Removível, como assistente e como operador..	45
Figura 22. Diferentes tipos de actos realizados pelo trinómio em Prostodontia Removível..	46
Figura 23. Actos realizados em Prostodontia Removível, como operador.....	46
Figura 24. Actos clínicos em Odontopediatria, como assistente e como operador.....	47
Figura 25. Tratamentos efectuados pelo trinómio em Odontopediatria.....	47
Figura 26. Actos clínicos em Oclusão, como assistente e como operador.....	48
Figura 27. Ortopantomografia antes de início de tratamento.....	49
Figura 28. Ortopantomografia inicial.....	53
Figura 29. Fotografia extra-oral de perfil.....	54
Figura 30. Fotografia extra-oral frontal.....	54
Figura 31. Fotografia intra-oral da arcada inferior.....	54
Figura 32. Fotografia intra-oral da arcada superior.....	54
Figura 33. Ortopantomografia inicial.....	58
Figura 34. Periapical do dente 18.....	59
Figura 35. Resto radicular extraído com tecido ósseo.....	59
Figura 36. Resto radicular extraído com tecido ósseo.....	59
Figura 37. Fotografia do alvéolo com comunicação oroantral.....	60

Índice de Quadros

Quadro 1. Classificação ASA do estado físico pré-operatório.....	5
Quadro 2. Guidelines de tensão arterial alvo e farmacoterapia de acordo com o JNC8.....	8
Quadro 3. Diagnóstico de hipertensão de acordo com o JNC7.....	8
Quadro 4. Classificação do estado físico dos doentes, de acordo com a classificação ASA.....	34
Quadro 5. Doenças sistémicas apresentadas pelos doentes atendidos.....	34
Quadro 6. Distribuição dos actos clínicos pelas áreas disciplinares.....	36
Quadro 7. Medicação de doentes observados em Medicina Oral.....	37
Quadro 8. Relação entre alguns dados dos doentes e o diagnóstico efetuado.....	39

Abreviaturas

AHA: *American Heart Association*

ACC: *American College of Cardiology*

APPACDM: Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

ASA: *American Society of Anesthesiologists*

ATM: Articulação Temporomandibular

BOP: *Bleeding on Probing*

CRB: Centro Regional das Beiras

DP: Doença Periodontal

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC: Doença Renal Crónica

DTM: Disfunção Temporomandibular

GIP: Gengivite Induzida por placa

GUNA: Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda

HIV/SIDA: Human Immunodeficiency Virus/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

IP: Índice de Placa

IRM: Intermediate Restorative Material (Óxido de Zinco Eugenol)

JNC7/8: *Seventh/Eight Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*

LDL: *Low Density Lipids*

LGP: Língua Gestual Portuguesa

MIMD: Mestrado Integrado em Medicina Dentária

PCA: Periodontite Crónica Avançada

PCL: Periodontite Crónica Leve

PCM: Periodontite Crónica Moderada

PIM: Posição de Intercuspidação Máxima

PPR: Prótese Parcial Removível

PSR: *Periodontal Screening and Recording*

PTR: Prótese Total Removível

RAR: Raspagem e Alisamento Radicular

RC: Relação Cêntrica

RCT: *Randomized Controlled Trials*

UCP: Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas, a Medicina Dentária é “o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas”¹. No entanto, apesar da zona de interesse aparentemente restrita, as patologias que requerem atenção são influenciadas e afectadas por vários factores, incluindo os socioeconómicos, hábitos sociais, como tabágicos e alcoólicos, a idade, a dieta, patologias sistémicas, farmacoterapia, se faz *check-ups* regulares e os seus hábitos de higiene oral².

Há registos que, já na idade do bronze, se trepanavam dentes usando brocas, e que os egípcios (ca. 2000 A.C.) e maias (ca.600 A.C.) substituíam dentes verdadeiros, por conchas ou marfim³. Porém, o tratamento da cavidade oral caiu em desuso e tornou-se raro na idade média, voltando a ser aplicado e estudado desde o renascimento até aos dias de hoje.

Apesar da crescente sensibilização da sociedade atual, para a importância da Saúde Oral, as políticas de Saúde persistem em não considerar a Saúde Oral uma necessidade, negligenciando o facto de esta estar intimamente relacionada com a qualidade de vida. Apenas se recorre aos cuidados do Médico Dentista quando a Saúde Oral e saúde sistémica afetam o bem-estar do indivíduo, através de fatores funcionais, como a mastigação ou a fonética, de fatores psicológicos e sociais, como a estética e a autoestima ou através do aparecimento da dor ou do desconforto⁴.

A mentalidade curativa implantada, no seio da sociedade, no que diz respeito aos cuidados médico dentários é, no entanto, contrastante com a crescente procura de serviços de saúde oral, cada vez mais eficientes e a um custo cada vez mais reduzido⁵. Contudo, a prevenção é cada vez mais valorizada, especialmente em crianças, por constituir um dos fatores mais importantes para uma boa saúde oral, o que inclui a manutenção da dentição natural e implica custos bastante mais reduzidos, se os compararmos com os custos despendidos na realização de tratamentos.

Ao longo do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, foram transmitidos conhecimentos teóricos e

práticos, em várias Áreas Disciplinares, mas que se tornam indissociáveis, uma vez que o doente deve ser tratado como um todo, prestando atenção a tudo que lhe diz respeito, e não apenas aos seus dentes e estruturas adjacentes. Foram igualmente transmitidos os direitos e os deveres do Médico Dentista, a ética e a deontologia que estão na base da sua atividade profissional. Com base nestes princípios e na otimização do relacionamento interpessoal, entre o profissional e o doente, poderão assegurar-se melhores cuidados de saúde oral, ao doente. É importante saber toda a sua história clínica para a elaboração de um plano de tratamento com sucesso. Na anamnese, tudo é relevante: idade, sexo, patologias, medicamentos, hábitos alimentares, sociais e higiénicos, entre outros dados.

É com base nestes pressupostos, aplicados em ambiente clínico, que se pretende elaborar um relatório que tem como objetivo descrever e refletir sobre a atividade clínica realizada durante o 5º ano curricular do MIMD, na Clínica Universitária Dentária da UCP. Assim, este Relatório centra-se no levantamento de dados, exposição e discussão dos atos clínicos realizados no âmbito das várias Áreas Disciplinares: Medicina Oral, Periodontologia, Dentisteria, Endodontia, Cirurgia Oral, Prostodontia Fixa e Removível, Odontopediatria e Oclusão. A partir da história clínica do doente e do diagnóstico efetuado elaboram-se os planos de tratamento e os atos clínicos, quer no papel de operador, quer no de assistente. Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente e divididos por idade, género, hábitos tabágicos e alcoólicos e grau de risco médico do doente (de acordo com a classificação ASA), de forma a permitir uma melhor leitura e facilidade de comparação com os resultados descritos na literatura.

Por último procede-se à discussão dos resultados obtidos, abordando os fundamentos teóricos e dando uma especial atenção a alguns casos diferenciados (terapêutica periodontal, pontes oponentes e comunicação oroantral).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um “estado de bem-estar físico, mental e social absoluto”⁴ e não apenas a ausência de doença ou debilidade. Volpato e Figueiredo (2005) vão mais longe e consideram que a saúde não é apenas uma condição individual, mas também populacional, e manifesta-se através das ações dos indivíduos, que conduzem à satisfação das suas próprias necessidades. A interação social, a liberdade, a capacidade de integração, e a autodeterminação, são fatores que podem influenciar a saúde de um indivíduo, estando, por isso, integrados no conceito geral de saúde⁴.

Atualmente, à medida que a tecnologia está em constante evolução e a demografia populacional se altera, os pacientes exigem, cada vez mais, por um lado, o aumento na qualidade de tratamento e, por outro lado, a redução nos custos⁵.

A saúde oral é essencial para uma boa saúde geral e, conseqüentemente, uma boa qualidade de vida. É definida pela OMS como um estado de ausência de qualquer dor orofacial, doença ou condição que possa limitar a capacidade de morder, mastigar, sorrir, falar ou o bem-estar psicossocial. Deve, pois, ser disponibilizada informação, frequentemente, no sentido de educar os indivíduos e aumentar a procura dos serviços de saúde oral⁶.

Uma sociedade que não considere a saúde como um bem essencial acabará por experienciar discrepâncias nos índices de saúde oral e no acesso a esses cuidados⁷.

Segundo a OMS, doenças orais como a cárie, doença periodontal, lesões na mucosa, cancro orofaríngeo, infeções oportunistas e trauma dentário continuam a ser um problema a nível mundial. Das várias doenças orais, algumas são influenciadas, ou mesmo consequência, da existência de doenças crónicas sistémicas, como, por exemplo, diabetes ou HIV/SIDA⁸.

Das doenças orais mais comuns, a cárie continua a ser um problema de saúde grave, em países desenvolvidos, pois 60 a 90% das crianças em idade

escolar e a maior parte dos adultos é afetada. Nos últimos anos, estes valores têm vindo a diminuir nos países mais desenvolvidos, devido a uma maior sensibilização da população relativamente aos cuidados a ter na alimentação, em particular, no que respeita à ingestão de alimentos açucarados, e a aumentar nos países em desenvolvimento, pois o consumo desses alimentos tem vindo a aumentar. A doença periodontal severa ocorre entre 5 a 20% dos adultos e está, normalmente, associada ao tabaco. Cerca de metade das pessoas seropositivas, entre 40 e 50%, apresentam infeções fúngicas, infeções bacterianas ou virais. Apesar dos valores elevados, a OMS estima que apenas 5 a 10% da despesa pública em saúde é dedicada à saúde oral⁸.

Para diminuir o número de doenças orais, a OMS sugere que se reduza o consumo de açúcares, a aplicação de substâncias fluoretadas, a diminuição ou cessação do tabagismo e do consumo de álcool, o uso de goteiras na prática de desporto e o uso de equipamentos adequados aos condutores de veículos motorizados⁹.

Infelizmente, a atitude mais comum é “curativo/restauradora”, consequência de uma atitude passiva por parte da população, relativamente à sua saúde oral. Para minimizar esta situação, é essencial a educação da população, induzindo a alteração de atitudes e comportamentos enraizados e introduzindo a ideia de prevenção na sociedade¹⁰. O estado de saúde de uma pessoa, tal como aquilo que uma pessoa faz para se manter saudável, são influenciados pelo seu meio social, ou seja, pelas suas condições de vida e de trabalho.

Uma história clínica geral, completa e bem elaborada, contribui, em grande parte, para um diagnóstico e plano de tratamento corretos e é essencial para que os doentes sejam tratados de maneira apropriada e em segurança. É igualmente importante para a identificação de condições sistémicas que possam interferir com a saúde oral ou que tenham influência no tratamento a efetuar. Por exemplo, casos em que é necessária profilaxia ou é desaconselhado o uso de certos medicamentos, quer devido à interação com outros medicamentos, quer devido a alergias.

Algumas patologias podem originar emergências médicas durante uma consulta ou tratamento médico-dentário, tornando-se, por isso, imprescindível que se esteja na posse do máximo de informação, relativamente à condição médica do doente, quando se elabora a sua história clínica. O conhecimento destas informações contribui para reduzir o número de complicações médicas que, eventualmente venham a ocorrer. Através da história clínica do doente, também é possível identificar alguns fatores de risco do cancro oral, permitindo assim, atuar na sua prevenção.

A classificação ASA permite qualificar o estado físico dos doentes atendidos. Em 1963, a ASA propôs uma classificação pré-operatória de doentes, que permitia avaliar o risco em que este se encontrava. Recentemente, a este sistema de classificação que era constituído por 5 níveis, foi acrescentado um outro nível (nível 6).

Quadro 1. Classificação ASA do estado físico pré-operatório

ASA PS 1	Normal healthy patient
ASA PS 2	Patients with mild systemic disease
ASA PS 3	Patients with severe systemic disease
ASA PS 4	Patients with severe systemic disease that is a constant threat to life
ASA PS 5	Moribund patients who are not expected to survive without the operation
ASA PS 6	A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes

Sempre que a situação é considerada de emergência, a classificação é alterada, acrescentando um “E” ao código numérico. Considera-se uma situação de emergência quando, por exemplo, qualquer atraso no tratamento pode originar um agravamento da condição do doente ou, em casos extremos, aumentar o seu risco de vida. O nível 1 apresenta pouco/ nenhum risco, sendo o paciente considerado normal e saudável, com pouca/ nenhuma ansiedade, o que se poderá interpretar como uma “luz verde” para o tratamento. O nível 2 engloba pacientes com doença sistémica leve/ moderada ou que apresentam um maior nível de ansiedade/ medo,

em relação a médicos dentistas. Doentes neste nível apresentam baixo risco e, embora possam necessitar de consulta médica, o tratamento pode ser efetuado, com algumas precauções. O nível 3 classifica pacientes com doenças sistêmicas graves que limitam, mas não impossibilitam, a atividade diária. Antes de se iniciar um tratamento dentário, deve ser elaborado um protocolo com a finalidade de reduzir a ansiedade do doente e definir quais as adaptações necessárias a efetuar no tratamento. Sempre que possível, ou necessário, deve-se estabelecer contacto com o médico que segue o doente para confirmar o seu estado, antes de dar início ao tratamento. No nível 4, o doente apresenta alguma doença sistêmica que limita a atividade diária e o faz correr risco de vida. É uma condição médica grave, sendo aconselhável, sempre que possível, adiar o tratamento médico-dentário, até o estado do doente ser correspondente ao nível 3, Quando não é possível adiar o tratamento, este deve ser feito de acordo com a opinião do seu médico assistente. O nível 5 classifica pessoas que, previsivelmente, não sobreviverão mais do que 24 horas sem cirurgia. Estão, normalmente, internados numa unidade hospitalar e em estado considerado terminal. A estes doentes aplica-se apenas, e se necessário, tratamento paliativo e em ambiente hospitalar. Este nível é considerado de emergência, sendo normalmente referido como 5E, na classificação.

Num estudo realizado por Wolters et al. (1996) em 6301 doentes, numa clinica universitária americana, foi avaliada a relação entre a classificação ASA e fatores de risco perioperatórios e resultados pós-operatórios. Este estudo permitiu correlacionar o nível ASA e variáveis perioperatórias, complicações pós-operatórias e taxa de mortalidade, concluindo que a classificação ASA poderia prever o resultado pós-operatório¹¹.

A tensão arterial é a pressão que o sangue exerce no interior das paredes dos vasos sanguíneos, nomeadamente das artérias. É influenciada por diversos fatores como a força do batimento cardíaco; o diâmetro, o comprimento, a regularidade e a elasticidade dos vasos sanguíneos, principalmente das artérias; o volume e a viscosidade do sangue; a idade e a condição física. Alguns fatores extrínsecos também podem alterar a tensão arterial, como por exemplo, as horas de sono, a

dieta, o exercício, o estado psicológico e reações emocionais. Um dos fatores responsáveis pela flutuação diária da pressão arterial é o ritmo circadiano.

A tensão arterial, normalmente, é medida na artéria braquial, a maior artéria do braço, usando um aparelho de medição da pressão, como por exemplo um esfigmomanómetro, sendo medida em mm de mercúrio (mmHg). A pressão arterial é constituída por um valor máximo, atingido durante a contração do coração – pressão sistólica – e um valor mínimo, atingido durante o relaxamento do coração – pressão diastólica.

A pressão arterial raramente se mantém constante. Baixa quando uma pessoa dorme e aumenta quando acorda. O simples ato de uma pessoa se levantar, demasiado depressa, pode ser suficiente para baixar a pressão, provocando tonturas, suores frios, cansaço, visão turva ou vômitos. No entanto, esta baixa tensão arterial fisiológica, pode ser considerada normal apenas para essa pessoa. Estes valores, anormalmente baixos, da tensão arterial, ao ponto de poderem ser considerados patológicos – hipotensão – geralmente, não são considerados preocupantes, exceto quando provocam sintomas ou quando estão relacionados com problemas cardíacos. Uma pressão sistólica inferior a 90mmHg ou uma pressão diastólica inferior a 60mmHg são os valores - referência que definem a hipotensão.

Pelo contrário, a hipertensão é a condição em que o doente apresenta valores anormalmente altos. Segundo Macedo et al (2007), em Portugal, cerca de 42,1% dos indivíduos com idade compreendida entre os 18 e os 90 anos, apresentam hipertensão arterial. A incidência da hipertensão aumenta consoante a idade, afetando cerca de 54,7% dos homens, com idade entre os 35 e os 64 anos, e 79% dos homens com mais de 64 anos. A hipertensão nas mulheres, dentro das mesmas faixas etárias, afetava cerca de 41,1% e 78,7% respectivamente¹². Se não for detetada e tratada atempadamente, a hipertensão pode originar vários problemas, incluindo enfartes do miocárdio, trombozes, insuficiência renal e, em casos extremos, conduzir à morte.

Recentemente, várias publicações tentaram atualizar as *guidelines* utilizadas, no controlo da hipertensão arterial. O JNC8 publicou as suas *guidelines*, a 18 de

Dezembro de 2013, baseado apenas em RCTs e que apresentam alguns aspetos diferentes relativamente a *guidelines* publicadas por outras associações. Ao contrário de outras publicações relacionadas com o tema, esta não define hipertensão ou pré-hipertensão, embora defina o limiar a partir do qual deve ser iniciado o tratamento farmacológico. O facto de não separar tratamentos dentro da população hipertensa, excepto em subpopulações específicas que requeiram diferentes valores-alvo, difere substancialmente das várias *guidelines* publicadas até ao momento¹³.

Quadro 2. Guidelines de tensão arterial alvo e farmacoterapia de acordo com o JNC8

População	PA alvo, mmHg	Opções de tratamento farmacológico inicial
geral; idade ≥60 anos	<150/90	Nonblack: thiazide-type diuretic, ACEI,
geral; idade <60 anos	<140/90	ARB, or CCB; black: thiazide-type diuretic
Diabetes; idade ≥18 anos	<140/90	or CCB
DRC; idade ≥18 anos	<140/90	ACEI or ARB

Segundo os próprios membros do comité, esta tabela não se encontra ainda completa, devido ao facto de terem considerado relevantes 3 questões, todas relacionadas com o tratamento e a farmacologia da hipertensão, em detrimento de outras igualmente importantes, como por exemplo, o diagnóstico. Por essa razão, as *guidelines* propostas pelo JNC8 geraram grande controvérsia, entre profissionais e associações, incluindo a AHA/ACC, que preferiram continuar a seguir as propostas pelo JNC7, em 2004.

Assim, e considerando a necessidade de efetuar diagnóstico, as *guidelines* seguidas na observação dos doentes foram as propostas pelo JNC7, pois estas definem hipertensão e pré-hipertensão, ao contrário das propostas pelo JNC8^{13,14}.

Quadro 3. Diagnóstico de hipertensão de acordo com o JNC7

Classificação da hipertensão	Pressão arterial sistólica(mmHg)	Pressão arterial diastólica(mm Hg)
Normal	< 120	E < 80
Pré-hipertensão	120 – 139	Ou 80-89
Estádio 1 Hipertensão	140 – 159	Ou 90-99
Estádio 2 Hipertensão	+ = 160	Ou + = 100

É importante salientar que apenas uma medição com valores que apontam para hipertensão, pode não significar que a pessoa seja diagnosticada com hipertensão. A medição da tensão arterial deve fazer-se durante algum tempo para confirmação dos valores, tendo em vista diagnosticar corretamente a hipertensão.

Alguns dos fatores de risco, modificáveis, ligados à hipertensão arterial incluem o uso excessivo de sal, a obesidade, a falta de exercício, a ingestão de álcool e o tabagismo.

O tabaco provoca vasoconstrição, alterações hemodinâmicas, reduz a maleabilidade dos vasos sanguíneos e aumenta a sua rigidez, o que leva ao aumento da tensão arterial. O consumo do tabaco é responsável por, ou encontra-se associado a, vários tipos diferentes de cancro, incluindo do pulmão, da cavidade oral ou da laringe, a doenças coronárias e a várias doenças pulmonares, como o enfisema ou a DPOC¹⁵.

O tabaco é um fator de risco, em que o número de cigarros fumados diariamente influencia o risco de contrair doença periodontal. O seu consumo também se encontra associado ao agravamento da condição periodontal e a uma fraca resposta ao tratamento¹⁶. Um estudo *coorte* realizado, ao longo de sete anos, concluiu que, embora as bolsas periodontais se apresentassem com menos redução, os dentes apresentavam uma maior mobilidade¹⁷

A ingestão habitual de álcool pode causar efeitos secundários no organismo, como as alterações a nível do fígado, o que vai diminuir a capacidade de metabolizar medicamentos, de filtrar eritrócitos e de produzir plaquetas. Contribui também para o aumento da tensão arterial, e quando combinado com LDLs leva ao aumento de risco de doenças coronárias e cerebrovasculares¹⁸. Pode também atuar como um irritante do trato gastrointestinal. O seu consumo excessivo e prolongado pode causar gastrites, úlceras pépticas, vários tipos de cancro, incluindo na cavidade oral, na faringe, no esófago e no estômago, assim como cirroses e pancreatites. Parece existir uma relação entre o consumo de álcool e o risco do surgimento de cancro oral e da faringe, pois cerca de 50% dos doentes que desenvolvem este tipo de cancro consomem habitualmente álcool¹⁹.

O álcool está intimamente ligado a varias condições orofaciais, nomeadamente a sialose, devido a uma hipertrofia das glândulas parotídeas, ao aumento do risco de caries e de doença periodontal e à conseqüente perda dentária. Pode ocorrer também glossite, gengivite e queilite angular¹⁸, tal como sangramento excessivo devido a uma coagulação deficiente.

Adami refere vários obstáculos que podem interferir com a obtenção de cuidados de saúde oral, como o custo, a localização, a organização e o tempo necessário para ser atendido²⁰. Para além destes obstáculos, o facto da saúde oral se encontrar no fim das prioridades da maior parte das pessoas, a procura de tratamento é constantemente adiada, por vezes por demasiado tempo, procurando tratamento apenas quando apresentam sintomatologia dolorosa. O facto de muitas das patologias da cavidade oral serem de carácter evolutivo e destrutivo torna este facto de extrema relevância²¹. Portanto, não é de estranhar que Mandall refira a existência de uma grande diferença entre aquilo que o Médico Dentista considera importante na saúde oral e o que o doente pensa⁷. Esta divergência pode ser devido à situação socioeconómica da pessoa, às suas próprias prioridades ou por não se encontrar motivado devido à falta de um componente estético²².

A perceção da necessidade de tratamento por parte dos doentes é dependente de vários fatores. Fatores clínicos, como a existência de dentes restaurados, cariados ou perdidos, fatores subjetivos, principalmente sintomas e fatores sociodemográficos, como idade, situação socioeconómica e género²³.

O tratamento de idosos apresenta várias dificuldades acrescidas, quando comparado com o tratamento em doentes mais jovens, particularmente devido à necessidade de uma especial atenção relativamente às suas condições fisiológicas, psicológicas, farmacológicas e socioeconómicas. Esta diferença em relação a doentes mais jovens pode levar a uma discriminação no tratamento de certas doenças, pois os riscos podem ser mal calculados e, em vez de tratamento, pode fazer-se apenas controlo da doença. Os idosos podem sofrer limitações físicas que impossibilitam ou dificultam a higiene oral e têm uma maior susceptibilidade a infeções, incluindo infeções orais, consideradas como um fator de risco para diversas doenças sistémicas²⁴.

De facto, a idade de uma pessoa parece ser um fator de risco importante, uma vez que a morbilidade aumenta, em simultâneo com os fatores de risco, entre os 18 e os 69 anos. A partir dos 70 anos, a taxa de morbilidade parece aumentar de década em década, embora os fatores de risco se mantenham relativamente estáticos. De notar que a mortalidade cirúrgica aumenta exponencialmente quando os fatores de risco pré-operatórios se mantêm estáticos e a morbilidade aumenta linearmente, independentemente da idade. O aumento exponencial da mortalidade, por qualquer causa pós-operatória é, em parte, indicativo da ligação entre o aumento da fragilidade e o envelhecimento²⁵.

A possibilidade de desenvolver uma doença crónica potencialmente debilitante, parece aumentar com a idade, devido à progressiva acumulação e exposição a fatores de risco, ao longo da vida^{24,25}. Contudo, atualmente, as doenças crónicas não dependem apenas da idade, afetando também jovens e pessoas de meia-idade. A maioria das patologias nem sempre ocorre de forma isolada, tendo vindo a aumentar o número de pessoas que se apresenta com patologias múltiplas, originando, por vezes, um quadro complexo de necessidades para os próprios doentes e para os profissionais de saúde.

Vários fatores, como as patologias e a higiene oral dos doentes, podem influenciar o tipo de microflora existente na cavidade oral. Os profissionais de saúde e a sua equipa, os doentes, assim como os estudantes de Medicina Dentária, no decurso da realização de procedimentos clínicos, ficam expostos a uma variedade de microrganismos, alguns potencialmente perigosos, como é o caso do HIV e da hepatite B.

Assim, o controlo, mas sobretudo, a prevenção da infeção cruzada, deve constituir uma preocupação de todos os intervenientes. Na clínica Universitária Dentária da UCP, ao longo do 5º ano do MIMD, quer no papel de operador, quer no de assistente, houve sempre a preocupação de estimular e exercer atitudes e comportamentos adequados e procedimentos de controlo, mas essencialmente de prevenção da infeção cruzada.

A infeção cruzada é, portanto, uma infeção de origem exógena, que ocorre aquando da transmissão de micro-organismos entre intervenientes, em ambiente clínico^{26,27}. Esta transmissão pode ocorrer por contacto direto, quando é entre os intervenientes durante um procedimento, ou indireto quando ocorre através de material contaminado^{26,27}.

O risco de infeção cruzada é superior em Medicina Dentária quando comparado com outros campos da Medicina, devido ao campo operatório ser de dimensão reduzida, o doente mexer-se frequentemente e à grande variedade de objetos cortantes e perfurantes²⁸.

O controlo e a prevenção do risco de infeção cruzada em Medicina Dentária só é possível se os profissionais estiverem informados e precavidos dos perigos, sendo preconizado o uso de proteção pessoal e prudência nos procedimentos efetuados²⁹. Esta informação engloba os diversos meios de transmissão, os procedimentos de descontaminação, desinfeção e esterilização, os meios de proteção, como o uso de roupa apropriada, máscaras, luvas e óculos protetores e o modo de agir em situações de exposição ocupacional³⁰.

A descontaminação, a desinfeção e a esterilização de superfícies, objetos e instrumentos expostos a agentes inoficiosos, tal como a manutenção correcta do equipamento que possibilita esses protocolos e a correcta separação dos vários tipos de lixo são considerados fundamentais para reduzir o risco de infeção cruzada. A esterilização de instrumentos e materiais pode ser realizada através de vários meios, como por exemplo a autoclave ou a radiação UV.

A exposição ocupacional é uma situação acidental que ocorre durante a atividade profissional e que pode colocar o profissional e/ou o doente em risco de infeção. Pode ser definida como o contacto entre uma lesão percutânea, membrana mucosa ou pele não íntegra com sangue ou outros fluídos^{26, 27, 31}.

É essencial, quer o doente, quer o Médico Dentista e a sua equipa seguirem as medidas preventivas para minimizar exposições ocupacionais e, por conseguinte, o risco de infeção cruzada. Estas medidas de proteção e controlo devem ser

observadas e seguidas no tratamento de qualquer doente, pois podem ser portadores assintomáticos e desconhecerem a sua patologia/condição ou não quererem ser discriminados devido a ela^{27,30,32}. De salientar que a recusa de tratar um doente por receio de contaminação constitui uma falta de ética grave, pois o Médico Dentista deve proporcionar cuidados dentários a quem necessita³⁰.

Áreas Disciplinares

Medicina Oral

Existem muitas doenças que se podem manifestar na cavidade oral, com diferentes incidências, chegando mesmo algumas delas a colocar a vida dos doentes em risco (aproximadamente 3%). O diagnóstico destas doenças exige que se tenha conhecimentos anteriores da normalidade das zonas afetadas³³.

A Medicina Oral, abrange diversas patologias que podem ocorrer em diferentes órgãos e que podem afetar, ou estar relacionadas, com o pescoço e a cabeça. É, por isso, uma especialidade que necessita de um conjunto complexo de conhecimentos, não só em Medicina Dentária, como também em Medicina Geral e Ciências Básicas, Histologia, Anatomia e Fisiologia, por exemplo, para que seja possível lidar com as muitas doenças e condições que afetam a área da cabeça e pescoço³⁴ e que podem estar relacionadas com patologias sistémicas ou locais. É, portanto, uma especialidade da Medicina Dentária que integra a manutenção oral de doentes medicamente comprometidos, assim como o diagnóstico e o tratamento não cirúrgico de desordens ou condições que afetam a região oral e maxilofacial³⁵. Para um diagnóstico exato da condição do doente e um plano de tratamento correto e eficaz, é necessário ter uma história clínica minuciosa. Assim, é essencial que na história clínica se registem a medicação, quaisquer patologias sistémicas, cirurgias, internamentos e outras situações ocorridas com o doente. Este procedimento contribui para o diagnóstico correto de condições que possam afetar a cavidade oral, a região cervical e maxilofacial o que permite encaminhar o doente para as especialidades / Áreas Disciplinares adequadas³⁶.

Das inúmeras patologias da cavidade oral, ou com manifestações na cavidade oral, focar-se-ão, a seguir, apenas as que foram diagnosticadas aos doentes observados, ao longo do ano letivo, na Clínica Dentária da UCP.

A Estomatite protética é uma inflamação comum que afeta portadores de próteses removíveis. É normalmente caracterizada por uma mucosa eritematosa e edematosa que se encontra sob a prótese removível. A sua etiologia não é totalmente conhecida. Raramente se apresenta com sintomatologia, embora possa ocorrer uma ligeira sensação de queimadura ou disfagia. Pode surgir num intervalo de 25% a 65% dos portadores de prótese removível. Alguns dos fatores que podem estar ligados a esta condição são, por exemplo, trauma, tabagismo, uma higiene oral e protética deficiente, o uso contínuo da prótese, sem descanso, infeções fúngicas ou hipersensibilidade ao material usado na confeção da prótese. O tratamento passa por corrigir possíveis falhas presentes na prótese ou, se necessário, elaborar uma nova, mas apenas após a estomatite protética estar tratada. O doente deve ser instruído para a necessidade de uma boa higiene oral e protésica, para fazer o descanso da prótese e, se houver suspeita de envolvimento fúngico, deve ser feita terapia antifúngica. Por ser uma doença normalmente assintomática, os doentes, muitas vezes, não se apercebem da sua existência, o que contribui para a sua evolução para hiperplasia papilar inflamatória³⁷.

A Língua Geográfica apresenta-se sem uma etiologia precisa e, normalmente, está associada a língua fissurada. Em Outubro de 2008, foi publicado um estudo realizado na Turquia, com o objetivo de investigar a prevalência desta condição, numa população diversificada, tendo inferido que existia uma maior prevalência em pessoas jovens, não-fumadoras, atópicas ou alérgicas³⁸. A Língua Geográfica caracterizada por zonas múltiplas de desqueratinização e descamação das papilas, uniformes e bem delimitadas. Apresenta-se, portanto, como uma área atrófica de cor vermelha, rodeada por uma zona hiperqueratótica de cor branca. Ao longo do tempo, esta patologia pode, migrar para outra zona que anteriormente não tinha qualquer alteração. Ocorre, normalmente, nas superfícies dorsal e lateral da língua. Apesar de ser assintomática, pode provocar alguma dor ou sensibilidade a comidas picantes, ácidas ou quentes. O seu diagnóstico diferencial passa por candidíase,

líquen plano, psoríase, síndrome de Reyer e placas mucosas sífilíticas e o tratamento é apenas sintomático. Quando existe dor, pode-se fazer uma aplicação tópica de cremes à base de antifúngicos, corticosteroides ou bicarbonato de sódio³⁹.

A Língua Fissurada é uma condição benigna da língua e é caracterizada por fissuras que se podem desenvolver e aprofundar com a idade. Estas fissuras não necessitam de tratamento, pois são fisiológicas. Quando restos de comida ou bactérias se alojam nessas fissuras e provocam inflamação, é recomendada a escovagem da língua para a sua remoção³⁹.

Uma adenopatia é uma condição em que o tamanho de um ou mais gânglios linfáticos aumenta. Este aumento pode ter como etiologia infeções, bacterianas, virais ou parasitárias, tumores (linfoma, por exemplo) assim como doenças do tipo inflamatórias e alérgicas. Quando é difícil identificar a causa e a condição persiste, deve ser efectuada uma biópsia. O prognóstico desta condição depende da sua etiologia e do tratamento realizado. No âmbito da Medicina Oral, esta condição encontra-se associada aos gânglios linfáticos, que constituem as cadeias cervicais.

Língua Saburrosa é uma condição que pode ser caracterizada por uma camada espessa, branca ou amarela, localizada no dorso da língua e constituída por acumulação de restos de comida e bactérias. Normalmente está associada a desidratação da língua e uma das consequências é o mau hálito. Esta camada pode ser removida através de Acção mecânica e com o aumento da ingestão de líquidos.

Periodontologia

A Periodontologia é a área da Medicina Dentária que se dedica ao estudo dos tecidos de revestimento e suporte dentário, e cujos objetivos essenciais são a prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações patológicas ou condições inestéticas, referentes a esses tecidos.

O periodonto é constituído por quatro partes distintas, a gengiva, o ligamento periodontal, o cemento radicular e o osso. A gengiva tem como função principal a proteção de todos os tecidos subjacentes, enquanto os outros três componentes do periodonto são considerados pertencentes ao aparelho de inserção dentária. Estes

três componentes encontram-se unidos através das fibras de ligamento periodontal, que são suportadas pelo cemento e pelo osso. Estes tecidos podem sofrer alterações devido a variações morfológicas ou funcionais ou ainda devido à idade da pessoa⁴⁰.

Quando o periodonto é saudável, apresenta uma cor rosa coral que pode variar de pessoa para pessoa, devido à pigmentação fisiológica da melanina, o contorno da gengiva marginal é festonada e a gengiva interdentária plana, com uma consistência firme e resiliente. A textura é semelhante à da casca de laranja e a gengiva marginal está aderida ao dente na união amelo cementaria, com uma profundidade do sulco gengival não superior a 3mm⁴⁰.

Na área de Periodontologia, é necessária a história clínica geral do doente, a história clínica periodontal e radiografias, para um diagnóstico correto. A história clínica periodontal consiste no levantamento de dados de vários fatores, como os hábitos de higiene, o Índice de Placa (IP), o *Periodontal Screening and Recording* (PSR), o *Bleeding On Probing* (BOP), o *Clinical Attachment Level* (CAL) a avaliação de recessões, do envolvimento de furca e de mobilidade dentária, assim como uma sondagem e medição periodontal⁴⁰.

O IP utilizado foi o de *Silness & Loe*. Para a avaliação do IP dos doentes usa-se um corante para colorir todas as zonas onde existe placa e contam-se as faces dentárias que se encontram coradas. A seguir, divide-se o número de faces dentárias coradas pelo total de faces existentes e multiplica-se por 100, obtendo-se assim a percentagem de faces dentárias com placa.

O BOP é relativo ao sangramento quando se efetua a sondagem de seis pontos por dente. O BOP obtém-se dividindo o número de pontos sangrantes pelo número total de pontos existentes. A sondagem efetuada em seis pontos distintos à volta do dente, mede também a profundidade do sulco marginal. Considera-se que a profundidade fisiologicamente normal é 3 mm. Quando o valor é superior a este, estamos perante uma bolsa periodontal.

O CAL é a distância compreendida entre o fundo da bolsa periodontal até à linha amelocimentária. Pode ser calculada adicionando a profundidade da bolsa à dimensão da recessão. A perda óssea é determinada clinicamente pela sondagem periodontal e pela determinação do CAL, devendo ser confirmada por raio-x.

O PSR é um método rápido e que permite concluir facilmente se é necessário um estudo mais aprofundado da situação periodontal, pois agrupa as peças dentárias por sextantes. A sondagem é feita normalmente, mas apenas os valores mais graves de cada sextante são registados.

O envolvimento de furca é diagnosticado usando a sonda de Nabers e consideram-se 3 graus distintos. O grau I equivale a uma perda horizontal inferior a 3mm ou uma perda que não ultrapasse 1/3 da espessura total do dente; no grau II a perda horizontal é entre 3 e 5mm ou maior que 1/3 mas sem permeabilidade e no grau III em existe permeabilidade da furca.

Em relação à mobilidade dentária, é de salientar que todos os dentes se apresentam com um certo grau de mobilidade fisiológica. Não existe um instrumento específico para a medição, sendo normalmente classificada com os cabos de 2 instrumentos. A mobilidade dentária é avaliada de acordo com a facilidade e a dimensão do movimento e consideram-se 3 graus: grau I - o dente apresenta-se com mobilidade ligeiramente superior ao considerado normal e inferior a 1mm; grau II - o dente apresenta-se com uma mobilidade moderadamente superior ao normal e grau III-dentes que apresentem mobilidade horizontal severa nos sentidos vestibulolingual e/ou no sentido mesiodistal, tal como mobilidade vertical.

As condições ou doenças periodontais, por serem clinicamente consistentes e não requererem testes laboratoriais, foram divididas e classificadas, essencialmente, com base nas diferentes manifestações clínicas. A Doença Periodontal (DP) é uma condição indolor, de progressão lenta e que tem o seu início numa inflamação gengival e reversível – gengivite - provocada pelo crescimento de uma placa bacteriana, nas superfícies dentárias adjacentes. Esta é a situação mais comum, não existindo ainda perda de inserção ou a sua perda é estável e não-progressiva. As bactérias responsáveis pela inflamação gengival, se não forem removidas,

podem progredir para tecidos periodontais mais profundos, dando origem a bolsas periodontais, destruição óssea, mobilidade e avulsão dentária. A progressão da doença periodontal é influenciada por vários fatores locais, como maloclusão e impactação alimentar e sistêmicos, envelhecimento ou alterações hormonais⁴⁰.

A Periodontite Crônica (PC) pode considerar-se localizada, quando as áreas envolvidas são inferiores a 30%, e generalizada, quando estas são superiores a 30%. É caracterizada como Leve (PCL) quando apresenta uma perda de inserção de 1 ou 2mm, Moderada (PCM) quando a perda é de 3 ou 4mm e avançada (PCA) quando a perda é igual ou superior a 5mm. A abordagem terapêutica perante esta doença periodontal é puramente mecânica, sendo importante a raspagem e o alisamento radicular. Existem outros tipos de DP, como por exemplo a Periodontite Agressiva, que tem como característica principal a rápida perda de inserção e destruição óssea. Pode considerar-se Localizada, quando se inicia durante a puberdade e se encontra na zona do 1º molar ou incisivo e afeta pelo menos 2 dentes permanentes por proximal, um dos quais o 1º molar e Generalizada, quando ocorre em pelo menos 3 dentes em que nenhum é 1º molar ou incisivo. A abordagem terapêutica de Periodontite Agressiva passa por RAR, com antibioticoterapia associada⁴⁰.

As doenças periodontais necrosantes, a periodontite como manifestação de doenças sistêmicas, a periodontite associada a lesões endodônticas e abscessos do periodonto são outros tipos de condições que podem afetar o periodonto⁴⁰.

Dentisteria

A Dentisteria Operatória é uma área da Medicina Dentária responsável pela reabilitação de dentes, que tenham lesão de cárie ou outras alterações dentárias, usando métodos e técnicas preventivas e restauradoras, aplicando normalmente um tratamento conservador e de restauração direta. Nesta área é passível a intervenção em dentes que se encontram cariados, que tenham sofrido trauma sem complicações, em situações de pulpite reversível ou transitória ou de exposição pulpar de tamanho reduzido. Está também no âmbito desta área o tratamento a

dentes com restaurações fraturadas, substituindo-as e situações em que se pretende alterar a sua cor, forma ou textura.

A cárie dentária é a lesão mais comum nesta Área Disciplinar. Segundo Black (1914), a cárie é a dissociação química de cálcio do dente pelo ácido láctico, acompanhada da decomposição da matriz orgânica. Esta reação ocorre sempre da superfície para o interior e resulta numa cavidade, que pode ser classificada quanto à sua localização e profundidade no dente.

A incidência da cárie está associada à higiene oral, sendo a doença mais comum nas crianças, embora a sua localização se altere de coronal nas crianças, para radicular nos adultos. Este tipo de cárie, para além de ser de restauração difícil, tem uma taxa de progressão elevada em doentes com pouca ou nenhuma saliva⁴¹.

Os tratamentos realizados a lesões cariosas são de natureza preventiva ou restauradora e têm como objetivo principal a manutenção ou recuperação da forma, função e estética do dente cariado. Atualmente, o material mais usado em restaurações de dentes posteriores e anteriores são as resinas compostas, por terem boas propriedades físicas, mecânicas e estéticas, serem fáceis de manipular e colocar na cavidade e por não necessitarem de qualquer preparação da cavidade para ser colocadas, ao contrário da amálgama, uma vez que a sua retenção provém de um sistema adesivo. Estas propriedades permitem a utilização regular das resinas compostas, com resultados clínicos satisfatórios.

Endodontia

A Endodontia, ou, mais especificamente, a ideia de tratar dor de dentes introduzindo um material exógeno dentro do canal, existe desde o ano 200 AC, segundo escavações arqueológicas realizadas em Neguev, um deserto em Israel, onde foi encontrado o dente 12 de um guerreiro que apresentava um arame de bronze⁴².

O tratamento endodôntico consistia, essencialmente, em drenar a câmara pulpar para aliviar a dor e obturar com ouro, amianto ou qualquer outro material que o permitisse, como bálsamo e parafina. Até meados do séc.XX, o tratamento

principal de um dente com dor era a extração, por não haver garantias de sucesso no tratamento endodôntico e também por falta de bases científicas e /ou clínicas que demonstrassem e suportassem o sucesso do tratamento. Por essa altura, foram realizados vários estudos que vieram justificar cientificamente que o tratamento do dente permitindo a sua manutenção era mais eficiente do que a extração.

“A endodontia é portanto uma especialidade da medicina dentária que estuda a morfologia, a fisiologia e a patologia do dente humano, em particular a polpa, a raiz e tecidos peri radiculares”⁴³. Consiste, portanto, na prevenção, diagnóstico e tratamento de dor oro-facial de origem pulpar ou perirradicular, tendo como objetivo principal a manutenção de um dente funcional em boca, sem detrimento para a saúde do paciente⁴⁴.

O tratamento endodôntico é feito em dentes associados com dor, sendo um terço de todos os tratamentos de urgência do foro endodôntico. Deve ser efetuado um diagnóstico diferencial com outras condições que podem resultar em dor referida, nomeadamente com DTMs, sinusites e problemas neurológicos⁴⁵.

O diagnóstico na Área Disciplinar de Endodontia passa pela realização de testes de vitalidade pulpar e uma avaliação da dor que o doente apresenta quanto à sua localização, irradiação, duração, intensidade, frequência, evolução e se é espontânea ou provocada, tal como fatores que alteram a intensidade da dor. A observação da mucosa no sentido de avaliar a presença de lesões é também importante.

O meio de diagnóstico auxiliar mais usado nesta área é a radiografia periapical, pois permite a confirmação do número de canais do dente, revela a presença ou ausência de lesões, incluindo o seu estado de evolução, e permite confirmar se o tratamento está a ser corretamente realizado.

Cirurgia Oral

A Cirurgia Oral é um ramo da Medicina Dentária que lida com o diagnóstico e tratamento cirúrgico de alterações, lesões e patologias existentes na cavidade oral e que necessitam de intervenção cirúrgica, sendo a sua execução irreversível⁴⁶.

O estado de saúde do doente antes de uma intervenção cirúrgica deve ser estudado aprofundadamente, dando especial atenção aos problemas sistêmicos, à medicação e à influência que estes fatores podem ter no tratamento. É de primordial importância que a história clínica do doente seja detalhada para a elaboração do planejamento de atos cirúrgicos. São, então, relevantes os conhecimentos da anatomia e da semiologia geral e da cabeça e pescoço e da psicologia médica, assim como o domínio do material cirúrgico usado e dos princípios gerais de cirurgia. O doente deve ser abordado como um todo e não se deve deixar de ter em consideração os exames complementares de diagnóstico e a relação médico-paciente. O conjunto de todos estes fatores vai permitir a elaboração de um plano de tratamento íntegro e específico para cada doente e, conseqüentemente, a execução correta da cirurgia e a redução no número de complicações passíveis de ocorrer^{46,47,48}.

Os procedimentos, nesta Área Disciplinar, englobam vários atos clínicos distintos como as exodontias, simples ou complexas, de dentes mono- ou multirradiculares, incluindo dentes inclusos e cirurgias pré-protéticas. Abrange também situações como processos infecciosos e de trauma dento-alveolar⁴⁷.

A extração de um dente é indicada em casos em que as cáries são extensas e que tornam a recuperação do dente impossível ou improvável. Também é indicada, por exemplo, em situações em que existe perda óssea, em que é necessário ganhar espaço na arcada dentária ou em que o dente se encontra mal posicionado sem possibilidade de recuperação por via ortodôntica. Quando o paciente vai ser submetido a radioterapia ou ainda, quando o doente, por questões financeiras, opta pela extração. Mediante a diversidade de fatores que podem conduzir à extração, a cirurgia pode também variar quanto à sua complexidade⁴⁶.

Quando se opta pela extração de um dente incluso, normalmente estamos perante motivos diferentes, uma vez que podem potenciar a destruição de dentes adjacentes, provocar inflamação, apinhamento e dor e formar quistos ou tumores. Outras situações menos comuns incluem parestesias e o aparecimento de lesões de cárie no próprio dente incluso⁴⁶.

As complicações pré-, intra- e pós-operatórias inerentes a uma cirurgia, devem ser identificadas corretamente aquando do seu planeamento, devendo a sua resolução ser pesquisada e executada se necessário⁴⁸.

Existem várias contraindicações quer sistémicas, quer locais para a extração dentária, que podem ser relativas ou absolutas, dependendo do estado geral do doente e da relação risco/benefício existente⁴⁸. As contraindicações sistémicas incluem qualquer doença não controlada, incluindo, diabetes, hipertensão, falência renal, discrasias sanguíneas, como a anemia ou a leucemia e insuficiência hepática entre outras. Na gravidez, apenas o segundo trimestre é de relativa segurança para extrações simples. Embora não seja uma contraindicação *per si*, medicamentos como corticosteroides, imunossuppressores e bifosfonatos, podem influenciar a resposta do corpo a uma extração⁴⁶, podendo levar a insuficiência suprarrenal aguda, a osteoporose e a osteonecrose, respectivamente.

Em relação às contraindicações locais podemos referir, entre outras, a existência de patologia periapical, a presença de gengivoestomatite herpética primária ou GUNA e de pericoronarite severa. Também estão incluídos nas contra indicações locais, a extração de dentes localizados em zonas irradiadas, devido a radioterapia, que dependendo da radiação envolvida, pode conduzir a osteorradionecrose, assim como dentes situados numa área com tumor e dentes adjacentes a zonas de fratura óssea. Quando um dente está associado a uma patologia periapical, o objetivo principal do tratamento é limitar a sua propagação através de uma de duas vias de tratamento: a extração imediata ou a extração após antibioticoterapia⁴⁶.

Prostodontia Fixa

A Prostodontia Fixa corresponde à área dentro da Medicina Dentária que tem como objetivo o estudo, diagnóstico, plano de tratamento, reabilitação e manutenção da função, conforto, aspeto e saúde da cavidade oral do doente, quando este apresenta uma condição clínica associada à falta ou deficiência de dentes.

A Prótese Fixa trata situações em que a destruição dentária é relativamente extensa ou em que há perda dentária adjacente e sempre que o preço não for objeção para o doente.

Os materiais dentários, usados no âmbito desta área, por serem biocompatíveis, não necessitam de ser removidos da cavidade oral, ao contrário das próteses removíveis, que podem causar problemas se não for feito o descanso.

A avaliação pré-protética em Prótese Fixa é essencial. Na Clínica Universitária da UCP, é dedicada uma consulta única e exclusivamente à recolha de dados, discutindo-se o caso na aula seguinte com os docentes. Posteriormente, apresenta-se o plano de tratamento, incluindo o orçamento, ao doente. Depois de aceite, inicia-se o tratamento³⁶.

Prótese Removível

A Prótese Removível é a Área Disciplinar que se dedica à reabilitação oral, através da substituição de um ou mais dentes numa arcada, usando uma prótese dentária removível, que fica suportada e retentiva através de tecidos subjacentes e/ou dentes remanescentes. A Prótese Removível é uma alternativa à Prótese Fixa e à Implantologia, quer a nível clínicos quer a nível financeiro.

Uma Prótese Parcial Removível apresenta algumas vantagens relativamente à Prótese Fixa, designadamente a reabilitação funcional de zonas desprovidas de pilares adequados, permitindo a estabilização das arcadas dentárias e o restabelecimento do equilíbrio oclusal de forma mais económica. Contudo, também apresenta algumas desvantagens, principalmente no que concerne à condição e posição dos dentes que irão suportar a prótese, a condições periodontais patológicas quando existe má higiene oral.

Deve ser sugerida ao doente uma Prótese Removível Acrílica se ocorreu uma perda extensa de osso e não é recomendável a reabilitação por Prótese Fixa, se existe doença periodontal extensa, se a motivação ou capacidade para manter os dentes remanescentes é considerada escassa, se por motivos financeiros não é

possível optar por outra via de reabilitação ou, simplesmente, quando o uso de uma Prótese Removível Esquelética é recusado, por parte do paciente.

Numa 1ª consulta devem ser feitos modelos de estudo, radiografias extra- e intraorais, fotografias extra- e intraorais, recolha da história clínica. O plano de tratamento é elaborado no âmbito da Prostodontia Removível, mas tendo em consideração outras vertentes de Medicina Dentária, de modo a refletir a condição da cavidade oral, na sua totalidade. Antes da segunda consulta, é apresentado ao doente o orçamento da manufatura da prótese, que pode ser aceite ou recusado. Se for aceite prossegue-se o tratamento e na segunda consulta, fazem-se (ou não) nichos, conforme a prótese que foi planeada.

O número de consultas necessárias para a confecção de uma PTR e de uma PPR pode ser diferente, uma vez que é necessário fazer um registo maxilo-mandibular para calcular a altura dos dentes de uma PTR. Este facto é importante, na medida em que, se não tiver a dimensão correta, pode levar a alterações na ATM, na parte estética e em várias funções, como a deglutição, a mastigação e a fonética assim como a fadiga muscular. No caso de PPR, a consulta correspondente ao registo intermaxilar é a de prova de esqueleto, que consiste em verificar o desenho, a adaptação, a dimensão, a estabilidade, a retenção e o suporte, tal como confirmar se o conector maior não apresenta quaisquer problemas ou zonas que possam causar problemas. A seleção da cor dos dentes também é feita nesta consulta.

Na consulta seguinte, faz-se a prova de dentes. Nesta fase, é de primordial importância que se faça a avaliação da estética, da fonética e que se verifique a funcionalidade dos dentes artificiais, relativamente à capacidade de retenção perante os movimentos funcionais existentes na cavidade oral, nomeadamente da língua, das bochechas e dos lábios. Por último, acompanha-se a inserção da prótese de modo a maximizar o conforto do doente. As Próteses mal adaptadas podem levar a um aumento na reabsorção óssea, tal como a uma dificuldade na mastigação e uma conseguinte diminuição dos nutrientes consumidos⁴¹.

Após a entrega da prótese, o doente deve ser seguido, regularmente, através de consultas de controlo, que têm o objetivo de vigiar a cavidade oral e diagnosticar, o mais precocemente possível, qualquer complicação associada à prótese, quer de origem protética, devido a excesso ou falta de material, quer de origem humana, devido ao mau uso dado à prótese. Deve também ser tido em conta o facto de as estruturas ósseas não serem estáticas e existir uma continuação na reabsorção óssea⁴¹.

Odontopediatria

Odontopediatria é uma especialidade responsável pelo estudo, prevenção e tratamento de condições anormais de crescimento e de desenvolvimento, tal como problemas ou condições patológicas da cavidade oral, desde o nascimento até à adolescência, quer a criança necessite de cuidados especiais, ou não.

A especialidade de odontopediatria, ao contrário das restantes especialidades em Medicina Dentária, não se cinge apenas a uma área de conhecimento na cavidade oral, mas engloba várias áreas pertencentes a outras especialidades, embora esses conhecimentos tenham que ser adaptados para poderem ser uteis à população alvo da especialidade.

O facto desta Área Disciplinar ser específica para um determinado intervalo de idades, significa que se deve ter um leque amplo de conhecimentos, não só dentro da área de Medicina Dentária, como prevenção de cáries ou ortodontia, mas também na área das Ciências do Comportamento e a capacidade de reconhecer um correto desenvolvimento orofacial. Em casos específicos, em que se torna difícil fazer o tratamento à criança, é necessário recorrer à sedação. Por esta razão o Médico Dentista deverá ter conhecimentos de anestesiologia para poder actuar de acordo com a situação. O conhecimento da posologia medicamentosa em Odontopediatria é também essencial, pois as crianças não toleram os medicamentos da mesma maneira que os adultos, havendo necessidade de fazer a conversão da posologia que, normalmente, é dada aos adultos. O Médico Dentista deve, pois, munir-se de um leque de competências e conhecimentos necessários e que se

tornam essenciais para tratar as doenças ou condições que aflijam a criança, durante o seu crescimento e desenvolvimento⁴⁹.

Oclusão

A Oclusão é a Área Disciplinar que estuda a relação que os dentes de uma arcada têm com os dentes oponentes, quer quando a mandíbula se encontra fechada e parada - oclusão estática - quer quando a mandíbula está em movimento - oclusão dinâmica. Normalmente é dada uma maior ênfase à oclusão estática, especialmente em tratamentos ortodônticos, relegando a oclusão dinâmica para segundo plano^{50,51}.

Em Oclusão, dá-se especial atenção ao sistema articular associado ao sistema estomatognático. Os ligamentos e músculos da mastigação e a ATM são estudados aprofundadamente, o que possibilita o reconhecimento de disfunções temporomandibulares, permitindo um diagnóstico correto. Existem duas posições da mandíbula, de extrema importância para a Oclusão, PIM, quando a boca é estritamente fechada, e RC, posição de relaxamento caracterizada pela posição da mandíbula relativamente à maxila, reproduzível na presença de dentes ou não.

A oclusão ideal é um conceito puramente teórico que raramente é natural e foi descrito por McDonald & Irlanda, em 1998⁵². Estes autores consideraram apenas dois aspetos que definem uma oclusão ideal: a maxila e a mandíbula devem ter tamanhos proporcionalmente corretos entre si e os dentes devem apresentar relações corretas, em repouso. No entanto, em 1992, Houston *et al.* sugeriu que uma oclusão ideal era definida por quatro pontos: arcadas dentárias com dentes que apresentem uma inclinação e uma relação proximal corretas; a relação entre arcadas deve ser tal, que apenas os incisivos centrais inferiores não contactam com os seus oponentes, o dente correspondente e o dente anterior a esse; quando em PIM a mandíbula encontra-se em RC, ou seja quando ambos os côndilos se encontram em posições simétricas, integralmente combinados com as fossas mandibulares e, por último, a existência de relações funcionais durante a movimentação da mandíbula⁵².

A maioria dos tratamentos restauradores altera o formato da coroa, incluindo a face oclusal. Desta situação, infere-se a necessidade de conhecer todos os fatores que possam estar envolvidos nos contactos oclusais do dente restaurado.

A Oclusão debruça-se sobre vários problemas oclusais, resultantes dos chamados movimentos parafuncionais, “atividades que ocorrem fora do espectro de ação normal das funções de mastigação, deglutição e fala” ³⁶. A frequência, a duração e a intensidade destes movimentos são a principal causa dos sintomas e sinais, tal como o hábito parafuncional que apresenta. Os hábitos que estão ligados à cavidade oral são, entre outros, o bruxismo, a respiração bucal, morder a bochecha e o lábio e a onicofagia. As possíveis consequências destes hábitos incluem aumento do ligamento periodontal, fratura, mobilidade, desgaste e sensibilidade dentária, exostoses mandibulares e maxilares, dor ou rigidez da mandíbula, cefaleias, mialgias, miosites ou hipertrofia dos músculos masséter e temporal entre outros^{36,53}.

OBJETIVOS

Este relatório tem como principal objetivo descrever e refletir sobre a atividade clínica realizada ao longo do 5º ano letivo do curso de Medicina Dentária. De modo mais específico:

- Elaborar uma revisão da literatura existente sobre variados aspetos da atividade clínica realizada
- Aumentar competências e conhecimentos multidisciplinares para a prática clínica
- Fazer a recolha, análise e discussão dos dados obtidos a partir da história clínica dos doentes
- Apresentar e discutir mais pormenorizadamente casos de maior relevo
- Refletir sobre o futuro da Medicina Dentária a nível pessoal e profissional

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a elaboração deste Relatório de Atividade Clínica, foram utilizados todos os conhecimentos apreendidos ao longo do curso de MIMD, acrescidos da realização de uma pesquisa bibliográfica que enquadrou, teoricamente, os casos clínicos observados, ao longo do ano letivo. A pesquisa bibliográfica foi efectuada nos motores de busca *Google*, *Google Académico*, *Pubmed*, *ScienceDirect*, e *BioMed Central*, usando variadas palavras-chave em português e em inglês, de acordo com o assunto a pesquisar e com as respectivas Áreas Disciplinares, entre as quais: *tobacco*, *alcohol*, *cross-infection*, *oral health*, *hypertension*, *medical risk*, *oro-antral communication*, prevenção, diagnóstico, Medicina Dentária.

A recolha de dados foi feita, ao longo do ano letivo, entre Setembro de 2013 e Maio de 2014 e inclui todos os doentes atendidos pelo grupo de trabalho. Apenas para efeitos estatísticos também se consideraram, inicialmente, a totalidade das consultas marcadas, mesmo não correspondendo ao número de doentes atendidos. Foi também calculado o número de consultas realizadas pelo grupo de trabalho e o número de doentes, que nem sempre é correspondente, devido aos vários atos clínicos realizados em cada doente. Descreve-se, igualmente, o número de atos clínicos realizados como assistente e como operador.

Relativamente a cada doente, referem-se e tratam-se os dados obtidos, essencialmente, através da sua história clínica e, no que concerne ao tratamento, inclui-se a sua descrição na Área Disciplinar correspondente.

O 5º ano do MIMD da UCP, CRB é constituído, quase na sua totalidade, por prática clínica, distribuída pelas várias Áreas Disciplinares, o que permite um fluxo considerável de doentes repartido pelos vinte grupos, que constituem o ano. Cada grupo é constituído por três elementos, referido a partir deste momento, como trinómio. Em cada consulta/ ato clínico, dois dos elementos assumem o papel de assistentes e o terceiro elemento o de operador. De todos os doentes atendidos na clínica, apenas foram recolhidos os dados dos doentes atendidos pelo grupo 78, ao longo deste ano letivo, e destes dá-se maior relevância aos atos clínicos efetuados enquanto operador. A recolha de informação foi feita a partir da história clínica do

doente, do histórico de tratamentos efetuados na Clínica e de qualquer dado adicional que seja considerado relevante para a discussão do caso, incluindo radiografias e fotografias.

Os dados recolhidos foram introduzidos no programa Microsoft Excel 2007®, tratados e relacionados entre si, sendo os resultados obtidos, posteriormente, representados em forma de tabela ou gráfico, na secção correspondente. A seleção do Microsoft Excel 2007®, para tratamento dos dados, deve-se à facilidade de utilização e de habituação.

Primeiro, tratam-se os dados não específicos de uma Área Disciplinar, dando uma panorâmica geral da situação do trinómio, face aos doentes atribuídos. Dá-se relevância a fatores, como, por exemplo, o número de consultas agendadas, o número de doentes distintos, a idade, o sexo, patologias sistêmicas, a condição física segundo a classificação ASA e hábitos etílicos e tabágicos.

Após a introdução à situação geral dos doentes atendidos pelo trinómio, prossegue-se com uma secção dedicada a cada Área Disciplinar, onde são descritos dados específicos de cada Área Disciplinar. Assim, Medicina Oral é considerada a área de intervenção onde é elaborada a história clínica do doente, que inclui a medicação e as várias patologias orais diagnosticadas. A idade, os hábitos tabágicos, o índice de placa e o sangramento à sondagem, tal como o diagnóstico extrapolado destes fatores, interessam à área de Periodontologia. Em Dentisteria Operatória, são apresentados os atos clínicos relacionados com o tratamento efetuado, consoante a cavidade, o material usado, a classe da restauração e se houve necessidade de colocar proteção pulpar. Em Endodontia, explicita-se o tratamento, referindo o número de canais obturados e menciona-se se foram obturados na clínica ou na atividade pré-clínica. Em Cirurgia Oral, descrevem-se os vários aspetos dos atos clínicos realizados, como o número de raízes do dente extraído e o motivo da extração, assim como o nível de risco dos doentes. Em Prostodontia Fixa e em Prostodontia Removível referem-se os diferentes atos realizados, quer como operador, quer como assistente. Em Odontopediatria relatam-se os vários tipos de tratamento efetuados pelo trinómio. Devido à falta de doentes na Área Disciplinar de Oclusão, apenas se refere o número de consultas efetuadas.

De todos os atos clínicos realizados como operador, nas diferentes áreas, durante o ano letivo de 2013/2014, selecionaram-se alguns casos menos comuns, que são apresentados e discutidos na secção de casos diferenciados. Assim, foram selecionados os casos de um tratamento periodontal de uma periodontite crónica avançada, com bolsas de 11mm, uma cirurgia que originou uma comunicação oroantral de grandes dimensões e a colocação de duas pontes de três elementos, com alteração na anatomia dos dentes pilares.

Limitações

Na realização deste Relatório de Atividade Clínica, deparámo-nos com algumas dificuldades de cariz teórico e prático. Por um lado, a falta de assiduidade e o reduzido número de doentes, em algumas Áreas Disciplinares, não permite extrapolar, nem discutir, mais objetivamente, os dados obtidos, face a situações descritas na literatura. Por outro lado, na elaboração da história clínica de um doente, as respostas que o Médico Dentista obtém nem sempre são as corretas. Por vezes, o registo também fica incompleto, em especial, quando os doentes, querendo evitar o estigma social inerente a alguns dos seus comportamentos ou condições, omitem ou alteram as respostas, o que implica que, também a sua história clínica fique alterada, porventura, com consequências, a nível do tratamento adequado. Considerando que, relativamente a alguns comportamentos ou condições (por exemplo, o consumo de álcool, o tabagismo e a higiene oral), tal facto tenha existido, ao longo do ano letivo, os dados recolhidos, tratados e apresentados podem não coincidir com a realidade.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, faz-se a apresentação pormenorizada dos dados recolhidos a partir da história clínica dos doentes e da observação e diagnóstico efetuados nas consultas, ao longo do ano letivo, separando-os pelas diferentes Áreas Disciplinares. Os dados apresentados são relativos aos atos clínicos efetivamente realizados.

Num total de 223 consultas marcadas houve 59 desistências. Dos restantes 164 atos clínicos realizados pelo grupo, 100 foram realizados como assistente e 64 como operador (Figura 1).

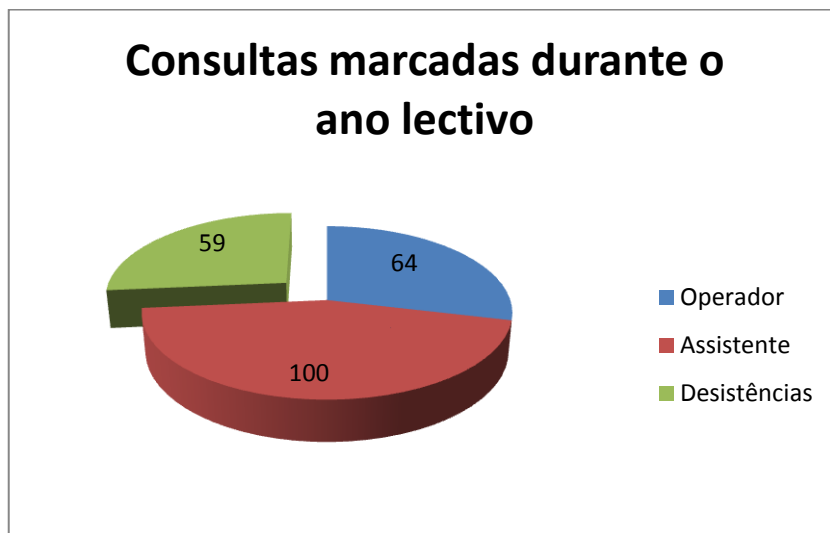


Figura 1. Consultas marcadas ao longo do ano letivo

Todos os atos efetuados pelo trinómio foram realizados em 63 doentes distintos, tendo sido atendidos 37 doentes, enquanto operador.

A média de idades dos doentes atendidos foi de 46 anos. A figura 2 exprime a distribuição dos doentes por diferentes faixas etárias, destacando-se, em maior número, os doentes com idades compreendidas entre os 50 – 59 anos.

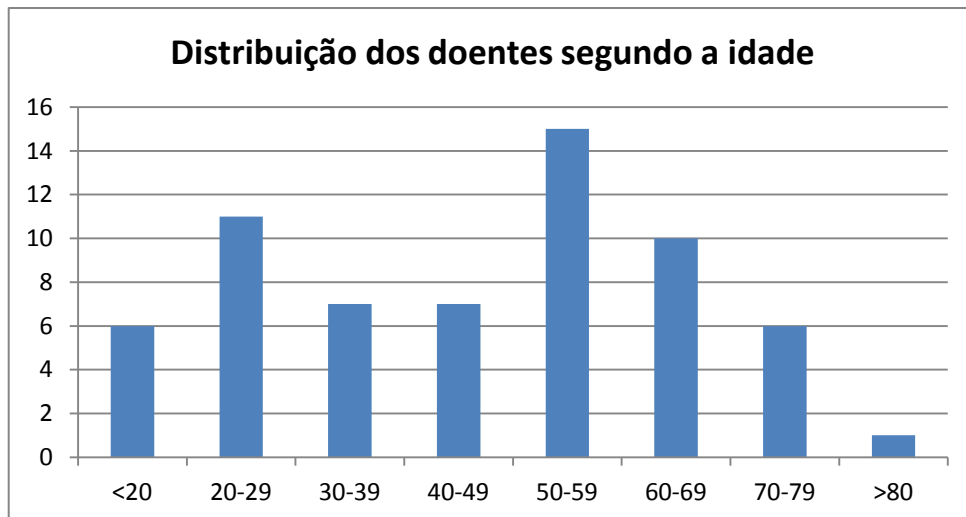


Figura 2. Distribuição dos doentes segundo a idade.

Dos 63 doentes atendidos, 31 eram do sexo masculino e 32 do sexo feminino (Figura 3)

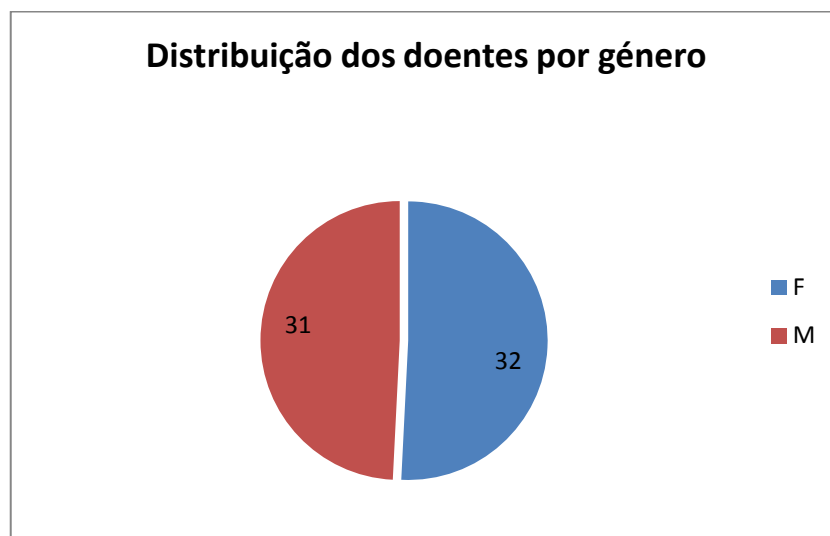


Figura 3. Distribuição dos doentes por género.

Segundo a classificação ASA, a maioria dos doentes, 50,8%, enquadrava-se num estado físico de nível I, cerca de 32% dos doentes integrava-se no nível II e sensivelmente 16% foi considerado nível III. Apenas 1 doente apresentava patologias que o colocavam no nível IV (Quadro 4). De realçar que, à medida que a média de idades vai aumentando, o nível do estado físico também vai aumentando.

Quadro 4. Classificação do estado físico dos doentes, de acordo com a classificação ASA.

Classificação do estado físico dos doentes de acordo com a classificação ASA			
Estado Físico	Nº de Pacientes	% de pacientes	Ø de idades
ASA I	34	53,97%	34,7
ASA II	17	26,98%	55,9
ASA III	11	17,46%	67,3
ASA IV	1	1,59%	68
ASA V	0	0,00%	N/A
ASA VI	0	0,00%	N/A

Alguns dos doentes apresentavam um historial médico com várias patologias que podiam influenciar o nível do seu estado físico (Quadro 5). O aumento da tensão arterial foi a situação mais comum, com 39,7% dos doentes a sofrerem de hipertensão, embora com diferentes gravidades. Seguem-se AVCs, diabetes tipo 2 e problemas do foro psicológico, como esquizofrenia ou transtorno bipolar, com uma percentagem de 6,3%. Cerca de 4,8% dos doentes apresentavam problemas de coração, como angina de peito ou enfarte do miocárdio. Para além das patologias citadas, registaram-se outras que não se enquadram em nenhum dos grupos anteriores, como a epilepsia, a gastrite e a bronquite alérgica, em 11,1% dos doentes e que foram incluídas no Quadro 5, num grupo denominado “Outras”. É de notar que alguns doentes apresentavam mais do que uma destas patologias, no seu historial médico.

Quadro 5. Doenças sistémicas apresentadas pelos doentes atendidos

Hipertensão	39,7%
Diabetes	6,3%
AVCs	6,3%
Problemas do foro psicológico	6,3%
Problemas de coração	4,8%
Outros	11,1%

A figura 4 representa os hábitos tabágicos dos doentes atendidos pelo trinómio. A percentagem dos não-fumadores (69,84%) é muito superior à percentagem dos fumadores (30,16%). No grupo dos fumadores, 19 no total, a média de idades foi de 38 anos e destes, 52,63% eram do sexo masculino (Figura 5).



Figura 4. Hábitos tabágicos dos doentes

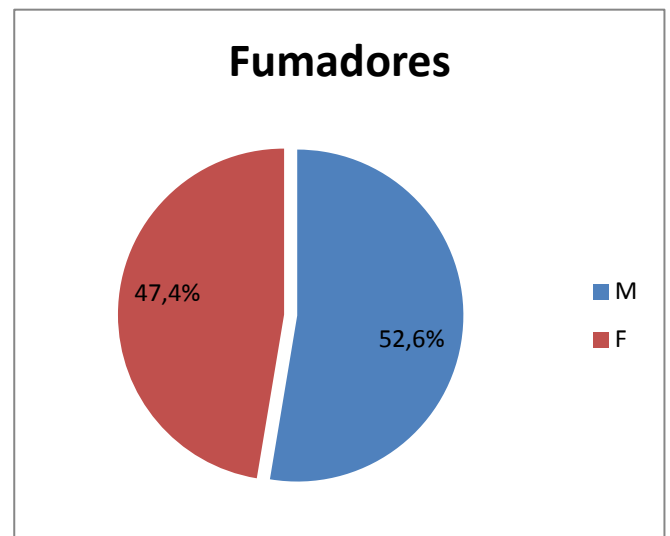


Figura 5. Distribuição dos fumadores por género

Os doentes foram atendidos em várias Áreas Disciplinares, consoante os tratamentos a efetuar. A distribuição de atos clínicos pelas diversas Áreas Disciplinares encontra-se representada no Quadro 6, onde é notória uma maior afluência às consultas de Prótese Removível, com 24,39%, Dentisteria, com 19,51% e Periodontologia com 15,24%. As consultas com menor afluência foram as de Oclusão e Odontopediatria, ambos com 3,05% dos atos.

Quadro 6. Distribuição dos atos clínicos pelas áreas disciplinares

	Operador	Assistente	Total	% Total
Periodontologia	11	14	25	15,24%
Medicina Oral	4	6	10	6,10%
Cirurgia Oral	5	9	14	8,54%
Odontopediatria	2	3	5	3,05%
Endodontia	6	5	15	9,15%
Prótese Removível	15	25	40	24,39%
Prótese Fixa	7	11	18	10,98%
Dentisteria	12	20	32	19,51%
Oclusão	2	3	5	3,05%
Total	64	100	164	100,00%

Áreas Disciplinares

Medicina Oral

Relativamente à cadeira de Medicina Oral foram realizados 12 atos clínicos, 8 como assistente e 4 como operador (Figura 6).

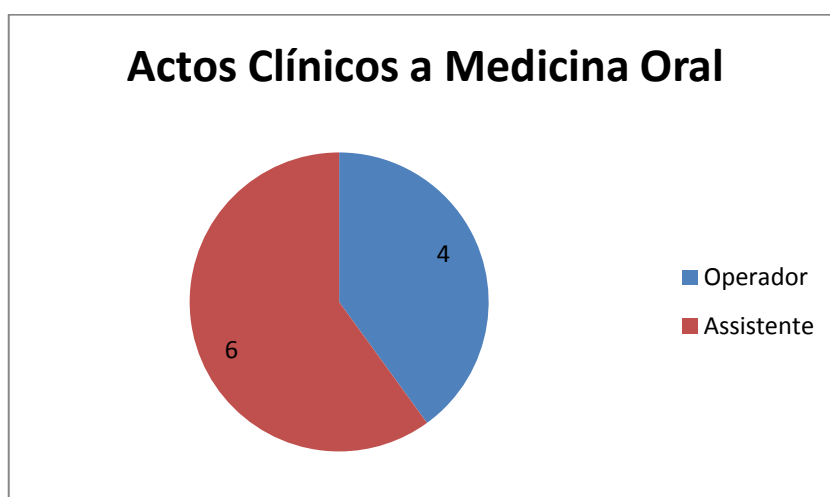


Figura 6. Atos clínicos em Medicina Oral, como assistente e como operador.

Foram diagnosticadas diferentes patologias, ou condições associadas à cavidade oral, aos doentes desta Área Disciplinar. A figura 7 representa as patologias orais diagnosticadas: língua saburrosa em 4 doentes, estomatite protética em 2 doentes, adenopatia, língua fissurada, língua geográfica e agenesia de dente definitivo em um doente cada.

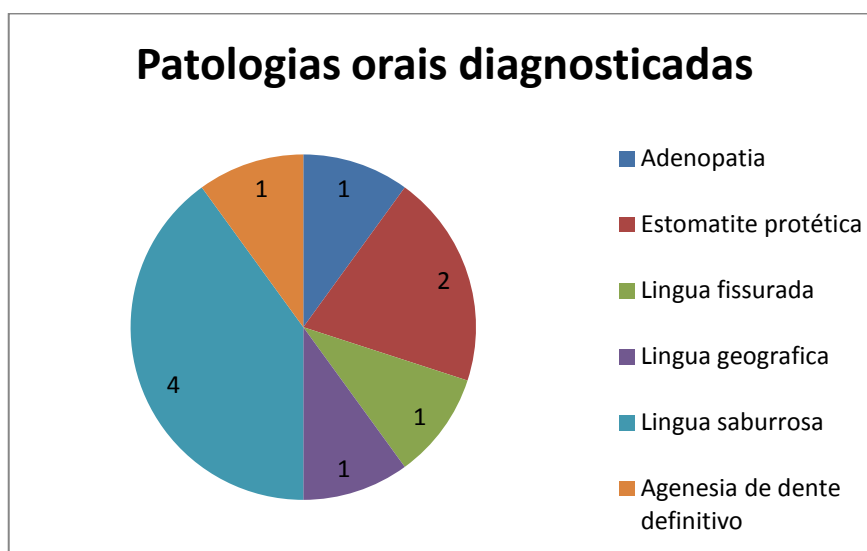


Figura 7. Patologias diagnosticadas na Área Disciplinar de Medicina Oral.

Foram também relatadas pelos doentes algumas condições e patologias não-orais, diagnosticadas anteriormente, tendo estes também referido a medicação que tomavam (Quadro 7)

Quadro 7. Medicação de doentes observados em Medicina Oral.

Tipo de medicamento	Substância ativa
Antiagregantes plaquetários	Ácido acetilsalicílico
Bloqueadores da entrada do cálcio	Amlodipina+Olmesartan medoxomilo
Bloqueadores beta	Bisoprolol
Antidislipídemicos	Sinvastatina
Antagonistas dos receptores H2	Cimetidina
Anticolinérgicos	Tri-hexifenidilo
Dopaminomiméticos	Levodopa+Carbidopa,Amantadina
Antipsicóticos	Risperidona,Olanzapina,Paliperidona
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	Alprazolam (benzodiazepinas)
Anti-diabéticos orais	Não especificado
Medicamentos usados na retenção urinária	Doxazosina

Periodontologia

No âmbito da Área Disciplinar de Periodontologia o número de doentes distintos foi de 15, tendo sido realizados 25 actos pelo trinómio, dos quais 11 como operador.

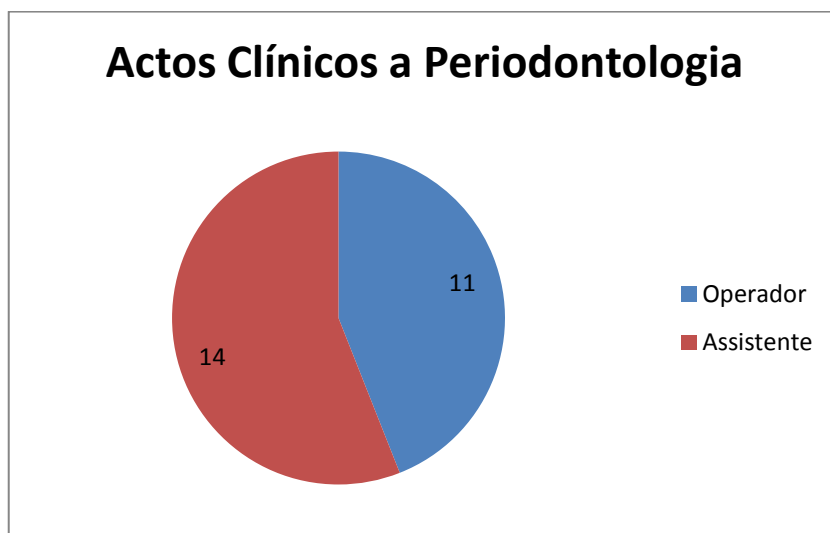


Figura 8. Atos clínicos na Área Disciplinar de Periodontologia, como assistente e como operador

Foram diagnosticadas 4 doenças periodontais diferentes nos doentes, ao longo do ano letivo, na cadeira de Periodontologia. De notar que a PCL e a PCA foram as patologias mais frequentes, com 33,3% e 26,7%, respectivamente (Figura 9).

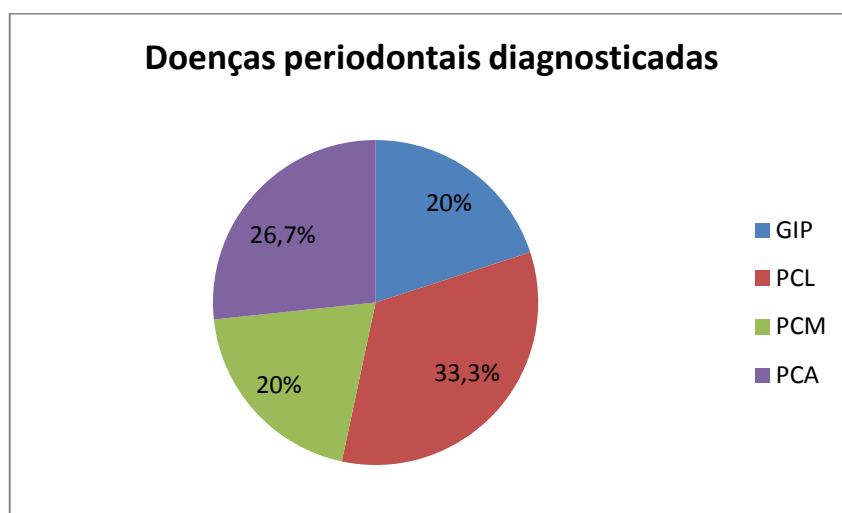


Figura 9. Doenças periodontais diagnosticadas

Devido à relação existente entre vários fatores que podem afetar a saúde periodontal, elaborou-se uma tabela relacionando alguns dados dos doentes - a idade, os hábitos tabágicos, o IP, o BOP, a média da profundidade das bolsas - e o diagnóstico efetuado (Quadro 8).

Quadro 8. Relação entre alguns dados dos doentes e o diagnóstico efetuado

Idade	Fumador	IP	BOP	Diagnóstico
26	sim	70,23%	5,00%	GIP
28	sim	90,90%	10,30%	GIP
29	sim	72,65%	10,93%	GIP
35	não	88,00%	16,66%	PCL
39	não	43,20%	8,00%	PCL
44	sim	53,33%	5,50%	PCL
50	não	76,40%	6,00%	PCL
54	não	43,20%	65,74%	PCL
55	sim	64,58%	6,90%	PCA
57	não	100,00%	10,60%	PCM
58	não	93,75%	16,66%	PCA
58	não	100,00%	33,33%	PCM
59	não	100,00%	15,00%	PCA
60	não	75,00%	7,60%	PCM
63	não	70,23%	14,28%	PCA

Ainda no âmbito da cadeira de Periodontologia, foi efectuada uma frenectomia do freio labial inferior com enxerto gengival livre, de origem palatina, planeado por outro membro do trinómio, uma exodontia do dente 27, devido a um aumento gengival localizado que invadiu a câmara pulpar e uma recuperação da saúde gengival de bolsas periodontais, com 11mm de profundidade. Este último caso é descrito e discutido na secção de casos diferenciados.

Dentisteria Operatória

Relativamente à Área Disciplinar de Dentisteria Operatória foram realizados 32 atos clínicos pelo trinómio, sendo 12 realizados como operador.

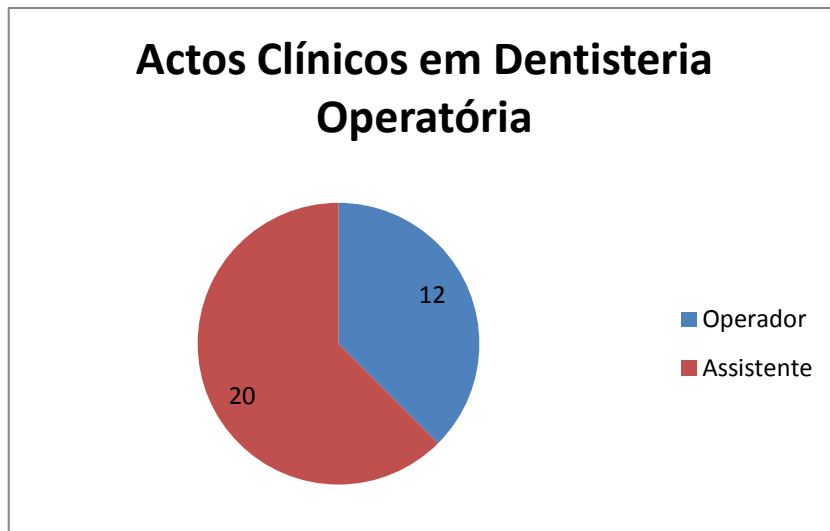


Figura 10. Atos clínicos em Dentisteria Operatória, como assistente e como operador.

Dos 12 atos clínicos realizados como operador, a Classe II, simples e composta, foi o tipo de cavidade mais vezes efectuada, em 9 doentes, a classe I em dois doentes e a classe IV num doente apenas, não tendo sido realizadas quaisquer cavidades classes III e V. (Figura 11).

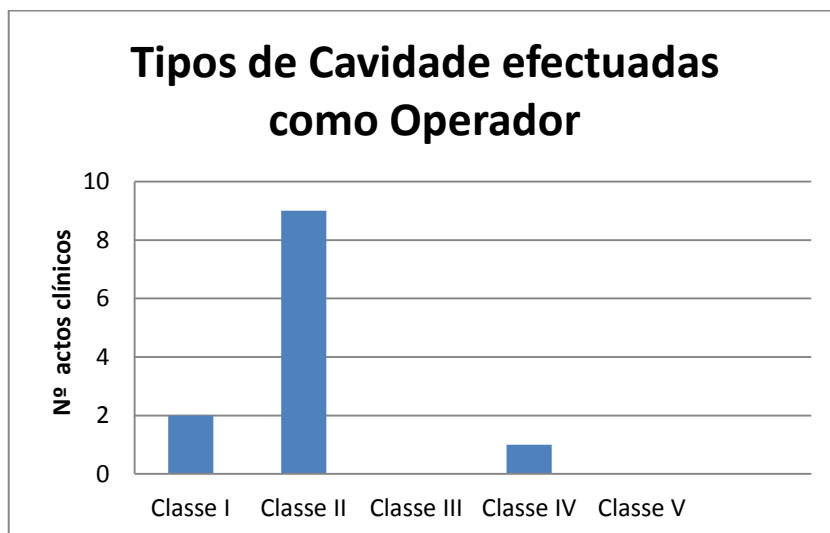


Figura 11. Tipos de cavidades efetuadas como operador.

Foi aplicada proteção pulpar em 3 dos casos e utilizou-se compósito como material restaurador em 9 doentes e IRM nos outros 3 (Figuras 12 e 13).

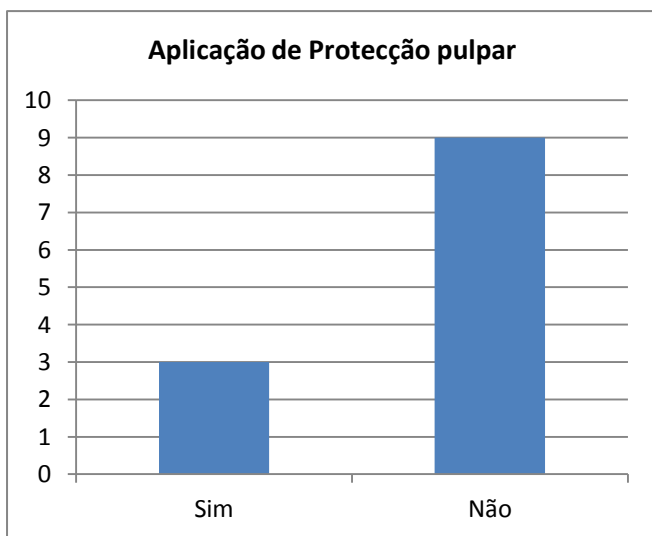


Figura 12. Aplicação de protecção pulpar

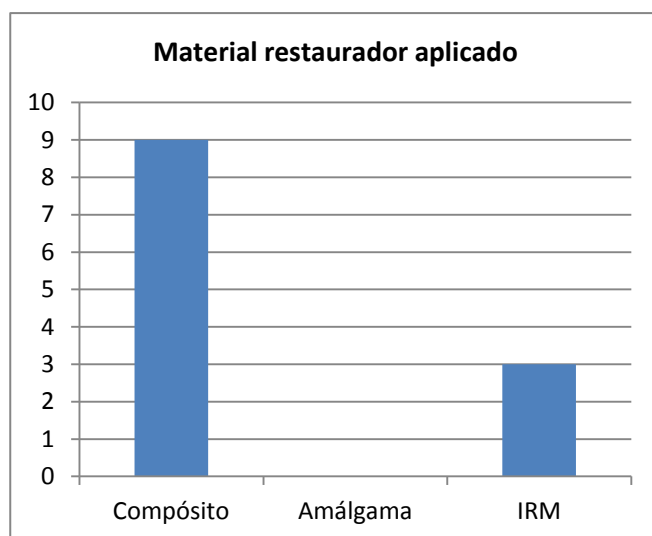


Figura 13. Aplicação de material restaurador

Endodontia

No corrente ano letivo, no âmbito da Área Disciplinar de Endodontia, foram obturados, pelo trinómio, 6 dentes, metade dos quais monorradiculares.

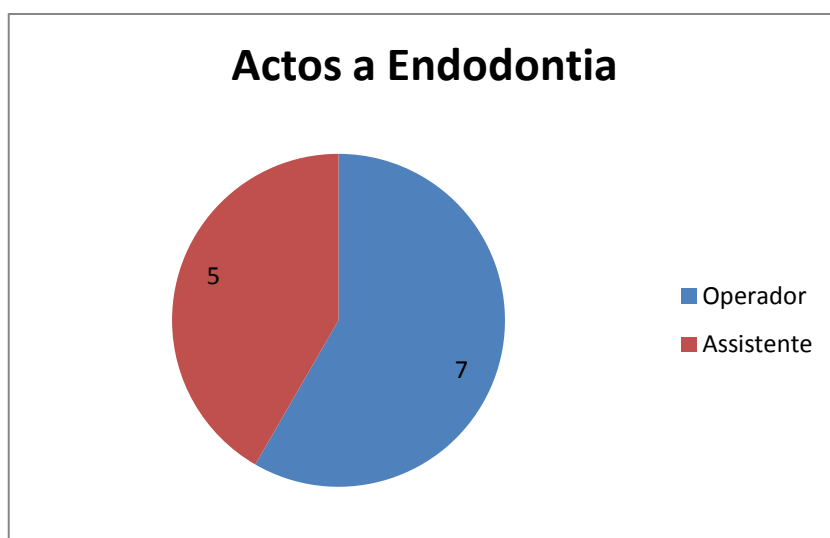


Figura 14. Atos clínicos em Endodontia, como assistente e como operador.

Dos doentes atendidos, enquanto operador, apenas 2 deles tinham indicação para esta Área Disciplinar, tendo os outros sido reencaminhados para as áreas mais adequadas. O número total de atos realizados pelo trinómio foi de 15. Os 4 atos

clínicos não contabilizados anteriormente, como sendo operador ou assistente, foram passados no pré-clínico a obturar dentes plurirradiculares, nomeadamente molares. De todos os canais obturados, 4 foram obturados na clínica, e 18 no pré-clínico (Figura 15).

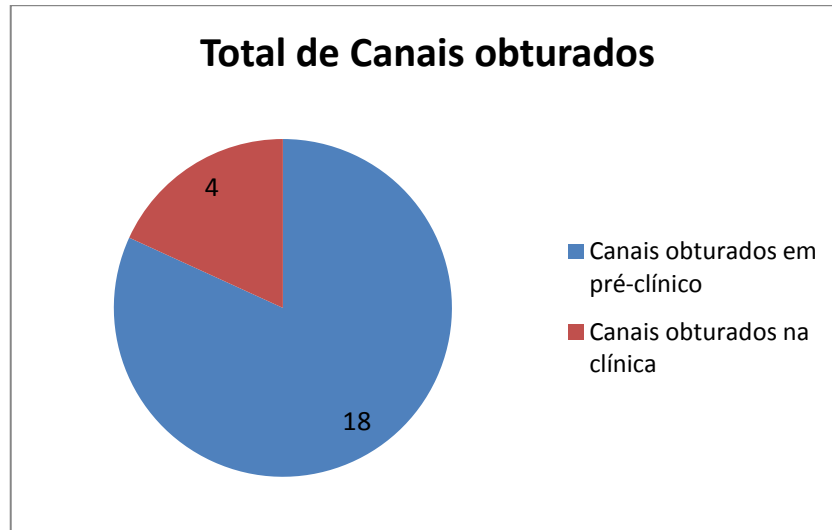


Figura 15. Total de canais obturados em Endodontia.

Cirurgia Oral

Em Cirurgia Oral, foram realizados 14 atos clínicos, ao longo do ano lectivo, 5 dos quais foram feitos como operador e os restantes como assistente (Figura 16).

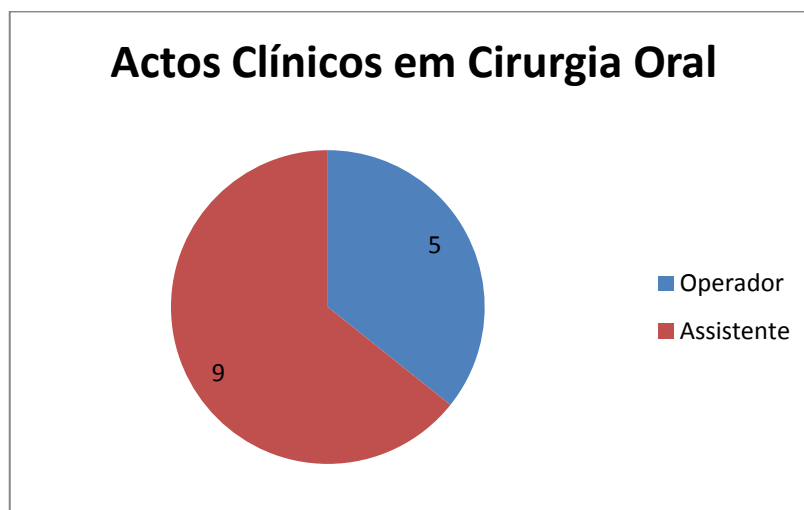


Figura 16. Atos clínicos em Cirurgia Oral, como assistente e como operador.

Na figura 17, estão representados os atos clínicos realizados pelo trinómio, de acordo com a anatomia do dente extraído e o motivo da extração.

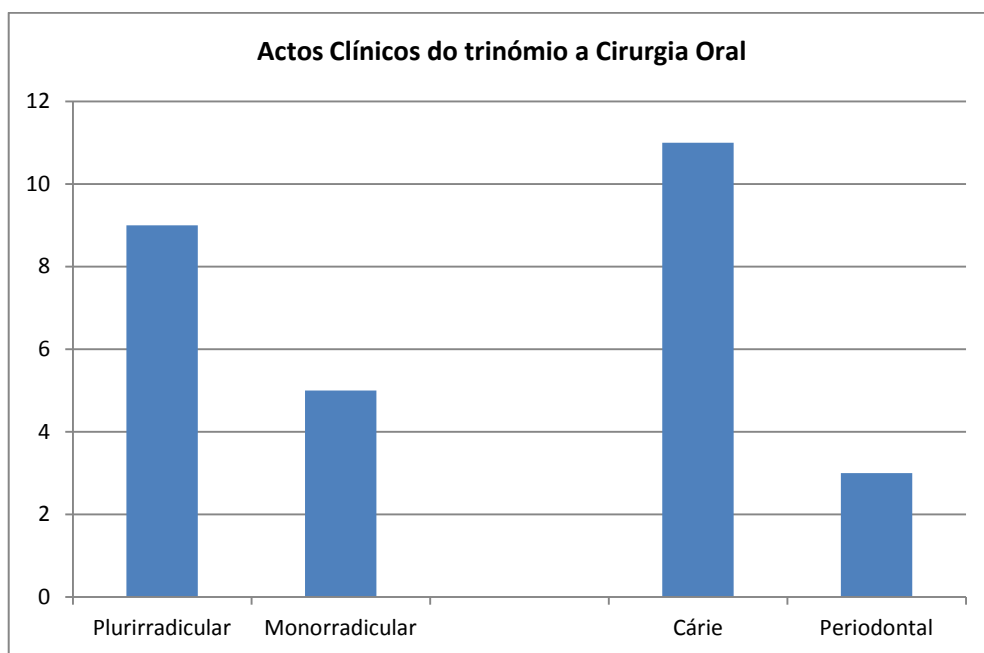


Figura 17. Atos clínicos do trinómio em Cirurgia Oral

Como operador foram efetuadas 5 extrações, todas executadas por técnica fechada. Uma das extrações foi a um dente monorradicular. Dois dos dentes extraídos apresentavam problemas periodontais, problemas que motivaram as extrações.(Figura 18)

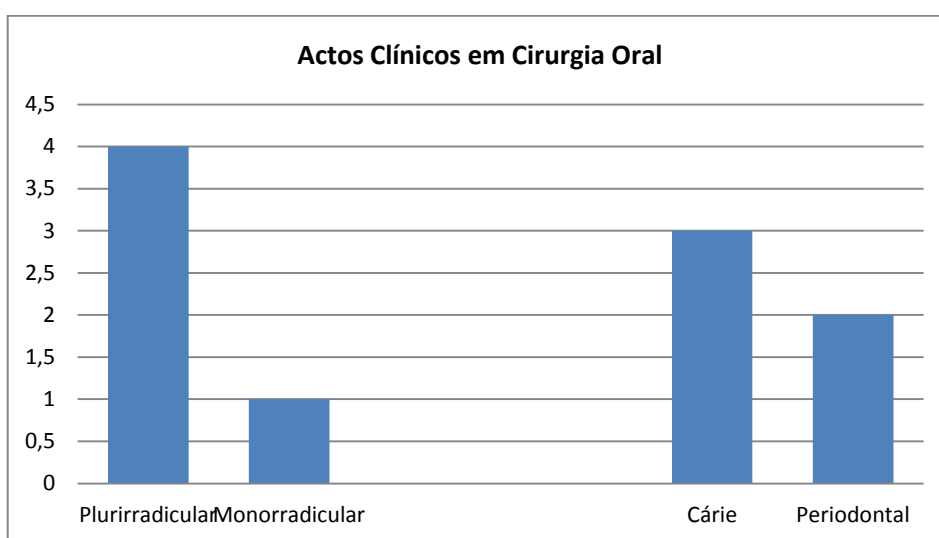


Figura 18. Atos clínicos em Cirurgia Oral como operador

Uma das extrações, a um dente plurirradicular, resultou numa comunicação oroantral, sendo este caso exposto pormenorizadamente na secção de casos diferenciados.

Prostodontia Fixa

No âmbito da Área disciplinar de Prostodontia Fixa, foram realizados 7 atos clínicos no papel de operador e 11 no de assistente (Figura 19). Da totalidade dos dezoito atos clínicos, oito estiveram relacionados com a confeção de pontes oponentes de uma doente, cujo caso é explanado posteriormente.

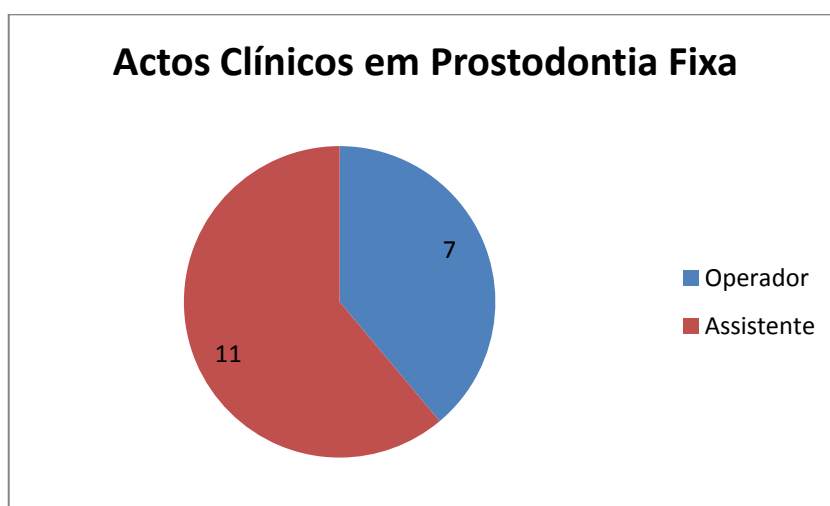


Figura 19. Atos clínicos em Prostodontia Fixa, como assistente e como operador.

Devido ao elevado número de atos que o grupo angariou para a Área Disciplinar de Prostodontia Fixa, só nos foi permitido fazer as consultas relacionadas com a ponte superior, embora o planeamento tenha sido efetuado pelo trinómio, para ambas as pontes.

Durante o ano letivo, foram realizadas 8 consultas de controlo pelo trinómio, 3 primeiras consultas e todas as consultas necessárias para a confeção de uma ponte de 3 elementos, excepto a correspondente à sua colocação e outra em que foi feito desgaste na ponte provisória inferior, por se encontrar em sobre oclusão, num total de 18 consultas (Figura 20).

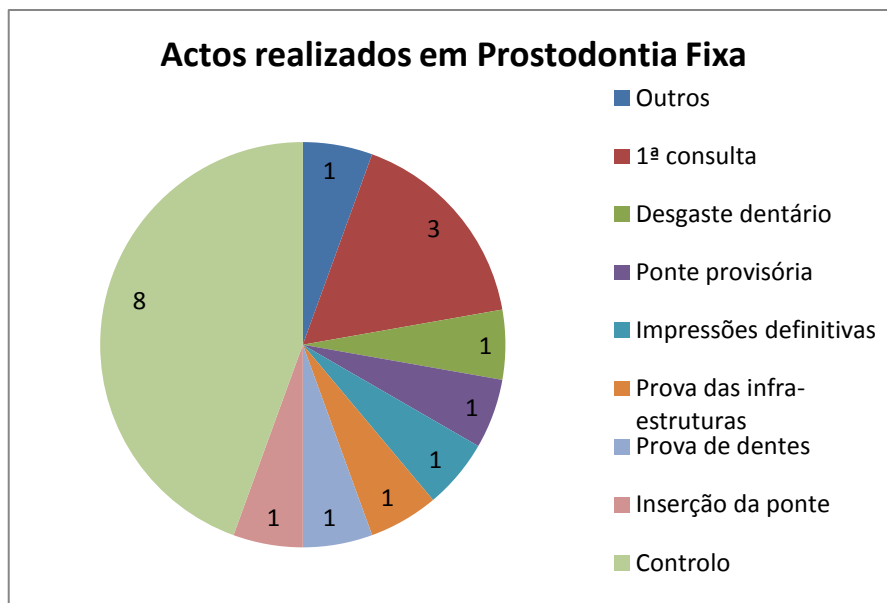


Figura 20. Diferentes tipos de actos realizados pelo trinómio em Prostodontia Fixa.

Prostodontia Removível

No que se refere à Área Disciplinar de Prostodontia Removível, foram realizados 40 atos clínicos, 25 como assistente e 15 no papel de operador (Figura 21).

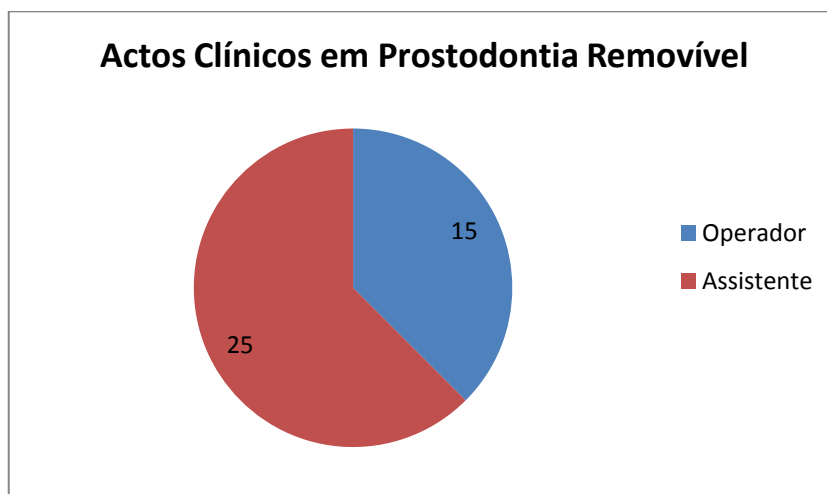


Figura 21. Actos clínicos em Prostodontia Removível, como assistente e como operador.

Ao longo do ano lectivo, foram realizadas várias primeiras consultas e diferentes tipos de actos clínicos. No entanto, apenas 2 pacientes decidiram seguir em frente com a reabilitação protética. Dos 40 actos realizados pelo trinómio, as

consultas mais comuns tinham como objectivo o conserto de proteses, correspondendo a 40% da totalidade dos actos realizados, sendo o controlo de proteses o segundo motivo (25%). A figura 22 mostra os diferentes tipos de actos clínicos realizados.

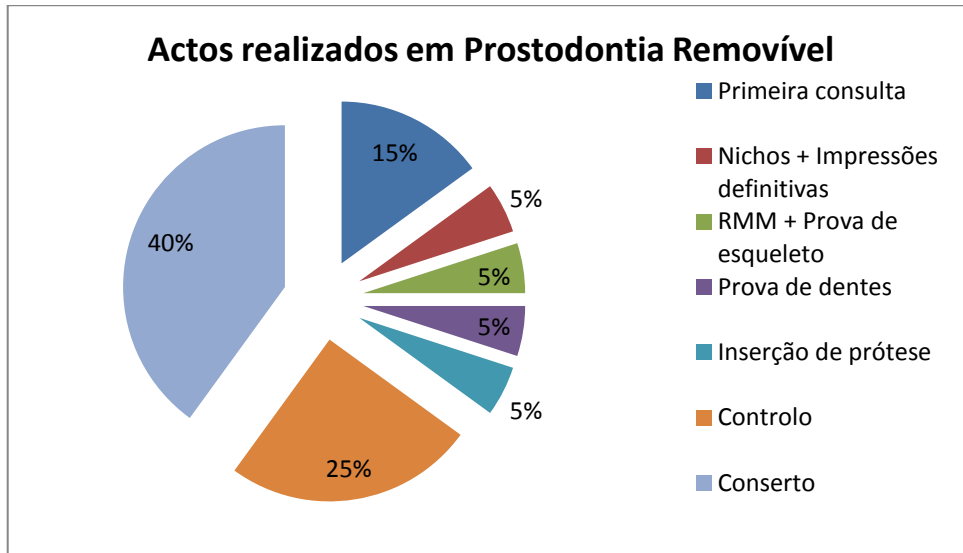


Figura 22. Diferentes tipos de actos realizados pelo trinómio em Prosthodontia Removível.

Como operador, o tratamento mais frequentemente realizado foi o conserto de proteses - 8 consultas - seguido de controlo e primeira consulta - 3 vezes (Figura 23).

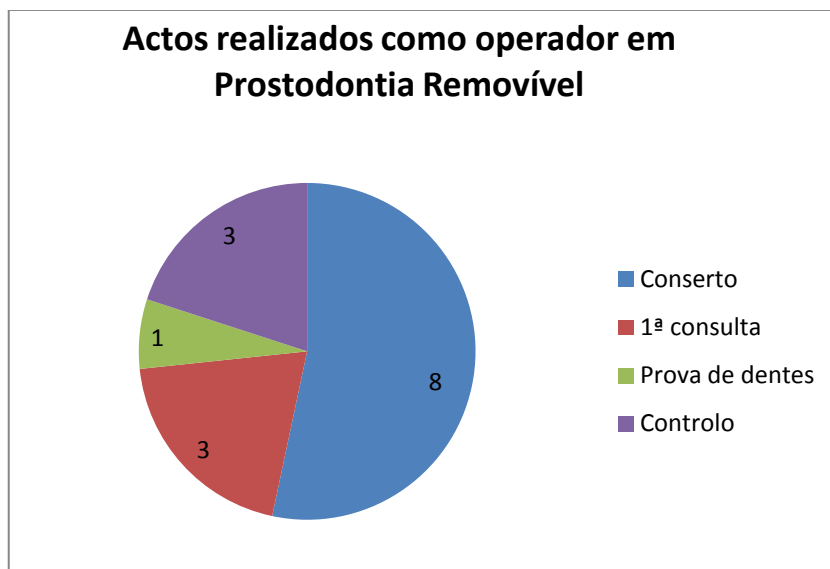


Figura 23. Actos realizados em Prosthodontia Removível, como operador.

Odontopediatria

No que se refere à Área Disciplinar de Odontopediatria, foram realizados 7 atos clínicos pelo trinómio, dos quais 3 na condição de operador (Figura 24).

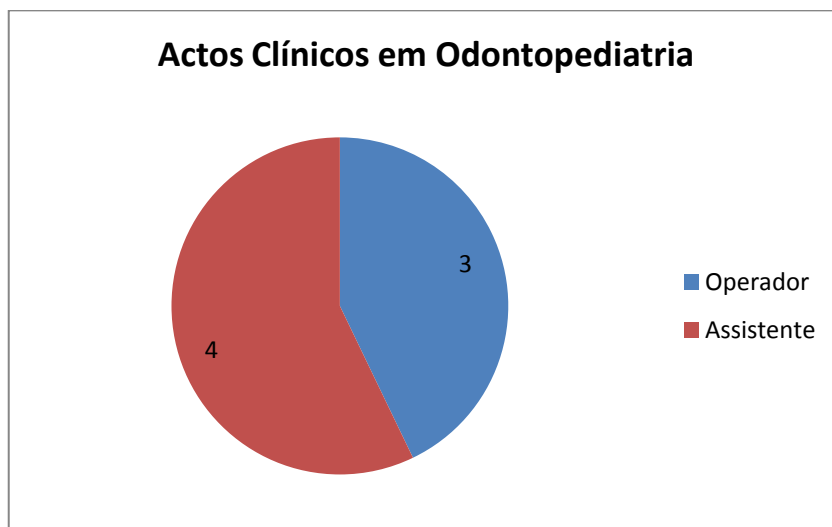


Figura 24. Atos clínicos em Odontopediatria, como assistente e como operador.

Relativamente aos tratamentos efetuados nas consultas de Odontopediatria, foram feitas três restaurações, três extrações e a remoção de um arco lingual com a sua colocação, na semana seguinte (Figura 25).

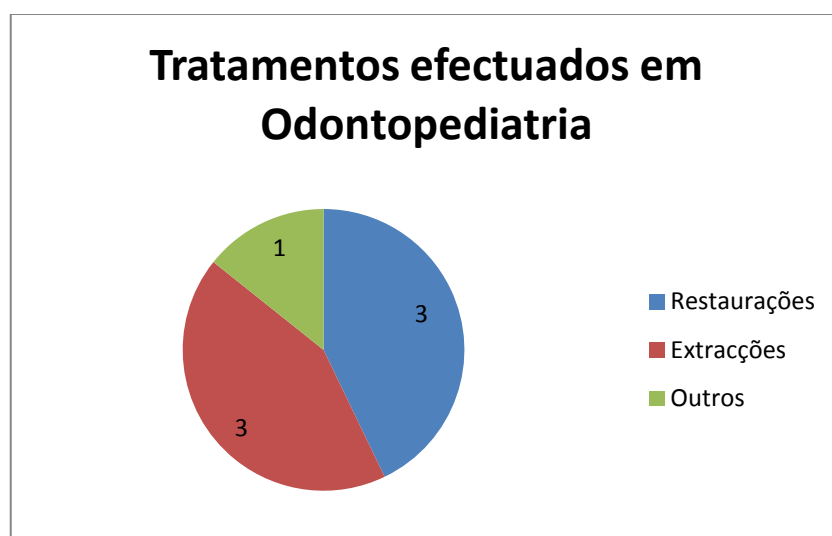


Figura 25. Tratamentos efectuados pelo trinómio em Odontopediatria

Oclusão

Na Área Disciplinar de Oclusão foram realizadas 5 consultas pelo trinómio, 2 como operador e 3 como assistente (Figura 26). Contudo, não foi efetuado qualquer tratamento, por opção dos doentes.

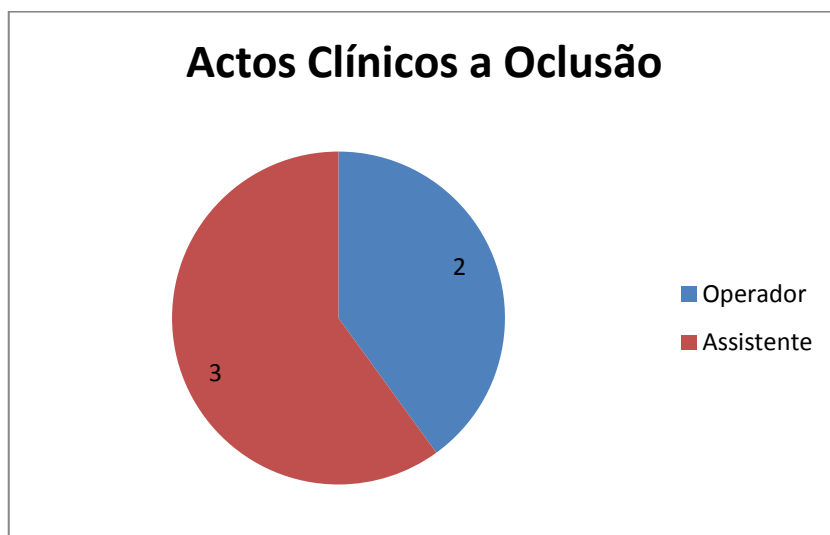


Figura 26. Atos clínicos em Oclusão, como assistente e como operador.

CASOS DIFERENCIADOS

Terapêutica Periodontal

Doente do sexo masculino, com 59 anos, veio à área de Periodontologia, reencaminhado de Prostodontia Removível, 6 dias antes, devido a problemas periodontais graves observados. Não apresentava quaisquer problemas sistémicos relevantes, embora tivesse uma ligeira hipertensão (139/90). Sem hábitos tabágicos e, do historial médico familiar, há apenas a salientar a existência de diabetes.

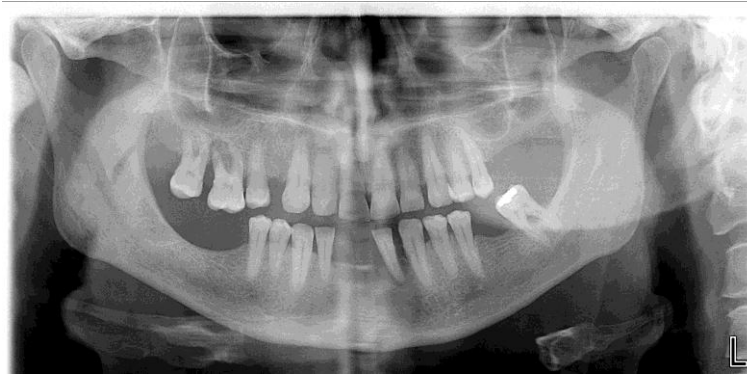


Figura 27. Ortopantomografia antes de início de tratamento

A média da profundidade das bolsas, a primeira vez que foram medidas, era de 3,25 mm, na arcada superior e 3,26 mm, na arcada inferior. É de salientar a situação periodontal dos dentes 17, 16, 12, 11, 37 e 32 que se apresentavam com bolsas muito profundas. A sua profundidade era na ordem dos 4,33 mm, no dente 17, com bolsas a medirem entre 3 e 6mm, envolvimento de furca de grau I e recessões de 2mm a toda a volta.

O dente 16 apresentava uma média de profundidade de bolsas cerca de 4,8 mm, com bolsas de 3 ou 4 mm, à exceção do ponto cervical vestibular que media 11 mm, recessões por vestibular de 6; 7 e 4 mm e por palatino de 5; 6 e 2 mm. Este apresentava envolvimento de furca de grau III e mobilidade de grau II.

O dente 37 apresentava uma média de profundidade de bolsas a rondar os 4,5 mm, com medições entre os 3 e os 7 mm, recessões de 7 mm, por lingual e de 4

mm, por vestibular. Apresentava envolvimento de furca de grau I e III e mobilidade de grau III.

O dente 32, por sua vez, apresenta-se com uma média de bolsas de cerca de 9,2 mm, com bolsas a medirem desde 4 mm, no ponto DV, e 7 mm, no CV, até 11mm nos restantes pontos que apresentavam sangramento à sondagem. Afigura-se com recessões, por lingual e vestibular, a medirem em média 4,7 mm e 6,3 mm, respectivamente, e mobilidade de grau III.

A profundidade de bolsas relativamente aos dentes 11 e 12 era, em média de 5,3 e 7,2mm, sendo a situação interincisiva merecedora de especial atenção, pois apresentava supuração (nessa zona). Os pontos MV e MP do dente 12 e os pontos DV, DP e CP do dente 11 apresentavam uma profundidade de 11mm, sangramento à sondagem e recessões de 3mm. Após a medição das bolsas, das recessões, do envolvimento de furca e da mobilidade de cada dente, foi calculado o IP e o BOP, cujo resultado foi 93.75% e 16.66%, respectivamente.

A periodontite crónica é uma doença infecciosa que resulta na inflamação dos tecidos de suporte dos dentes, progressiva perda de inserção e perda óssea.

Vários dos pontos avaliados apresentavam perda de inserção e perda óssea superior a 5 mm. Apenas 6 peças dentárias não apresentavam recessão. Com base nos fatores descritos, o doente foi diagnosticado com Periodontite Crónica Avançada Generalizada. Foi aconselhado tratamento periodontal, com controlos da situação periodontal de 3 em 3 meses.

Realizou-se um tratamento local, que consistiu, principalmente, na remoção da placa e de todos os fatores que favorecem, ou podem favorecer, o seu acúmulo. Quando corretamente executado, o tratamento periodontal pode levar, a vários resultados clínicos positivos, como a eliminação da dor, eliminar a inflamação e o sangramento gengival, reduzir as bolsas periodontais e eliminar a infeção, entre outros⁴⁰

Assim, na primeira consulta foi efectuada uma destartarização e procedeu-se a uma nova marcação, para a semana seguinte, de modo a prosseguir o tratamento.

Na segunda consulta, foi feita raspagem e alisamento radicular e ficou marcada uma consulta de controlo para seis semanas depois. No entanto, devido a vários fatores relacionados com o doente, com a marcação de consultas e com o calendário escolar, esta consulta só se realizou 2 meses após o previsto.

Na 1ª consulta de controlo, foram novamente medidas as bolsas. Notou-se uma diminuição da profundidade de algumas das bolsas, o que levou também a uma redução na média da sua profundidade, na arcada superior e inferior, sendo agora de 2,8mm e 3,0mm, respectivamente. Para além de uma diminuição generalizada da profundidade das bolsas, não foram encontrados quaisquer sinais de exsudato purulento onde existia anteriormente, o que revelou uma resposta tecidual positiva ao tratamento realizado, embora apresentasse ainda um IP de 96,25% e um BOP de 15%. Foi feita nova RAR e marcada nova consulta de controlo para o dia 2 de Junho, 3 meses depois.

No dia 2 de Junho, foram novamente medidas as bolsas e verificou-se que todas as bolsas tinham uma profundidade inferior a 6mm. É também de referir que a média da profundidade na arcada superior foi de 2,3mm e na inferior de 1,8mm, sendo o índice de placa aproximadamente 79% e o índice BOP de 5%. A situação dos dentes 12 e 11 também reverteu para uma condição mais favorável, sendo a profundidade máxima agora de 5mm em 3 pontos, MV do 12 e DV e DP do 11 e apenas com um ponto sangrante no ponto DV do 11. Embora não sendo muito significativa, notou-se uma diminuição da mobilidade de alguns dentes.

A resposta ao tratamento periodontal efetuado deve-se à grande capacidade que os tecidos periodontais têm de cicatrizar. Esta capacidade de cicatrização assenta, especialmente em dois fatores, a remoção dos restos de tecido deteriorado e a substituição dos tecidos destruídos. São de salientar três aspetos essenciais para a obtenção de resultados positivos através do tratamento: regeneração, reparação e nova inserção⁴⁰.

A regeneração dos tecidos periodontais não pode ser promovida ou acelerada por meios locais, ocorrendo constantemente, mesmo que exista doença periodontal. Contudo, devido à presença de bactérias, aos produtos resultantes da sua ação e ao

exsudato inflamatório que causam, a regeneração não consegue compensar os danos⁴⁰.

A reparação consiste em restaurar a continuidade da gengiva marginal doente e restabelecer um sulco gengival ao nível do fundo da bolsa periodontal, o que não reduz a área da raiz exposta, mas impede o seu aumento, ou seja, detém a destruição óssea, embora não tenha capacidade para recuperar altura óssea⁴⁰. A nova inserção consiste na inserção de novas fibras de ligamento periodontal no cemento e a posterior adesão do epitélio gengival sobre a superfície exposta pela doença periodontal⁴⁰.

Neste doente, os resultados obtidos pelo tratamento realizado podem considerar-se como nova inserção. Este era o melhor resultado terapêutico que se poderia obter e que aumentou consideravelmente a possibilidade de conservar os dentes que se encontravam em risco de perda.

Pontes Oponentes

Doente do sexo feminino, com 58 anos, marcou consulta com o objetivo de melhorar a estética da boca, por se notarem espaços edêntulos ao sorrir. A doente apresentava artrite reumatoide, hepatomegalia medicamentosa e ligeira hipertensão. Tinha também próteses totais em ambos os joelhos. Consulta periodicamente o médico de família e as últimas análises (feitas cerca de três meses antes desta primeira consulta) não apresentavam qualquer alteração à norma. Tomava medicação para controlo de tensão arterial (Renidur) e AINES devido a artrite reumatoide. Como antecedentes pessoais dentários, são de salientar algumas destartarizações, dentisterias, endodontias, extrações e a existência de uma prótese parcial removível, embora nunca a tenha usado por não se ter conseguido habituar. Na família existe historial de doença cardíaca.



Figura 28. Ortopantomografia inicial

A doente foi encaminhada para Prostodontia Removível, para fechar os espaços edêntulos que eram visíveis ao sorrir. Devido à inclinação que os dentes apresentavam, ao facto de o dente 43 estar rodado e ferir o lábio, e à existência de poucos espaços edêntulos, estando os dentes adjacentes a esses espaços aparentemente em boas condições, tomou-se a decisão de reencaminhar a doente para Prostodontia Fixa para avaliação.

Em Periodontologia foi diagnosticada com Periodontite Crónica Moderada Generalizada e Avançada Localizada, tendo um IP de 98.86% e um BOP de 10,60%. Os dentes estudados para serem usados como pilares foram os dentes 13, 15, 43 e 45. Devido a razões monetárias e porque a estética interessava mais à

doente do que a funcionalidade, foi decidido que apenas se fariam estas 2 pontes, deixando para depois um espaço edêntulo existente no 2º quadrante, mas que não era visível ao sorrir.

Para além de serem pontes oponentes, os dentes pilares posteriores encontravam-se com espaço edentulo a distal, pois o 16 e o 46 já tinham sido extraídos há algum tempo, o que contribuiu para que os dentes 17 e 47 se tivessem mesializado e rodado, deixando um espaço insuficiente para a colocação de um dente, mas suficientemente grande para poder causar problemas se não fosse fechado. Após consultar os docentes da Área disciplinar, foi decidido que se iria colocar 2 pontes de 3 elementos e que a coroa dos dentes 15 e 45 seria aumentada

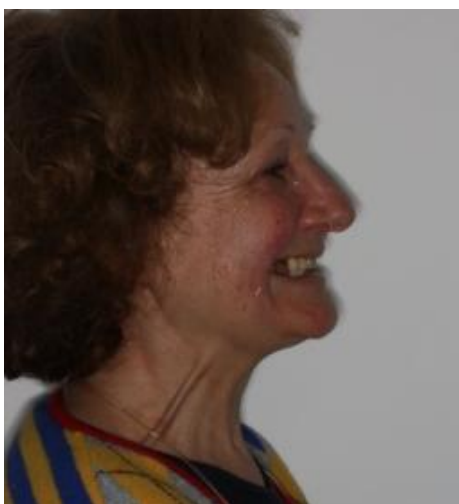


Figura 29. Fotografia extra-oral de perfil



Figura 30. Fotografia extra-oral frontal

para distal, o que iria permitir o fecho desses espaços.

Nas fotografias extra-orais é possível observar que os espaços edêntulos são visíveis em sorriso (Figuras 29 e 30), enquanto nas fotografias intra-orais é visível o



Figura 31. Fotografia intra-oral da arcada inferior



Figura 32. Fotografia intra-oral da arcada superior

desgaste oclusal, a pigmentação os problemas periodontais e as várias restaurações (Figuras 31 e 32).

Na arcada superior, os dentes 13 e 15 foram estudados quanto à sua viabilidade como pilares de ponte, encontrando-se o dente 13 vital, com uma restauração ocluso-distal satisfatória, mas não se encontrava cariado nem apresentava sintomatologia à percussão e também não apresentava mobilidade. Encontrava-se desgastado oclusalmente, mas sem problema periodontal de maior. O dente 15 encontrava-se numa situação semelhante à do dente 13, embora a restauração fosse ocluso-mesial e tivesse um ponto sangrante por palatino.

Na arcada inferior, os dentes 43 e 45 foram os dentes estudados. O dente 43 encontrava-se vital, sem lesão cariada, sem sintomatologia à percussão e sem mobilidade, estando desgastado oclusalmente e apresentando-se sem problemas periodontais de maior. O dente 45 encontrava-se numa situação semelhante à do dente 43, apresentando uma restauração ocluso-mesial satisfatória.

A Lei de Ante é uma lei que tenta verificar através de cálculos simples se a área de ligamento periodontal real dos dentes pilares é igual ou superior à área de ligamento periodontal ideal para os pânticos. Foram feitos os cálculos e verificou-se que as condições eram favoráveis para a colocação de pânticos, em ambos os casos.

Iniciou-se, então, o plano de tratamento que consistia, essencialmente, na elaboração de duas pontes oponentes metalo-cerâmicas, onde a linha de término foi definida em forma de ombro.

Devido ao facto de a colocação de 2 pontes ser considerado um número elevado de atos na cadeira de Prostodontia Fixa para um único trinómio, cerca de 14 consultas no total, após o planeamento de ambas as pontes, as consultas necessárias para a confeção da ponte inferior, passaram a estar a cargo de outro grupo.

Como o canino inferior se encontrava rodado quase 70°, o seu desgaste foi maior do que o recomendado para casos sem rotação, o que provocou problemas na colocação e retenção da ponte provisória.

Após aprovação do plano de tratamento por parte dos docentes e após a aceitação do orçamento por parte da doente, foi feito o desgaste nos dentes pilares superiores com a confecção da ponte provisória, no momento. Desde o desgaste dos pilares superiores até à cimentação definitiva, não ocorreu qualquer problema ou situação inesperada, excetuando uma ligeira sobre-oclusão da ponte inferior, devido à cimentação provisória, que levou ao seu desgaste.

Não é muito comum serem executadas pontes oponentes simultaneamente, razão pela qual o controlo oclusal deve ser feito, com particular atenção, durante a colocação das pontes definitivas e, em especial, durante a colocação das pontes provisórias, pois a cimentação e remoção múltipla pode levar a um aumento da sua altura.

A doente foi instruída a comprar um escovilhão para a limpeza das pontes, pois o risco de acumulo de placa na ponte é elevado e pode originar problemas nos dentes pilares e nos tecidos periodontais. Os problemas que podem advir de uma ponte são semelhantes aos de uma coroa, diferenciando-se apenas na área e no número de dentes afetados. Se ocorrer alguma situação problemática num dos dentes pilares, a ponte corre o risco de se perder. Para além da possibilidade de aparecimento de cáries e de doença periodontal, uma ponte pode desgastar ou fraturar os dentes oponentes devido à aplicação excessiva de força. Pode também sair da sua posição, por não ter sido corretamente cimentada ou por falha do dente pilar. No primeiro caso, normalmente, pode voltar a ser cimentada o que normaliza a situação; no segundo caso, a ponte não pode voltar a ser colocada, a não ser que sejam feitas modificações com o objetivo de aumentar a retenção do remanescente dentário.

Quer as consultas de colocação da ponte superior definitiva, quer o seu controlo foram efetuados por outros dois grupos, pois o número de atos clínicos

realizados por estes era inferior ao número mínimo necessário da Área Disciplinar.
Nenhum dos grupos tirou quaisquer fotografias, após a colocação das pontes.

Comunicação Oroantral

Paciente de 69 anos, alemão, foi inicialmente à consulta de Medicina Oral sendo atendido por outro grupo de trabalho. Pelo elevado número de próteses fixas que apresentava (Figura 33) e pela sintomatologia dolorosa associada, foi reencaminhado para a Área Disciplinar de Prostodontia Fixa. Tendo em consideração a dificuldade que o doente sentia em se expressar na língua portuguesa, foi reencaminhado para o grupo onde os atos clínicos podiam ser realizados, sem que a língua fosse uma barreira que quebrasse a comunicação com o doente. Assim, devido à facilidade de comunicação em alemão, os atos clínicos relativos a este doente foram todos realizados como operador.



Figura 33. Ortopantomografia inicial

Na Área Disciplinar de Prótese Fixa foi avaliada a viabilidade das várias pontes. A que se encontrava no 1º sextante, cujos pilares eram o 15 e o 18, apresentava-se com grande mobilidade, tendo sido reencaminhado para cirurgia para extração do dente 18 (Figura 34). Devido ao dente 15 não apresentar sintomatologia, incluindo mobilidade, foi decidida a sua manutenção. Para este efeito, foi decidida a separação da ponte a distal do dente 15.



Figura 34. Periapical do dente 18

Após a separação da ponte do dente 15, foi feito o alisamento da face distal da, agora, coroa unitária. De notar que, mal a ponte foi separada do dente, esta caiu pois a coroa do dente 18 era inexistente, motivo para a grande mobilidade apresentada pela ponte. A extração do resto radicular foi feita sem qualquer problema aparente. No entanto, após a extração, ao observar-se o dente extraído, reparou-se que o dente se encontrava rodeado por tecido ósseo. (Figuras 32 e 33)



Figura 35 e 36. Resto radicular extraído com tecido ósseo

De modo a poder verificar o que tinha ocorrido, foi observado o alvéolo do dente extraído e foi pedido ao doente para tapar o nariz e expirar. Foi confirmado o diagnóstico de comunicação oroantral com aproximadamente 7mm de diâmetro, como se pode observar na Figura 34.



Figura 37. Fotografia do alvéolo com comunicação oroantral

A probabilidade de ocorrência de complicações relacionadas com extrações a 3^{os} molares varia entre os 4,6% e os 30,9%⁵⁴, podendo ocorrer em situações per ou pós-operatórias. Existem vários fatores que afetam a incidência de complicações em extrações de terceiros molares como a idade, a história clínica, a higiene oral, tempo de cirurgia, a técnica cirúrgica, a experiência do operador entre outros⁵⁵. Complicações associadas à extração do 3^o molar superior incluem, entre outras, a comunicação oroantral, a fratura do osso alveolar, fratura da tuberosidade maxilar, fratura das raízes e deslocamento, parcial ou total, do dente⁵⁶. Infecções, hemorragias e lesões de tecidos moles também podem ocorrer.

Uma comunicação oro-antral é uma complicação que corresponde a cerca de 10 % das extrações de 3^{os} molares superiores⁵⁶ e pode-se definir como uma passagem entre a cavidade oral e o seio maxilar e que, se não for tratada, pode evoluir para uma fístula oroantral. Ocorre maioritariamente na extração de 2^{os} molares, seguido de 1^{os} e finalmente pelos 3^{os} molares. É possível, no entanto, que estes valores possam não corresponder à realidade^{55,57}. Alguns autores defendem que estes resultados dependem da amostra consultada⁵⁷ ou que algumas situações não são contabilizadas, pois algumas destas lesões são autolimitativas e nos casos em que o 3^o molar se encontra impactado, já se recorre a retalhos para fechar a zona de extração⁵⁵. Esta passagem permite a transição não condicionada de qualquer material, como comida, líquidos, incluindo saliva, e fumo entre a boca e o

nariz. No entanto bactérias, fungos e vírus também se aproveitam desta passagem, o que pode levar a sinusite maxilar crônica ou aguda, dependendo da duração da comunicação oroantral. Para além destes fatores, outros problemas advêm de uma comunicação oro-antral, como a falta de osso na zona da extração, o que impossibilita a colocação de implantes nessa zona ou o facto de se remover suporte ósseo para uma eventual prótese removível.

Pessoas idosas com um número reduzido de dentes superiores aparentam ter seios nasais de maior dimensão que indivíduos mais jovens⁵⁸. Situações indicativas de uma possível comunicação oroantral ao efetuar extrações incluem hiperementose ou anquilose do dente, proximidade da raiz ao seio, infeções periapicais e o facto do dente se encontrar isolado⁵⁶.

Na eventualidade de existência de sinusite maxilar, os seus sintomas incluem dor na mucosa jugal, na região peri-orbitária ou na zona superior da face, sendo que também se pode sentir dor nos dentes superiores, que pode ser confundida com dor dentária. Para além destes sintomas, mal-estar e nariz entupido podem também ocorrer, tal como um inchaço da face na zona do seio, embora este normalmente não seja demarcado. A sinusite crónica pode ser uma das causas mais comuns da formação de fístulas oroantrais⁵⁹ e está associada ao aumento do risco de recorrência de comunicação oroantral.

As dimensões da comunicação são importantes, nomeadamente a sua profundidade e diâmetro. Comunicações de profundidade reduzida e de diâmetro grande têm uma probabilidade reduzida de recuperação espontânea, devendo ser sempre prontamente encerradas⁵⁹. Pelo contrário comunicações com 2mm de diâmetro podem fechar espontaneamente sem qualquer tratamento⁵⁵.

O tratamento de uma comunicação oroantral varia consoante o tamanho da comunicação, quando é feito o diagnóstico, da condição e da quantidade de tecido disponível para tratamento, tal como da presença, ou não, de infeção. Em caso de existência de sinusite maxilar, esta deve ser tratada antes de se fechar a comunicação, pois de outra forma o fecho com retalho tende a falhar⁵⁹. Das várias técnicas de fecho de uma comunicação oroantral referidas, como folha de ouro,

retalhos de origem palatina ou lingual, o uso de retalhos pediculados é o mais preconizado, pois apresenta-se com uma taxa de sucesso referida entre os 92,8% e os 100%⁵⁵. No entanto, na maior parte dos casos, o fecho da comunicação através de sutura e sem recorrer a retalhos é possível, usando agentes hemostáticos apenas quando necessário⁵⁶.

Neste caso, o tratamento realizado foi o encerramento da comunicação, recorrendo a vários pontos de sutura. Procedeu-se à reavaliação uma semana depois, não tendo o doente referido qualquer desconforto. Após esta consulta o doente não voltou a comparecer na clinica, mesmo depois de ter sido aconselhado a fazê-lo. Este comportamento não permitiu que o doente fosse seguido de perto e com regularidade, sendo desconhecida a sua situação atual.

DISCUSSÃO

As consultas não realizadas por desistência ou falta de comparência são motivo de preocupação, pois estas impedem ou atrasam o diagnóstico e a realização de tratamento, situação que pode conduzir a um agravamento da condição e a uma maior dificuldade ou radicalidade do tratamento, alterando, assim, o seu prognóstico. São situações, muitas vezes complexas, e que, por vezes, poderão ser prevenidas ou minimizadas, através do diálogo entre o profissional e o doente. Vários aspetos podem contribuir para este comportamento dos doentes, como a sua situação socioeconómica ou o facto de não existir sintomatologia dolorosa.

O número de doentes atendidos face ao número de consultas realizadas indica que vários doentes foram a mais do que uma consulta, na mesma Área Disciplinar ou em Áreas Disciplinares diferentes. Este facto parece ser indicativo do cumprimento do plano de tratamento multidisciplinar proposto.

Na Clínica Universitária da UCP, procede-se ao preenchimento de uma ficha de recolha de dados - *European Medical Risk Related History* - constituída por 21 questões, que visa a obtenção do nível de classificação ASA de cada doente (Anexo 1). Assim, de acordo com os dados recolhidos, da totalidade dos doentes (63), 34, ou seja 53,97%, situam-se no nível 1 da tabela de classificação ASA. Dos restantes doentes, 17 têm uma classificação de nível 2, 11 doentes situam-se no nível 3 e apenas um doente se apresenta com um estado físico que o coloca no nível 4, de classificação ASA. Outro dado importante a retirar do quadro 4, é relativo à média de idades dos doentes. Assim, quanto maior é a média de idades, maior o nível de classificação ASA, demonstrando que a idade e as condições que a acompanham são fatores que influenciam o estado físico de uma pessoa. Este facto torna-se relevante no que se refere às decisões a tomar quanto ao tratamento a realizar.

Em relação a patologias observadas nos doentes, ao longo do ano, a hipertensão foi a que surgiu em maior número, num total de 25 doentes, aproximadamente 39,7%. Estes valores são próximos dos que foram obtidos (42,1%) pelo estudo populacional realizado por Macedo et al. (2007)^[10].

Dos 25 doentes, 4 não estavam a ser medicados e 11 apresentavam outras patologias associadas, como diabetes, gastrite e bronquite alérgica e 2 tinham problemas do foro psiquiátrico, como bipolaridade e esquizofrenia. Estes doentes não se enquadravam apenas num nível da classificação ASA, mas em três níveis simultaneamente, dependendo da gravidade da hipertensão e do seu controlo e ainda da existência de outras patologias associadas.

Em relação ao tabagismo, é de notar que cerca de 30% dos doentes são fumadores, com uma média de idades de cerca de 38 anos. Destes, 7 têm idade inferior a 30 anos. A divisão por género revelou-se bastante equilibrada, com 10 homens e 9 mulheres a admitirem ter hábitos tabágicos. É uma percentagem muito elevada de fumadores, principalmente, se atendermos ao impacto social e na saúde individual que o tabaco tem, apesar de todos os esforços que têm vindo a ser desenvolvidos na área da prevenção.

Relativamente ao álcool, um fator que interfere em vários aspetos da saúde de uma pessoa, quer a nível geral, quer a nível local^{18,19}, apenas 4 pessoas referiram ter hábitos etílicos. Estes valores poderão não refletir a realidade, principalmente, porque a formulação da questão se tem “hábitos alcoólicos”, pode ser mal interpretada. Assim, se o doente pensar que está a ser questionado sobre se é alcoólico, encontrando-se em situação de abuso do consumo ou de dependência do álcool, naturalmente, irá dizer que não, antecipando o que, socialmente, essa situação poderia acarretar.

As Áreas Disciplinares de Prótese Removível, Dentisteria e de Periodontologia foram as que tiveram mais atos clínicos efetivamente realizados, quer individualmente, como operador, quer pelo trinómio e, neste caso, como assistente. As Áreas Disciplinares com menor afluência foram as de Oclusão e de Odontopediatria.

Tendo em conta que a apresentação dos dados foi feita relativamente a cada Área Disciplinar, a sua discussão será feita do mesmo modo.

Medicina Oral

Medicina Oral é a Área Disciplinar para a qual é, normalmente, marcada a primeira consulta de um doente. É nesta consulta que se elabora a história clínica, geral e dentária e que se define o estado físico do doente, de acordo com o sistema de classificação ASA. Tiram-se também os raios-x considerados necessários, extra- e intraoral, diagnosticam-se as condições que afetam a cavidade oral e elaboram-se o plano de tratamento necessário para uma recuperação, total ou parcial, dessas condições.

Os atos clínicos realizados em Medicina Oral foram de 6,10% do total. Apesar desta Área Disciplinar estar, normalmente, associada à primeira consulta, a baixa percentagem de atos clínicos no grupo, poderá estar ligada ao facto de o trinómio ter recebido poucos pacientes que se dirigiram, pela primeira vez, à Clínica Universitária.

A condição oral mais vezes diagnosticada foi a de Língua Saburrosa, de tratamento simples, em que o esfregar mecanicamente e ingerir bastantes líquidos, normalmente é suficiente para a condição desaparecer.

Foram diagnosticadas 2 estomatites protéticas, tendo sido recomendado o descanso da prótese, para ambos. Um destes doentes apresentava também uma adenopatia, na região submandibular, com uma massa de aproximadamente 2cm de diâmetro, móvel e com uma consistência duro-elástica. A este doente foi prescrito Daktarin, um gel antifúngico.

Outra doente, com agenesia do dente definitivo, mais especificamente do dente 35, apresentava uma fratura coronal, de grandes dimensões, do dente decíduo correspondente, dente 75. Na dentição permanente a agenesia mais comum é a dos terceiros molares, seguido dos segundos pré-molares inferiores, por incisivos laterais superiores e por segundos pré-molares superiores (Jorgenson,1980). Não necessita de tratamento, mas pode ser necessário substituir a dentição decídua por uma prótese, para manter ao máximo a funcionalidade de ambas as arcadas.

Por este motivo, a doente foi reencaminhada para Cirurgia Oral, para que se procedesse à extração do dente decíduo e, posteriormente, para Prótese Fixa, por não apresentar qualquer espaço edêntulo, antes da extração.

A Língua Geográfica e Língua Fissurada encontravam-se associadas num único doente, o que vem de encontro ao que refere a literatura³⁹. No entanto, o doente desconhecia a existência das patologias, por serem assintomáticas e nunca lhe terem sido diagnosticadas.

Periodontologia

Foram 15 os doentes atendidos pelo trinómio, na Clínica Universitária. Apenas 3 desses doentes não apresentavam alguma forma de Periodontite Crónica. O facto de se terem efetivamente realizado 25 consultas, nesta Área Disciplinar demonstra que alguns dos 15 doentes foram várias vezes à consulta de Periodontologia, cumprindo, em parte, o plano de tratamento elaborado.

Embora seja uma amostra muito diminuta de apenas 15 doentes, ao analisar o Quadro 8 observa-se que, à medida que a idade aumenta, mais grave e comum se torna o diagnóstico de Doença Periodontal. Pode-se, então, inferir, e apesar da amostra não ser muito significativa, que a idade do doente contribui para o aparecimento e/ ou agravamento de Doenças Periodontais^{24,25}.

O facto de alguns doentes serem fumadores não permite, neste caso, extrapolar ou confirmar qualquer facto referido na literatura, pois trata-se de doentes maioritariamente jovens e, como vimos, a idade pode ser considerada um fator que contribui para a Doença Periodontal. A diversidade de valores observados pode ser explicada, não só pela idade, como, por exemplo, pela higiene oral, embora os hábitos tabágicos possam ter tido alguma influência, especialmente se considerarmos o baixo BOP, quando comparado com o BOP dos não-fumadores⁶⁰.

De salientar que apenas 2 dos doentes tinham um IP inferior a 50%, tendo 11 dos doentes apresentado um IP superior a 70%, o que revela uma higiene oral

deficiente, quer devido à técnica de escovagem, quer devido ao número de vezes que escovam os dentes, diariamente.

Em relação às doenças diagnosticadas nesta Área Disciplinar, todos os doentes com idade inferior a 30 apresentavam Gengivite Induzida por Placa. Todos os doentes com idade superior apresentavam alguma forma de Periodontite Crónica. A área envolvida abrangia aproximadamente 30% em todos estes doentes, podendo ser considerada generalizada, pela sua extensão. Quanto à perda de inserção, 5 dos doentes, com idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos, apresentavam Periodontite Crónica Leve, Em relação aos outros dois tipos de Periodontite Crónica, a Moderada e a Avançada, ao contrário do ocorrido com as doenças periodontais menos graves, não existe um intervalo de idades para cada uma delas, tendo sido observadas em doentes com idades a partir dos 55 anos, inclusive.

A maior parte dos doentes atendidos nesta Área Disciplinar enquadravam-se num estado físico de nível I, da Classificação ASA, 3 enquadravam-se no nível II e 2 no nível III. Os doentes com uma classificação de nível III, apresentavam várias patologias ou condições. Um dos doentes sofria de hipertensão, angina de peito e gastrite e o outro, pertencia à APPACDM, apresentando deficiência intelectual e surdez total, conjuntamente com hipertensão controlada, epilepsia e artrose. Não tinha conhecimentos de Língua Gestual Portuguesa e foi a primeira vez que foi a uma consulta de Medicina Dentária.

Dentisteria

Esta Área Disciplinar apresenta-se como uma das que apresentam mais doentes, com cerca de 19,5% do número total de doentes atendidos pelo trinómio e cerca de 19% de todos os doentes atendidos, no papel de operador.

Nesta Área Disciplinar, o diagnóstico é feito através da resposta do dente a vários testes, dando especial atenção aos testes de sensibilidade térmica. Estes testes permitem verificar a vitalidade e a viabilidade do tratamento do dente em questão. Quando um dente apresenta sintomatologia ao calor deve ser

reencaminhado para a Área Disciplinar de Endodontia, com o diagnóstico de Pulpite Irreversível. Apresentando apenas sintomatologia ao frio, o diagnóstico passa por Pulpite Reversível ou de transição e é tratado na Área Disciplinar de Dentisteria Operatória.

Como operador foram realizados 12 atos clínicos, em 8 doentes, tendo sido realizados 3 atos clínicos, apenas num doente. Como assistente, foram realizados 20 atos, em 14 doentes distintos. Em 4 dos doentes foram realizados 2 atos clínicos e num foram realizados 3.

Das várias restaurações realizadas como operador, 2 eram classes I e 1 classe IV, sendo o resto das restaurações realizadas classes II, 5 simples, 3 compostas e 1 complexa. Destas, apenas uma restauração num dente que se encontrava muito gasto, foi realizada por motivos estéticos (classe IV).

A seleção do material restaurador é um ato de extrema relevância, quer devido à cor, quer devido às propriedades mecânicas, físicas e químicas que pode apresentar. Desta forma, o profissional deve escolher o material que mais se adequa à zona que vai restaurar e ao trabalho que vai efetuar, sem, no entanto, esquecer a opinião do doente, pois é este que toma a decisão final. Tendo estes aspetos presentes, é natural que o material restaurador mais usado pelo profissional, atualmente, sejam as resinas compostas, pois apresentam propriedades químicas, físicas e estéticas muito variadas, o que contribui para uma melhor adaptação às diferentes situações. A amálgama, pelo contrário, é um material que tem vindo a cair em desuso, especialmente devido à sua cor e ao facto de haver necessidade de efetuar cavidades com especificações definidas e que, se não forem feitas corretamente, podem contribuir para a falha do material e o insucesso do tratamento. Em restaurações de âmbito provisório, o material de eleição foi o IRM, em detrimento de Cavit.

Com base nos factos explicitados, enquanto operador, o material selecionado, e efetivamente utilizado, de acordo com a situação do doente, foi o compósito, num total de 9 vezes. Na verdade, a amálgama foi apenas usada uma vez pelo trinómio, no âmbito de Dentisteria Operatória.

Dos vários atos realizados, 3 foram tratamentos de espera. Este tratamento consiste no preenchimento da cavidade, feito com proteção pulpar e usando um material provisório. A sintomatologia do dente é avaliada passados 45 a 60 dias. Este é um tratamento realizado quando a cavidade feita se encontra muito próxima da polpa, quer por motivos iatrogénicos, quer devido ao facto da lesão ser profunda. Enquanto operador, o material usado como proteção pulpar foi o hidróxido de cálcio, que é indicado para situações que requerem proteção pulpar, quer direta, quer indireta. O material provisório usado mais vezes foi o IRM. Dos três tratamentos de espera realizados, um foi uma classe I, outro foi uma classe II composta (OD) e o terceiro foi uma classe II complexa (MOD). Nestes 3 casos, houve uma recuperação completa do dente, no final do período de espera. Nessa altura, foram restaurados definitivamente com compósito.

Endodontia

Na Clínica Universitária, são preconizadas as técnicas de instrumentação semitelescópica, com a irrigação do canal feita com hipoclorito de sódio e de obturação, denominada condensação lateral. Na técnica de obturação utilizam-se vários instrumentos, como o *spreader* e o *plugger*, materiais como pasta de hidróxido de cálcio e cones de gutta-percha.

Nesta Área Disciplinar, foram obturados 4 canais, na Clínica, que correspondiam a 2 dentes, um dente 15 com um canal e um dente 47 com 3 canais. Foram necessárias 4 consultas, para completar os tratamentos endodônticos destes dois dentes.

Nas restantes 3 consultas, como operador, foram atendidos dois doentes reencaminhados para Endodontia, por outros grupos. Pelo facto de terem sido mal diagnosticados, não houve necessidade de efetuar qualquer tratamento, uma vez que os dentes se encontravam vitais e com sintomatologia compatível com pulpite reversível. Um outro doente, foi também reencaminhado para a área de Endodontia por outro grupo, após ter sido feita a evicção pulpar. No entanto, o fecho da cavidade de acesso não tinha sido corretamente efetuado, o que provocou

sintomatologia dolorosa, mesmo após ter sido dada a anestesia. Este doente não regressou à Clínica Universitária para continuar o tratamento.

Foram também realizadas várias obturações em dentes plurirradiculares, em ambiente pré-clínico. Procedeu-se à obturação de 18 canais, em dentes fora de boca, de modo a praticar e a aumentar os conhecimentos teóricos e práticos, em relação a situações de dificuldade elevada e que podem ser encontrados em ambiente clínico.

Cirurgia Oral

Foram realizadas cinco cirurgias, no papel de operador, quatro a dentes plurirradiculares e uma, a um dente monorradicular. Como assistente, efetuaram-se nove cirurgias, quatro a dentes monorradiculares e cinco a plurirradiculares.

Das extrações realizadas pelo trinómio, 11 tiveram a sua origem em lesão cariosa de grandes dimensões e as restantes foram causadas por problemas periodontais, sendo todas elas cirurgias fechadas. Das intervenções efetuadas, como operador, 3 delas foram originadas por lesão cariosa, um dos casos associado a um pilar de ponte e 2 devido a problemas periodontais.

Estes números demonstram, como já foi referido anteriormente, que os doentes, normalmente, só procuram assistência médico-dentária quando apresentam sintomatologia dolorosa, não reconhecendo a prevenção como um fator importante na sua saúde oral¹⁰.

As intervenções efetuadas nesta Área Disciplinar podem ter influência na condição física de uma pessoa, o que obriga a que seja dada especial atenção à história clínica do doente e ao seu enquadramento na classificação ASA.

Das cirurgias realizadas, como operador, dois dos doentes enquadravam-se no nível I da classificação ASA, outro doente no nível II e dois doentes foram classificados ASA III.

Os doentes classificados como ASA I não necessitaram de qualquer preparação específica, pois o tratamento de doentes com esta classificação ocorre dentro de parâmetros considerados normais. O doente classificado como ASA II, apresentava diabetes tipo II e hipertensão, ambos controlados. Dos dois doentes ASA III, um era alérgico à penicilina e apresentava hipertensão, epilepsia e bronquite alérgica, estando todas as patologias controladas. O outro doente, com a mesma classificação, apresentava problemas cardíacos e tinha prevista uma cirurgia para substituir uma válvula cardíaca, dentro de dois meses. Não foi necessário fazer profilaxia para a prevenção de endocardite bacteriana, pois já se encontrava a fazer profilaxia para a cirurgia torácica. A cirurgia foi marcada e efectuada com a máxima urgência, de modo a permitir uma total recuperação da extração, a tempo da cirurgia cardíaca.

Uma das extrações efetuadas resultou numa comunicação oro-antral de cerca de 7mm, caso discutido na secção de casos diferenciados.

Prótese Fixa

O trinómio realizou 18 actos clínicos, nesta Área Disciplinar, ao longo do ano, 7 dos quais foram realizados como operador. O tipo de ato clínico mais vezes executado foi o de controlo, tendo sido um desses casos reencaminhado para a Área de Cirurgia.

Foram realizados tipos diferentes de atos clínicos, entre os quais a reabilitação de dois espaços edêntulos oponentes, num único doente e controlos e primeiras consultas noutros doentes. O facto de não haver um número suficiente de doentes que quisessem reabilitação por Prótese Fixa, tendo a maior parte tomado a decisão pela reabilitação através de prótese removível, originou a falta de atos clínicos, nesta área, para muitos grupos. Este facto implicou que um dos espaços edêntulos do doente em questão, o inferior, fosse reabilitado por outro grupo após o planeamento.

Prótese Removível

Esta Área Disciplinar foi a que teve mais doentes, ao longo de todo o ano, num total de 40 atos clínicos realizados pelo trinómio, 15 dos quais no papel de operador. Contudo, este número elevado de consultas, não se traduz numa variedade de atos, tendo a maior parte, 65%, sido controlos e concertos das próteses que os doentes já possuíam.

Como operador, foram realizadas três primeiras consultas. Dois dos doentes desistiram da confeção da prótese, por razões financeiras e o terceiro optou pela realização da prótese, após terminada a reabilitação pré-protética planeada.

Como operador, foi também realizada uma prova de dentes, onde foi avaliada a posição e a estética (cor, forma, tamanho relativo e absoluto) dos vários dentes, anteriores e posteriores, pedindo a opinião do doente, recorrendo ao uso de um espelho extraoral. Foi também verificada a oclusão, a fonética e as interferências que a prótese podia provocar, em todos os movimentos funcionais existentes na cavidade oral.

Após a entrega da prótese ao doente, este deve comparecer a uma consulta de controlo. Nestas consultas, é feita uma observação completa da boca do doente, com o objetivo de ver se existem sequelas do uso das próteses, como lacerações, inflamações e ulcerações, entre outras lesões. Procedeu-se também à avaliação da estabilidade, da retenção, da oclusão e da higiene da prótese, assim como da sua adaptação, e da adaptação de todos os seus componentes, à cavidade oral.

Foram contabilizadas apenas 3 consultas como sendo de controlo, enquanto operador. Este número diminuto de consultas tem a ver com o facto de se ter feito a separação entre consultas de controlo, em que foram considerados apertos de ganchos e desgastes das próteses e consultas de concerto, quando as próteses apresentavam fratura ou falta de material. Nesta perspectiva, foram realizadas 8 consultas de concerto, 6 devido a fratura e separação de uma secção da prótese e 2 devido a falta de material. Estas fracturas ocorreram, em 4 dos casos, em próteses superiores e nos outros dois casos, nas inferiores. Nestas situações, são feitas impressões de arrasto da arcada com a prótese fraturada e uma impressão da

arcada oponente, sendo a prótese e ambos os modelos enviados para laboratório para serem consertados.

Odontopediatria

Nesta Área Disciplinar foram realizadas apenas 3 consultas, no papel de operador. O número de consultas é bastante reduzido, especialmente, se o compararmos com outras Áreas Disciplinares. Como se pode observar, na Figura 2, foram poucos os doentes, com idade inferior a 20 anos, com consultas marcadas ou que, embora com marcação feita, compareceram. Destes apenas 5 doentes (um com 8 anos, três com 13 e um com 14) tinham indicação para a Área de Odontopediatria. Apesar do pequeno número de marcações e de atos efetivamente realizados, foram-nos inculidos os conhecimentos teóricos e práticos necessários ao atendimento dos doentes, desta faixa etária.

Das 3 consultas realizadas como operador, uma foi a restauração de um molar definitivo com uma cárie de esmalte, outra foi a remoção de um arco lingual devido a uma hiperplasia gengival, tendo sido feita uma destartarização e recomendado um gel para alívio da hiperplasia e a colocação desse arco, na semana seguinte, e uma extração de um molar decíduo.

Oclusão

Nesta cadeira apenas foram realizados 2 atos clínicos, no papel de operador, ambos de carácter avaliativo, em dois doentes distintos. No entanto, nenhum dos dois doentes decidiu prosseguir o tratamento nesta Área Disciplinar. Um dos doentes, por motivos de emigração e o outro por, conscientemente, ter decidido que não era necessário, mesmo após ter sido explicada a importância do tratamento, especialmente, porque os dentes anteriores apresentavam um desgaste muito acentuado e notava-se também algum desgaste no 1º e 4º quadrantes.

Não foi, portanto, realizado qualquer tratamento efetivo, mesmo com a abordagem feita pelo trinómio, aos doentes atendidos e tratados noutras Áreas Disciplinares, explicando a importância de serem reencaminhados para a área de Oclusão.

É de salientar que, embora a afluência de doentes tenha sido diminuta, os conhecimentos obtidos, em particular, no que concerne à relação entre Oclusão e as outras Áreas Disciplinares e as consequências que podem surgir se for negligenciada, são extremamente relevantes. As Áreas Disciplinares, onde esses conhecimentos se tornam especialmente importantes são Dentisteria Operatória, Prostodontia Fixa e Removível. Uma má oclusão pode provocar problemas graves, quer localizados, quer generalizados a toda a cavidade oral³⁶.

Atualmente, o profissional necessita de ter em conta vários aspetos no âmbito dos cuidados que oferece. Deve dar prioridade ao bem-estar dos doentes, não devendo, no entanto, descurar uma gestão eficiente da sua atividade e ética profissionais⁶¹.

Num futuro, que se estima próximo, devem ser tidos em conta aspetos de grande significado, quer para o profissional, quer para o doente. Assim, a divulgação de informação relacionada com a saúde oral, nos meios de comunicação social, em especial na Internet, pode levar o doente, que não tem conhecimentos suficientes para fazer uma análise crítica, a chegar à consulta com algumas ideias formadas. Este facto, juntamente com o aumento substancial da publicidade respeitante aos cuidados de saúde, e com a importância da estética em detrimento de tratamentos necessários em saúde oral, poderá influenciar as decisões do doente⁶¹.

Estes fatores poderão, pois, contribuir para uma alteração nos cuidados prestados pelo profissional, relativamente à escolha dos tratamentos que pode passar a ficar dependente dos interesses individuais, da sociedade e do mercado em detrimento da experiência e conhecimento. Segundo Ozar, esta tendência pode ser evitada através da educação do doente, por parte do profissional⁶¹.

Os conhecimentos de diferentes patologias e condições, assim como as terapias realizadas encontram-se em constante evolução na área da Medicina Dentária. Os conhecimentos científicos, na área da saúde, não podem ser negligenciados, pois são essenciais para a compreensão e para um correto

diagnóstico, tratamento e prognóstico das diversas condições e patologias⁶². Presentemente, o Médico Dentista situa-se num ponto que junta três “mundos” em constante evolução e que estão a revolucionar a sua área profissional: o mundo digital, o biológico e o nanotecnológico⁶³. Estas alterações vão-se confirmando, por exemplo, com o surgimento de áreas como a nanodontisteria^{63,64} e a terapia regenerativa dentária^{65,66}.

A nanodontisteria tem suscitado um enorme interesse, por parte da comunidade científica, pois, estima-se que irá ser de grande importância no futuro⁶³. A nanodontisteria irá tornar possível um aumento exponencial da eficiência e rapidez no diagnóstico e tratamento de patologias e condições, como por exemplo, o cancro oral; em Ortodontia, facilitará o reposicionamento dentário e aumentará a possibilidade de cura de condições que, atualmente, apenas têm tratamento de controlo^{63,64}.

A terapia regenerativa consiste na criação de dentes, como implantes biológicos^{65,66}. Esta inovação permitirá, não só a recuperação da função oclusal, apenas conseguida, em parte, pela aplicação de materiais artificiais nas áreas de Prótese e Implantologia⁶⁶, mas também da função fisiológica do dente, com a raiz totalmente integrada no osso e envolta em ligamento periodontal⁶⁷ e apresentando uma estética dificilmente reproduzida artificialmente⁶⁶. Esta área científica é vista como uma precursora da terapia de substituição e regeneração de órgãos complexos⁶⁶.

CONCLUSÃO

A Organização Mundial de Saúde define saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social considerando o indivíduo como um todo. A saúde oral, não pode, por isso, dissociar-se da saúde geral. Das várias doenças orais, umas são influenciadas pela existência de doenças crónicas sistémicas, outras surgem como uma das suas consequências. A cárie é uma das doenças orais mais comuns a nível mundial e que poderia ser evitada se o doente desse primazia à prevenção, ao invés do tratamento. Contudo, quando a maioria dos doentes marca consulta para o Médico Dentista, normalmente, fazem-no, não visando a prevenção, mas o tratamento e quando já apresentam sintomatologia dolorosa. Nestes casos, os dentes podem estar já numa situação irreversível, ou o tratamento necessário tem um grau de dificuldade superior. Esta situação é passível de ser observada no elevado número de atos clínicos, nas Áreas de Prótese e Cirurgia da Clínica Universitária da UCP, que constituem cerca de 43% da totalidade dos atos realizados pelo trinómio, ao longo do ano letivo.

Na Clínica Universitária da UCP os doentes são direcionados para a Área Disciplinar de Medicina Oral, numa primeira consulta onde se estabelece a comunicação com o doente, tentando ganhar a sua confiança e transmitindo-lhe segurança. São registados todos os dados referentes à sua história clínica, que deve ser correta e pormenorizada, condições essenciais para a elaboração de um plano de tratamento com sucesso. São de considerar, entre outros, os dados referentes às patologias existentes, à medicação, aos hábitos alimentares, etílicos e tabágicos, assim como o sexo, e a idade do doente. Após uma consulta dedicada principalmente ao diagnóstico, os focos de infeção na cavidade oral devem ser reduzidos ao máximo. Assim, a Periodontologia é a Área Disciplinar de eleição, pois o tratamento efetuado reduz os possíveis focos infecciosos existentes, não apenas localmente, mas em toda a cavidade oral. Posteriormente, os doentes podem ser encaminhados para Dentisteria, Endodontia e Cirurgia se o objetivo é manter os dentes vitais, manter os dentes não-vitais na cavidade oral ou quando a manutenção do dente já não é viável. Os doentes que necessitam de reabilitação da cavidade oral, devido à existência de espaços edêntulos, são encaminhados para uma de

duas vias, a Prótese Fixa e a Prótese Removível, cada uma com as suas vantagens e desvantagens. No que concerne a Oclusão, embora seja considerada uma Área Disciplinar independente, é uma área cujos conhecimentos são aplicados em todas as situações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desta forma, embora não tenha tido uma grande afluência de doentes, é uma área de interesse e aplicação constantes.

Em suma, é imperioso que o Médico Dentista possua os conhecimentos e a capacidade de integrar o doente num plano de tratamento multidisciplinar, adequado à sua condição. Ao longo dos cinco anos, do MIMD da UCP, foram adquiridos conhecimentos que permitiram, uma prática clínica integrada, reconhecendo sinais de doença, formulando diagnósticos, elaborando planos de tratamento e reconhecendo corretamente o prognóstico.

Independentemente do que o futuro reserva para a área de Medicina Dentária, o profissional deve fazer um esforço contínuo para se manter atualizado, relativamente aos avanços da tecnologia e da sua aplicação na área, assim como aos conhecimentos científicos, veiculados pela literatura especializada. Na sua prática, deve estimular a prevenção de comportamentos de risco, desde as idades mais precoces, relevando sempre o bem-estar do doentes e a promoção da saúde oral.

ANEXOS

Anexo 1. European Medical Risk Related History (EMRRH)

Página 1

Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH)

Nível de Risco:
Data:

Código:
Nome:
Sexo:
Idade:


Tipo Actividade:
 Estudante Desempregado
 Trabalhador Reformado por limite de idade Não respondeu
 Doméstica Reformado por invalidez

Nível de Estudos:
 Básico (até ao 9º ano, inclusivé)
 Médio
 Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)
 Não respondeu

Respostas Positivas		Perguntas não respondidas	
Pergunta	Nível		

Classificação:

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



Página 1 Página 2 **Página 3** Página 4 Página 5 Página 6

Página 2

Questionário:

Resposta:

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

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

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

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

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

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

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

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

Página 3

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

Página 4

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

Página 5

Questionário:	Resposta:
15. Sofre de alguma doença renal?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<u>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</u>	
a) Já fez diálise?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
b) Já fez transplante renal?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
16. Já sofreu de cancro ou leucemia?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<u>Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:</u>	
a) Qual é a sua doença?	
<input type="text"/>	
b) Já fez medicação ou transplante de medula óssea para o seu tratamento? Qual a medicação?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
<input type="text"/>	
c) Já fez radioterapia para um tumor ou problema na cabeça ou pescoço?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
17. Sofre de hiperventilação?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU
18. Já desmaiou durante algum tratamento médico ou dentário?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO RESPONDEU

Página 6

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

Anexo 2. Tabela de Idades, Sexo e Hábitos Tabágicos

Idade	Sexo	Fumador
8	M	N
13	F	N
13	F	N
13	M	N
14	F	N
17	M	N
22	F	N
24	M	S
24	M	N
24	M	S
24	M	S
25	F	N
28	M	N
28	F	S
29	M	S
29	F	S
29	F	S
34	M	N
35	F	S
35	F	S
36	F	S
37	F	S
38	M	N
38	M	N
40	F	N
44	M	S
45	M	S
46	F	N
46	F	N
48	M	N
49	F	S
50	M	S
50	M	N
51	M	S
51	M	S
52	F	N
53	F	N
54	M	N
55	F	S
56	F	N
56	F	N

57	F	N
58	M	S
58	F	N
59	M	N
59	M	N
60	F	N
60	F	N
62	F	N
62	F	N
63	M	N
65	F	N
65	M	N
68	M	N
68	M	N
69	F	N
70	M	N
74	M	N
77	M	N
77	F	N
78	F	N
79	M	N
83	F	N

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Médicos Dentistas. Estatuto da ordem dos médicos dentistas. 2013; Disponível em: <http://www.omb.pt/info/estatuto/capitulo1>
2. Klein B, Klein R, Knudstin M. Life-Style Correlates of Tooth Loss in an Adult Midwestern Population; *Journal of Public Health Dentistry*, 2004; 64(3), pp. 145-150
3. Weinberger BW. An Introduction to the History of Dentistry with Medical & Dental Chronology & Bibliographic Data. St. Louis: The C. V. Mosby Company; 1948
4. Sala EC, Garcia PB. *Odontologia Preventiva y Comunitaria*. Barcelona: Masson; 2005
5. Seiquer A, Joaquin D. *Manual de Introduccion a la Odontologia*. Madrid: Editorial Medica Ripano; 2005
6. Alkhatib M, Gilthorpe M, McGrath C. Disparities in self reported oral health problems among a young Syrian adult population. *Int Dent J*. 2002 Dec; 52(6):449-52
7. Garcia RI. Addressing Oral Health Disparities in Diverse Populations; *Journal of the American Dental Association*. 2005; 136: 1210-1212
8. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005 Sep; 83(9): 661-669
9. WHO. Fact Sheet nº318. 2007; Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en
10. Volpato LE, Figueiredo AF. Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005; 5 (1): 45-52,
11. Wolters U, Wolf T, Stützer H, Schröder T. ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome. *Br J Anaesth*. 1996 Aug;77(2): 217-22.
12. Macedo M, Lima M, Silva A, Alcântara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal, Estudo PAP. *Rev Port Cardiol*. 2007; 26 (1): 21-39
13. James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, *et al*. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311(5): 507-520
14. Chobanian A, Bakris G, Black H, *et al*; Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure JNC7. *Hypertension*. 2003; 42: 1206–1252
15. Fraga S, Sousa S, Santos A C, Mello M, Lunet N, Padrão P, Barros H. Tabagismo em Portugal. *Arq Med*. 2005 Set; 19(5-6): 207-229
16. Tonetti MS. Cigarette smoking and periodontal diseases: etiology and management of disease. *Ann Periodontol*. 1998 Jul; 3(1): 88-101
17. Winn DM. Tobacco Use and Oral Disease. *Journal of Dental Education*. 2001; 65(4): 306-312
18. Friedlander AH, Marder SR, Pisegna JR, Yagiela JA. Alcohol abuse and dependence: psychopathology, medical management and dental implications. *Journal of the American Dental Association*. 2003; 134(6): 731-740

19. Miller PM, Ravenel MC, Shealy AE, Thomas S. Alcohol screening in dental patients: the prevalence of hazardous drinking and patients' attitudes about screening and advice. *J Am Dent Assoc.* 2006 Dec; 137(12): 1692-8; quiz 1730-1
20. Ramos D; Lima M. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003 Jan-Fev; 19(1): 27-34
21. Zittel-Palamara K, Fabiano JA, Davis EL, Waldrop DP, Wysocki JA, Goldberg LJ. Improving patient retention and access to oral health care: the CARES program. *J Dent Educ.* 2005 Aug; 69(8): 912-8
22. Goodman HS, Macek MD, Wagner ML, Manz MC, Marrazzo ID. Survey of the Oral Health Status of Maryland Schoolchildren, 2000—2001; *Pediatr Dent.* 2004 Jul-Aug; 26(4): 369-75
23. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(4): 349-55
24. Ira B. Lamster. Oral Health Care Services for Older Adults: A Looming Crisis. *Am J Public Health.* 2004 May; 94(5): 699–702
25. Turrentine FE, Wang H, Simpson VB, Jones RS. Surgical risk factors, morbidity, and mortality in elderly patients. *J Am Coll Surg.* 2006 Dec; 203(6): 865-77
26. Kohn W, Collins A, Cleveland J, Harte J, Eklund K, Malvitz D. Guidelines for infection control in Dental Health-Care Settings. *JADA,* 2003; 135(1): 33-47
27. Samaranayake L. Infection Control in Dentistry: A review of principles and practice. *KDJ,* 2005; 8(2): 95-113
28. Porter KM, Scully C, Porter S, Theyer Y. Needlestick injuries to dental personnel. *J Dentistry,* 1990; 18: 258-62
29. Miller CH, Palenik CJ. Infection control and management of hazardous materials for the dental team. St. Louis: Mosby; 1998
30. Silva AM. Controlo da infeção no consultório dentário. *Excerpta Bibliográfica Dentária.* 2003; 9(3): 41-47
31. Sá L et al. Manual de controlo de infeção. Centro de Saúde de Torre de Moncorvo - sub-região de Saúde de Bragança; 2008
32. Szymanska J. Microbiological risk factors in dentistry: Current status of knowledge. *Ann Agric Environ Med.* 2005; 12: 157-163
33. Reichart P, Philipsen H. *Color Atlas of Dental Medicine: Oral Pathology.* Thieme, 2000
34. Silverman S, Eversole L, Truelove E, Decker BC. *Essentials of oral medicine.* New York; 2001
35. *American Academy of Oral Medicine.* 2014; Disponível em: www.aaom.com
36. Rosenstiel SF, Land MF, Junhei F. *Contemporary Fixed Prosthodontics* Rosenstiel 4rd ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006
37. Navabi N, Gholamhoseinian A, Baghaei B, Hashemipour M A. Risk Factors Associated with Denture Stomatitis in Healthy Subjects Attending a Dental School in Southeast Iran. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2013 Nov; 13(4): 574–580

38. Miloğlu O, Göregen M, Akgül HM; Acemoğlu H. The prevalence and risk factors associated with benign migratory glossitis lesions in 7619 Turkish dental outpatients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2014 Aug; 107(2): 29-33
39. Reamy BV, Derby R, Bunt CW. Common tongue conditions in primary care. *Am Fam Physician*. 2010 Mar; 81(5): 627-34
40. Carranza F. *Clinical Periodontology*. 9^a ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2002
41. Lamster IB. Oral Health Care Services for Older Adults: A Looming Crisis. *Am J Public Health*. 2004 May; 94(5): 699–702
42. Ingle J, Bakland L, Baumgartner J. *Ingle's Endodontics*, 6th ed. USA: BC Decker; 2008.
43. *Australian Dental Association*. Definition of Endodontics. 2014; Disponivel em: http://www.ada.org.au/societies/apec/def_of_endodontics.aspx
44. European Society of Endodontology. Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. *International Endodontic Journal*. 2006; 39: 921–930
45. Cohen S, Hargreaves KM. *Pathways of the pulp*. Canada: Mosby Elsevier; 2006
46. Peterson, Larry J; *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. Elsevier; 2005
47. Hupp J, Tucker M, Ellis E. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*, 6th Edition. Elsevier Mosby; 2013
48. Sanghai S, Chatterjee P. *A Concise Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery*. Jaypee; 2008
49. Roberts JF, Curzon MEJ, Koch G, Martens LC. Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry*. August 2010; Volume 11; 4: 166-174
50. Okeson J; *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares*. quinta edición. Mosby Elsevier; 2008
51. Al-Nimria KS, Batainehb AB, Abo-Farha S. Functional Occlusal Patterns and Their Relationship to Static Occlusion. *Angle Orthodontist*. 2010; 80(1): 65-71
52. Ra H, Rahimah AK. Occlusion, malocclusion and method of measurements - an overview. *Archives of Orofacial Sciences*. 2007; 2: 3-9
53. Bender SD. *Occlusion, Function, and Parafunction: Understanding the Dynamics of a Healthy Stomatognathic System*. Academy of Dental Therapeutics and Stomatology, PennWell; 2009
54. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 1379
55. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of Third Molar Surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am*. 2007; 19: 117–128
56. Rothamel D, Wahl G, d'Hoedt B, Nentwig G, Schwarz F, Becker J. Incidence and predictive factors for perforation of the maxillary antrum in operations to remove upper wisdom teeth: Prospective multicentre study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2007; 45: 387–391

57. Hernando J, Gallego L, Junquera L, Villarreal P. Oroantral communications: A retrospective analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 May; 15 (3): 499-503
58. Giiven O. A clinical study on oroantral fistulae. *Journal of Cranio- Maxillofacial Surgery*. 1998; 26: 267-271
59. Dym H, Wolf JC. Oroantral Communication. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2012; 24: 239–247
60. Dietrich T, Bernimoulin JP, Glynn RJ. The effect of cigarette smoking on gingival bleeding. *J Periodontol*. 2004 Jan; 75(1): 16-22
61. Ozar DT. Professionalism: challenges for dentistry in the future. *JFOS*. November 2012; 30: 72-84
62. Slavkin, HC. Evolution of the Scientific Basis for Dentistry and Its Impact on Dental Education: Past, Present, and Future. *J Dent Educ*. 2012 Jan; 76(1): 28-35
63. Shetty NJ, Swati P, David K. Nanorobots: Future in dentistry. *Saudi Dent J*. 2013 Apr; 25(2): 49-52
64. Bhardwaj A, Bhardwaj A, Misuriya A, Maroli S, Manjula S, Singh AK. Nanotechnology in dentistry: Present and future. *J Int Oral Health*. 2013; 6(1): 121-6
65. Oshima, M. et al. Functional tooth restoration by next-generation bio-hybrid implant as a bio-hybrid artificial organ replacement therapy. *Sci. Rep*. 2014; 4: 6044
66. Oshima M, Tsuji T. Functional tooth regenerative therapy: tooth tissue regeneration and whole-tooth replacement. *Odontology*. 2014 Jul; 102(2): 123-36.
67. Angelova Volponi A, Kawasaki M, Sharpe PT. Adult human gingival epithelial cells as a source for whole-tooth bioengineering. *J Dent Res*. 2013 Apr; 92(4): 329-34