



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

Por:

Maria de Lurdes de Jesus Rodrigues

Viseu, Setembro 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

Por:

Maria de Lurdes de Jesus Rodrigues

Orientador: Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Coorientador: Prof. Dr. Manuel de Sousa

Viseu, Setembro 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho há minha filhota Beatriz com todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Rui Amaral Mendes e ao Professor Dr. Manuel de Sousa pela orientação e coordenação.

Tenho que fazer um especial agradecimento ao Sr. Professor Doutor Aires do Couto na qualidade de Presidente do Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa, que sempre me apoiou e me ajudou nas várias etapas do meu curso, com todas as burocracias.

Agradeço com um carinho muito especial há minha tia Beta, que sem a ajuda dela teria sido incomportável a realização deste meu sonho. Por todo o carinho e ajuda dada.

Agradeço aos meus primos Henrique, Paula e David que me apoiaram sempre nos maus e bons momentos.

Agradeço ao meu trinómio, Jorge Fonseca e Ricardo Lopes, por todo o apoio e ajuda no decorrer do meu curso, especialmente neste último ano, que para mim foi bastante complicado. Sem o apoio dos meus colegas tornar-se-ia impensável.

Agradeço há minha filhota por ser o meu apoio incondicional, sendo ela a pessoa mais importante na minha vida e que sem ela eu já teria desistido de vários sonhos. Peço-lhe desculpa pelos dias em que estive ausente e nos quais me foi muito complicado apoiar. Pelas horas tardias em que todos os dias chegava a casa e pelas madrugadas que a fiz levantar tão cedo para cumprir horários, muitas vezes complicados.

Agradeço aos meus pais, irmã, cunhado e sobrinhos para onde fugia quando precisava de apoio nos piores momentos deste meu percurso académico.

Um agradecimento muito especial há minha irmã que foi sempre durante este percurso o meu porto de abrigo.

Tenho ainda que agradecer aos restantes colegas do meu ano que de uma forma ou de outra estiveram sempre presentes nos bons e maus momentos.

Aos amigos que muito me apoiaram e me incentivaram a ir mais além.

Agradeço à família Tinoco que me acolheu e me apoiou, com um agradecimento muito especial ao Dr. Eduardo Tinoco, que me cultivou o gosto pela medicina dentária.

Agradeço a duas pessoas muito especiais, Dr.^a Kátia e Dr.^a Maria Godinho, por tudo o que me têm ajudado.

Agradeço aos demais professores e colegas de trabalho que fizeram parte do meu percurso académico.

Agradeço à Dr.^a Ana Farreca e Dr.^a Maria João.

RESUMO

Este documento consiste no Relatório de Atividade Clínica realizada por mim no Ano Letivo 2013-2014 durante as aulas práticas do 5º ano que começaram no dia 16 de Setembro de 2013 e tiveram o seu término a 27 de Junho de 2014. Esta atividade Clínica realizou-se de acordo com o previsto no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa.

O relatório engloba todos os casos clínicos realizados por mim, a sua discussão e resolução. Este relatório tem como objetivo descrever toda a atividade clínica nas diferentes áreas da Medicina Dentária. Durante este período letivo tive oportunidade de aprender normas de conduta clínica necessárias no decorrer de todas as profissões e imprescindíveis há minha formação básica. Apliquei fundamentos teóricos aprendidos nas diferentes Unidades Curriculares e a sua aplicação na prática clínica sobre os vários aspetos pedagógicos que se poderiam melhorar. Este estágio permitiu-me trabalhar nas várias áreas disciplinares verificando os vários conteúdos teóricos e colmatando falhas existentes na minha prática. O estágio foi realizado com sucesso atingindo os objetivos previamente definidos. O atendimento de pacientes de variadíssimas idades e profissões facilitou a aprendizagem e vai facilitar a minha prática clínica aquando da finalização do meu curso.

A atividade clínica integrada é o momento de formação privilegiado, que promove uma rápida socialização e integração profissional dos alunos no futuro mercado de trabalho.

Palavras-chave: Atividade Clínica, Cirurgia, Dentisteria, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prostodontia.

ABSTRACT

This document is the Report of Clinical Activity performed by me in ear 2013-2014 during the practical lessons of the 5th year that began on September 16, 2013 and had its end on 27 June 2014. This clinic activity in accordance with the provisions of the syllabus of the MSc in Dental Medicine at the Catholic University.

The report covers all clinical cases performed by me, the discussion and resolution. This report aims to describe all clinical activity in different areas of dentistry. During this semester I had the opportunity to learn standards for clinical management necessary in the course of all professions and there is my essential basic training. Applied theoretical foundations learned in different curricular units and their application in clinical practice on the various pedagogical aspects that could be improved. This internship allowed me to work in various disciplinary areas by checking the various theoretical concepts and bridging existing gaps in my practice. The stage was successful reaching predefined goals. The care of patients extensive range of ages and professions facilitated learning and will facilitate my practice upon completion of my course.

The integrated clinical activity is the privileged moment of formation, which promotes rapid socialization and professional integration of students in the future job market.

Key Words: Clinical Activity, Dental Surgery, Dentistry, Endodontics, Medicine, Oclusion, Paediatric Dentistry, Orthodontics, Periodontology, Removable and Fixed Prosthodontics.

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	III
AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
ÍNDICE	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XV
LISTA DE ABREVIATURAS	XVII
I. INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
II. OBJETIVOS	7
III. MATERIAIS E MÉTODOS	11
IV. RESULTADOS	15
Caracterização da amostra	15
a. Cirurgia Oral	16
i. Aulas de Cirurgia Oral	16
b. Dentisteria Operatória	17
i. Aulas de Dentisteria Operatória	18
c. Endodontia	19
i. Aulas de Endodontia	20
d. Medicina Oral	20
i. Aulas de Medicina Oral	21
e. Oclusão	22
i. Aulas de oclusão	22
f. Odontopediatria	23
i. Aulas de Odontopediatria	24
g. Ortodontia	25
i. Aulas de Ortodontia	26
h. Periodontologia	26
i. Aulas de Periodontologia	27
j. Prostodontia Fixa	29
i. Aulas de Prostodontia Fixa	32

b. Prostodontia Removível	33
i. Aulas de Prostodontia Removível.....	33
c. Implantologia	34
V.CASOS DIFERENCIADOS	37
VI.DISSCUSSÃO.....	59
VII.CONCLUSÃO.....	63
VIII.BIBLIOGRAFIA.....	66
IX.ANEXOS	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos atos pelas várias áreas disciplinares.....	15
Gráfico 2 – Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Cirurgia Oral ..	17
Gráfico 3 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Dentisteria Operatória.....	19
Gráfico 4- Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Endodontia.....	20
Gráfico 5 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Medicina Oral .	22
Gráfico 6 - Relação dos atos clínicos como Operador/Assistente na área disciplinar de Oclusão	23
Gráfico 7 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Odontopediatria	25
Gráfico 8 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Ortodontia	26
Gráfico 9 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Periodontologia	28
Gráfico 10 - Relação dos atos clínicos Operador/Assistente na área disciplinar de Prótese Fixa	33
Gráfico 11 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Prótese Removível	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Lesão traumática localizada no lábio inferior (a e b) e avaliação após uma semana (c)	37
Figura 2- Odontograma	38
Figura 3 - Periograma	39
Figura 4 - Ortopantomografia	39
Figura 5- Fotografias intra-orais iniciais	40
Figura 6- Fotografias do cirurgia	41
Figura 7- Odontograma do caso clínico 3	43
Figura 8- Ortopantomografia	43
Figura 9- Fotografias extra-orais (a. repouso; b. sorriso; c. Lateral direita)	44
Figura 10 -Fotografias intra-orais iniciais	44
Figura 11 - Impressão definitiva em silicone	44
Figura 12 - Chave em para a realização do provisório	44
Figura 13 - Prova de infra-estrutura metálica	45
Figura 14 - Escolha de cor	45
Figura 15 - Vista palatina de ponte	45
Figura 16 - Ponte metal-cerâmica	45
Figura 17 - Ponte metal-cerâmica em boca	45
Figura 18 - Análise radiográfica dos dentes pilares	46
Figura 19 - Ortopantomografia	48
Figura 20 - Fotografia intra-oral	50
Figura 21 –Moldeiras individuais para impressões definitivas	50
Figura 22 -Impressões definitivas	51
Figura 23 - Placas para registo maxilo-mandibular	51
Figura 24 - Próteses acrílicas para reabilitação	51
Figura 25 - Fotografia em sorriso com o paciente reabilitado	51
Figura 26 - Ortopantomografia	54
Figura 27 -Impressões definitivas	55
Figura 28- Esqueleto para prótese	55
Figura 29 - Seleção da cor	55
Figura 30 - Fotografias intra-orais com prótese esquelética	55

LISTA DE ABREVIATURAS

Exmo - Excelentíssimo

Prof. - Professor

Dr. - Doutor

PSR - periodontal Screening and recording (Registo Periodontal simplificado)

RAR - Raspagem e Alisamento Radicular

PIM - Posição de Intercuspidação Máxima

Mg - Miligramas

ATM – Articulação Temporo-Mandibular

BOP – hemorragia à sondagem

CRB – Centro Regional das Beiras

IP – Índice de Placa

Nº - Numero

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

PCA – Periodontite Crónica Avançada

PCL – Periodontite Crónica Leve

PCM – Periodontite Crónica Moderada

Rx – Radiografia

T.E.R. – Tratamento Endodôntico Radical

UCP – Universidade Católica Portuguesa

PPR - Prótese Parcial Removível

PPF – Prótese Parcial Fixa

IRM – Intermediate Restorative Material

PPE – Prótese Parcial Esquelética

PPA – Prótese Parcial Acrílica

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A estética é fundamental nas reabilitações orais que efetuamos de forma a elevar ou manter a auto-estima e a autoconfiança dos pacientes. A estética é harmonia. A análise das dentições naturais e o desenvolvimento do conceito de estética dentária foram utilizados na conceção dos dentes artificiais. O contributo de um aspeto facial agradável particularmente quando o paciente sorri deve existir também uma harmonia da linha média do plano oclusal e sobretudo dos contornos do tamanho e dos planos incisais.

A saúde oral está intimamente ligada ao bem-estar geral de qualquer pessoa, sendo este um fator considerado muito importante.¹

As arcadas dentárias além da função estética tem outras funções muito importantes tais como a função mastigatória, função fonética e a função da deglutição. A evolução da Medicina Dentária teve o seu auge nos finais do século XIX e durante o século XX devido ao crescimento mundial no que diz respeito à economia, ensino superior, ciência e tecnologia. A tecnologia tem servido para uma pesquisa e desenvolvimento nos avanços da educação, ciência e também tem contribuído para o avanço da Medicina Dentária ao defender a importância da ciência e da atividade científica na pesquisa de melhorar sempre e cada vez mais o conhecimento.¹

Em Portugal, a Medicina Dentária encontra-se bem organizada em termos educacionais. No entanto, em termos sociais, a oferta dos serviços dentários à população baseia-se somente na prática clínica privada, pois o Sistema Nacional de Saúde não contempla Médicos Dentistas e isso acarreta custos muito elevados e muitas vezes impossíveis de suportar para a maioria da população.

Infelizmente existem muitas pessoas que continuam a acreditar que só precisam de ir ao Médico Dentista quando apresentam sintomatologia álgica ou quando pensam que algo está mal com a sua cavidade oral. Todas as pessoas de maneira geral deviam ser alertadas e informadas que a saúde oral pode interferir com a saúde de maneira geral. Hoje em dia, penso que a população, no geral, começa a preocupar-se um pouco mais com a sua saúde oral e procura o médico dentista porque sente necessidade de verificar se tem algum problema na cavidade oral que não existia antes.¹ Os rastreios do cancro oral que se têm vindo a fazer pelo país, é uma das formas de alertar as pessoas para os problemas inerentes à cavidade oral.

A saúde oral está intimamente relacionada com o bem-estar geral, sendo um dos principais fatores que contribui para a boa forma física, emocional e social.¹ Durante o estudo das várias patologias orais, podemos verificar que a cavidade oral é um dos melhores “depósitos” de potenciais agentes patogénicos, que terão manifestações, não só a nível local, mas também a nível sistémico. Além das doenças infecciosas, também as doenças auto-imunes estão relacionadas com síndromes que apresentam manifestações na cavidade oral.² Os médicos dentistas ficam assim “responsabilizados” para alertar os pacientes de poder haver um problema adjacente aquele que está presente no momento na cavidade oral.

O presente documento relata a atividade clínica realizada na Clínica Dentária Universitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, no âmbito das disciplinas de Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prótese Fixa e, Prótese Removível enquanto disciplinas práticas.

O relatório de atividade clínica descreve o trabalho que foi realizado ao longo do primeiro e segundo semestre do 5º ano, através de uma reflexão crítica dos objetivos gerais e específicos de cada área disciplinar, bem como a resolução dos atos clínicos.

II. OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

A elaboração deste relatório de estágio da atividade clínica permite apresentar os casos clínicos que eu realizei e assisti durante o ano de 2013/2014.

Realça todas as consultas nas várias áreas disciplinares, em ambiente universitário controlado e visa a compreensão dos seguintes aspetos:

- Saber definir e discutir diferentes diagnósticos;
- Saber analisar corretamente os meios de diagnóstico à nossa disposição;
- Deter competências de comunicação, compreensão e espírito crítico;
- Saber realizar um diagnóstico diferencial e elaborar um plano de tratamento adequado;
- Relacionar as patologias que aparecem na cavidade oral com as suas possíveis implicações e associações sistémicas;
- Saber que cada caso por mais simples que possa parecer tem que ser encarado como um processo de tratamento que é global e que pode cursar várias áreas, nas quais se deve sempre contar com os profissionais com maior conhecimento possível;
- Perspetivar o prognóstico da doença;
- Respeitar as normas de conduta ética;

III. MATERIAIS E MÉTODOS

III.MATERIAIS E MÉTODOS

A recolha de dados foi feita nas várias áreas disciplinares através de dados obtidos através da ficha e história clínica dos pacientes que se encontram no programa informático de gestão clínica *Newsoft 2.0*, e os meios auxiliares de diagnóstico recolhidos através do programa *Dimaxis* que se encontra na Clínica Dentária Universitária., do Centro Regional das Beiras. A amostra de pacientes foi recolhida entre 19 de Setembro de 2013 e 27 de Junho de 2014. A amostra de pacientes irá integrar os pacientes atendidos pelo meu trinómio estando eu no papel de operadora ou de assistente. Os vários dados recolhidos foram tratados de forma a caracterizar uma amostra observada e concluir acerca dos pacientes que frequentam a Clínica Dentária Universitária do CRB. Todos os atos realizados pelo meu trinómio durante o ano 2013/2014 se encontram ilustrados em gráficos realizados em Microsoft Excel 2013. Será feita uma referência relativa a cada área disciplinar, o que ela aborda e os vários métodos usados. Os casos mais relevantes realizados durante a atividade clínica serão descritos de forma sucinta.

Todos os pacientes que se dirigem à Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, Clínica Dentária Universitária do CRB, procedem ao preenchimento de um questionário destinado quer à sua identificação pessoal, quer do motivo da consulta. Posteriormente efetuam um exame radiográfico – Ortopantomografia - procedendo-se à recolha da história clínica e à realização de um exame clínico sistematizado. Esta primeira triagem é feita, na maioria dos casos, na consulta de Medicina Oral.

Posteriormente os pacientes são referenciados para as diferentes áreas disciplinares e enquadrados segundo o plano de tratamento.

IV. RESULTADOS

IV.RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra foi realizada pelo trinómio 81 durante o ano letivo 2013/2014, inserida no âmbito das aulas práticas clínicas realizadas na Clínica Universitária, CRB.

A amostra está distribuída pelas áreas disciplinares de Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Oral, Oclusão, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontologia, Prótese Fixa e Prótese Removível, distribuída pelos vários gráficos realizados para cada área disciplinar. A amostra compreende pacientes do sexo feminino e masculino, com idades compreendidas entre os 8 e os 81 anos de idade. No gráfico nº 1 podemos verificar todas as consultas realizadas no 5º ano, entre os anos 2013/2014.

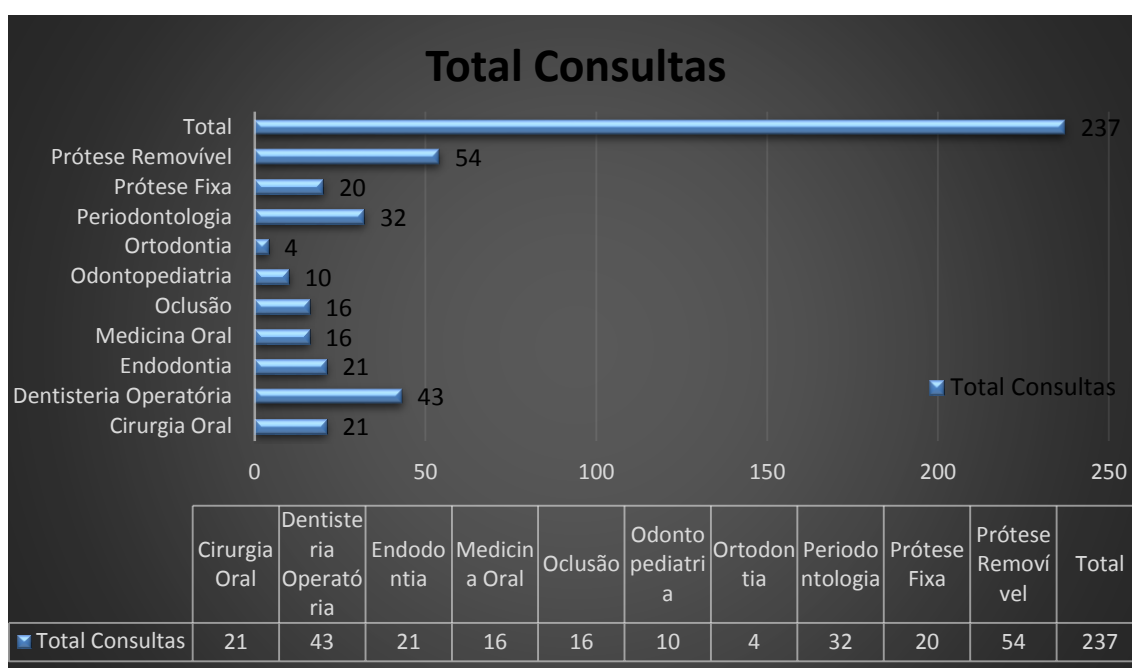


Gráfico 1- Distribuição dos atos pelas várias áreas disciplinares

a. Cirurgia Oral

Ramo da Medicina Dentária que se dedica ao diagnóstico e tratamento cirúrgico das doenças, lesões e anomalias dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas. O campo de atuação da cirurgia oral é muito extenso, incluindo, entre outros, os seguintes atos: exodontias de dentes extensamente destruídos ou de dentes que não possuam função mastigatória, cirurgia de patologia quística ou tumoral, implantologia, cirurgia pré-protética da boca para que seja colocada prótese, cirurgia de lesões infecciosas e traumatologia oral. Nesta área disciplinar é de salientar a inclusão dentária. É uma alteração de desenvolvimento em que um determinado dente, chegada a época normal de erupção, permanece no interior dos tecidos da cavidade oral. Normalmente são situações que nos aparecem com mais frequência e que se referem aos terceiros molares, os chamados dentes do siso.³ Os dentes encontram-se no interior dos tecidos da cavidade oral, envolvendo, normalmente, osso e mucosa. Todos os procedimentos cirúrgicos em si são traumáticos, mas podem ser minimizados com recurso a medicação. A preparação do ato cirúrgico começa sempre com a obtenção da história clínica, diagnóstico e planificação adequada da intervenção. A aplicação de uma técnica anestésica adequada, de uma técnica cirúrgica atraumática e a adoção de uma terapêutica pós-operatória eficaz vão permitir um pós-operatório confortável.³ Os cuidados pós-operatórios são muito importantes para a minimização das sequelas decorrentes do ato operatório e da cicatrização.

Na área disciplinar de Cirurgia Oral consideram-se atos diferenciados todos aqueles que incluam osteotomia, odontosecção e cirurgia de retalho, e que para se realizarem requerem um protocolo cirúrgico obrigatório aprovado pelo regente da disciplina. As exodontias simples são realizadas com bastante regularidade na área disciplinar de Cirurgia Oral e não apresentam necessidade de protocolo prévio.

i. Aulas de Cirurgia Oral

No total foram realizadas 21 consultas em cirurgia oral. Em 8 dessas consultas desempenhei a função de operadora e em 13 desempenhei a função de assistente. Nessas consultas foram realizadas 19 com técnica fechada, sendo que em 3 foram realizadas

exodontias múltiplas de restos radiculares, 1 exodontia por técnica aberta em que fui assistente.

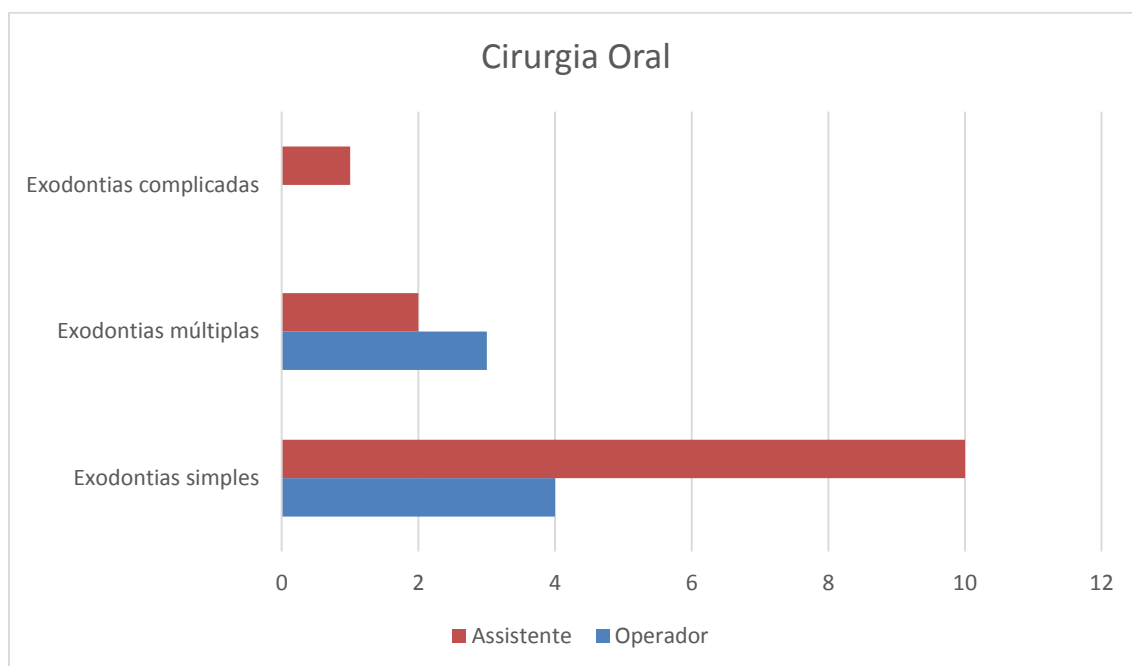


Gráfico 2 – Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Cirurgia Oral

b. Dentisteria Operatória

Ramo da Medicina Dentária aonde se realizam restaurações, podem ser simples ou complexas, dependendo do grau de destruição do dente, e do seu remanescente. Estas restaurações podem ter a sua origem em lesões cariosas, trauma ou outra qualquer razão que altere a anatomia dentária. É uma das áreas que se faz com mais frequência, tendo em vista a reconstrução dentária o mais natural possível com os vários materiais restauradores que existem ao nosso dispor.⁴As restaurações realizadas podem ser denominadas: Classe I; Classe II; Classe III; Classe IV; Classe V, podem ainda ser realizadas restaurações de dentes extensamente destruídos, aí podemos ter de optar por usar meios de retenção físicos, que podem ser: Espigões metálicos; Espigões de carbono; Espigões de fibra de vidro. Estes últimos são os mais usados por causa da sua compatibilidade com a estrutura dentária. A prática efetiva da Dentisteria Operatória requer não apenas excelentes habilidades manuais, como uma compreensão das propriedades dos vários materiais restauradores disponíveis. Quer as técnicas como os materiais restauradores têm tido uma grande evolução, o que facilita em muito a vida do Médico Dentista. Atualmente as resinas compostas, normalmente materiais da cor do

dente, são o material estético de eleição para a restauração de dentes posteriores e anteriores, de forma direta e em uma única sessão. Nos dentes posteriores pode ainda usar-se a amálgama de prata que é uma liga metálica. Quando as lesões são muito extensas os dentes podem ficar muito destruídos. As restaurações em amálgama ou em ouro podem apresentar uma maior longevidade de 10 a 20 anos.⁵ Nestes casos deve fazer-se um controlo diário rigoroso da higiene oral. A visita ao Médico Dentista deve ser regular pois esta vai permitir uma reavaliação do estado das restaurações. As tensões a que as restaurações estão continuamente a ser submetidas devido às forças da mastigação podem provocar desgaste, fissuras e fraturas. Nestes casos quando as restaurações ficam comprometidas deve proceder-se à reparação ou mesmo substituição completa das mesmas.⁴

Na área disciplinar de Dentisteria Operatória realizam-se atos diferenciados em que se realizam restaurações em dentes extensamente destruídos, com recurso a espigões, aros de cobre, bandas ortodônticas, espigões metálicos, carbono e de fibra de vidro. Podemos ainda ter que realizar tratamentos de espera, quando o tecido cariado se apresenta numa longa extensão dentária, recorrendo a proteções pulpares. O branqueamento dentário também se realiza nesta área disciplinar e é tido como procedimento diferenciado, quer se realize branqueamento interno, ou branqueamento externo em consultório, e, ou ainda branqueamento em casa, onde realizam moldes e fazem-se goteiras para o paciente levar. Maioritariamente, realizam-se restaurações de uma face, duas, três ou mais faces, que podem ser realizadas em compósito, amálgama ou uma combinação dos dois.¹⁴ Na área disciplinar de Endodontia são diferenciados os casos que chegam para endodonzar e por qualquer razão não se pode fazer, ou tem que se proceder a cirurgias, como apicectomias.

i. Aulas de Dentisteria Operatória

No total foram realizadas 43 consultas de dentisteria operatória pelo meu trinómio. Fui operadora em 16 consultas, realizei 1 classe II em IRM, tratamento de espera, 1 classe II em amálgama, 11 classe II em compósito, 2 classe III em compósito e 1 Classe V em ionómero de vidro. Fui assistente em 27 atos em que se realizaram 3 classe II em IRM, 4 classe II em amálgama, 18 classe II em compósito e 2 classe III em compósito.

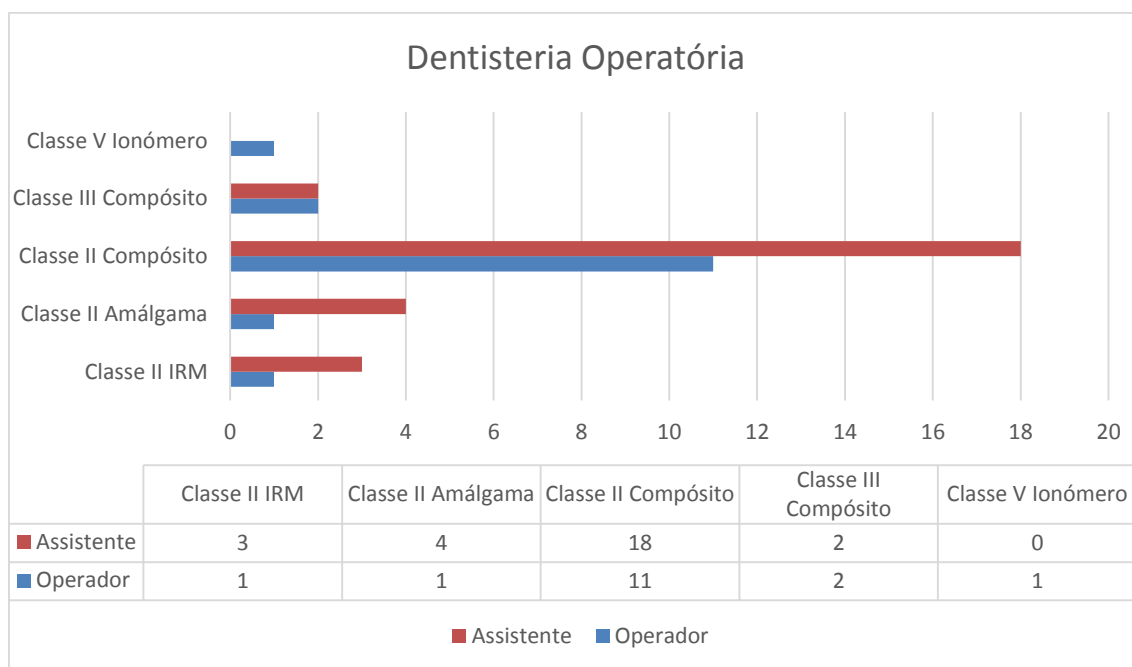


Gráfico 3 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Dentisteria Operatória

c. Endodontia

A palavra endodontia vem do grego e significa dentro (endo) do dente (dontia). Ramo da Medicina Dentária dedicado à patologia da polpa dentária e tecidos que rodeiam as raízes e seu tratamento. A polpa dentária é o órgão que se encontra no interior do dente e é vulgarmente conhecido, embora de forma errada, como “nervo”, os dentes com problemas na polpa dentária eram comumente extraídos.¹ Hoje, graças a todos os avanços científicos e tecnológicos, os tratamentos disponíveis podem, quase sempre, salvar estes dentes, mantendo-lhes a função mastigatória e a estética inalteradas.

Nesta área disciplinar são atendidos pacientes com dentes com patologia pulpar. Normalmente estes doentes são triados nas outras áreas disciplinares e depois reencaminhados para Endodontia. É muito importante avaliar a anatomia do dente, a forma e diâmetro dos canais radiculares, raio e grau de curvatura dos mesmos. (12) É de extrema importância a realização de endodontias, para assim recuperar o máximo de dentes possíveis, pois as patologias pulpares bem tratadas salvam muitos dentes. Não há dúvida que quando um dente é tratado endodonticamente é com o objetivo de durar toda a vida. Não podemos esquecer, no entanto, que um dente sujeito a este tratamento não fica imune a cáries. Deve ter-se em conta que o dente “desvitalizado”, ao perder o conteúdo nervoso do seu interior, deixa de sinalizar as agressões dentárias. Esta área da

Medicina Dentária tem vindo a sofrer profundas alterações. (12) A evolução do instrumental endodôntico tem evoluído significativamente.

i. Aulas de Endodontia

Na área disciplinar de Endodontia foram realizadas 21 consultas durante o 5º ano. Do total das consultas realizei endodontia num dente monocanal em que fui operadora 3 vezes desde a evicção pulpar até à obturação. Fui assistente 6 vezes em dentes monocanales. Fui operadora 4 vezes num dente multicanal e assistente 8 vezes em dentes multicanares.

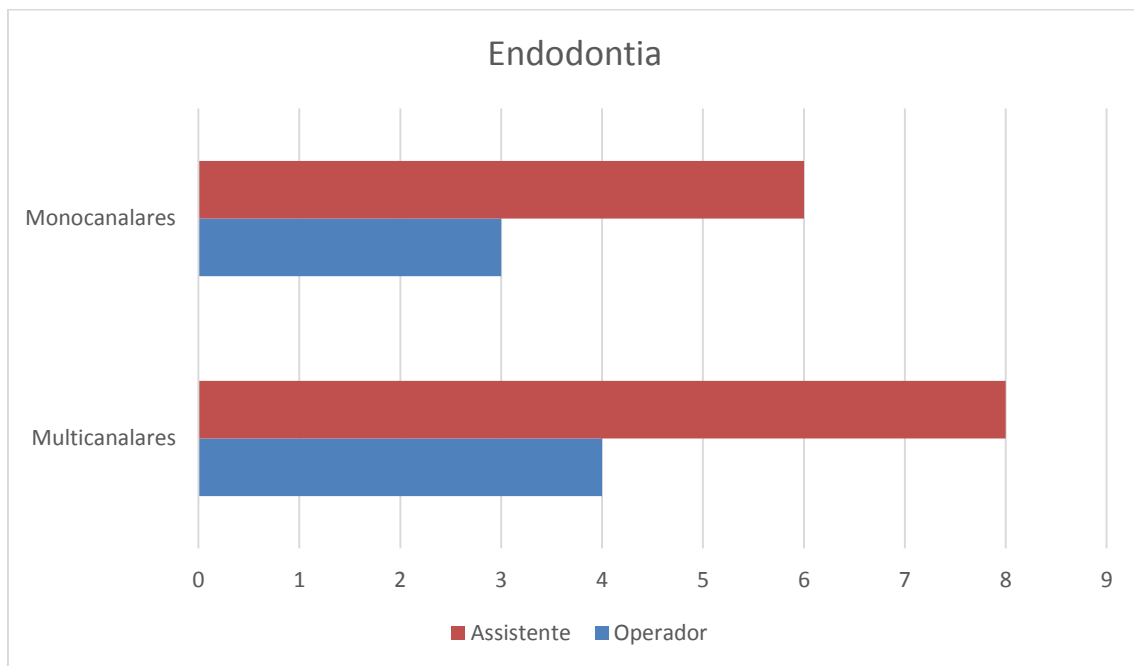


Gráfico 4- Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Endodontia

d. Medicina Oral

Área da Medicina Dentária onde estamos em contato com os pacientes pela primeira vez. Na Clínica Universitária o paciente vem pela 1ª vez e é visto nesta área disciplinar, onde é feita uma Ortopantomografia, para ver toda a estrutura dentária assim como alguma patologia associada às estruturas visíveis da radiografia. Posteriormente é feita uma história clínica bem elaborada do doente. Toda a história do paciente é

preenchida no programa NewSoft usado pela Clínica Universitária, que é composto por vários parâmetros, entre eles o Odontograma, aonde podemos inserir tudo o que diz respeito aos dentes existentes na boca e os dentes que se encontram ausentes, do paciente que nos chegou. Depois de termos todos os dados recolhidos do paciente, podemos fazer um diagnóstico e elaborar um plano de tratamento. Depois de termos um plano de tratamento conciso e de concordância com o paciente reencaminhamo-lo para as diversas áreas da Medicina Dentária. É de salientar que a disciplina de Medicina Oral serve e muito bem, para fazer um rastreio precoce do cancro e de outras patologias da cavidade oral. (6) Na consulta de Medicina Oral faz-se também o rastreio do cancro oral. Como sabemos o cancro oral é o 6º cancro mais comum em todo o mundo. Nesta consulta o médico dentista procede a um exame visual de todas as estruturas orais, lábios, língua, gengivas, palato, freios, bochechas, pavimento da boca, etc, bem como das estruturas anexas à cavidade oral, como por exemplo as glândulas salivares, pescoço, etc. A palpação das estruturas orais e peri-orais é também efetuada para detetar eventuais aumentos de volume e áreas endurecidas. Podem ainda ser solicitados exames complementares de diagnóstico. Sabe-se que a chave para o tratamento do cancro oral é o seu diagnóstico atempado. Quando uma lesão suspeita é observada, aconselha-se o paciente a fazer biopsia da mesma, permitindo a confirmação do diagnóstico e os seus sinais de malignidade.

O médico dentista é um profissional de saúde responsável pelo estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas.

i. Aulas de Medicina Oral

No total foram realizadas 16 consultas de Medicina Oral. Fui operadora em 6 dessas consultas, sendo que foram realizadas 5 consultas de primeira vez e uma consulta de controlo. Fui assistente em 10 consultas todas elas referentes a consultas de primeira vez. O controlo efetuado por mim foi a uma lesão de mordisqueiro que a paciente tinha no lábio inferior.

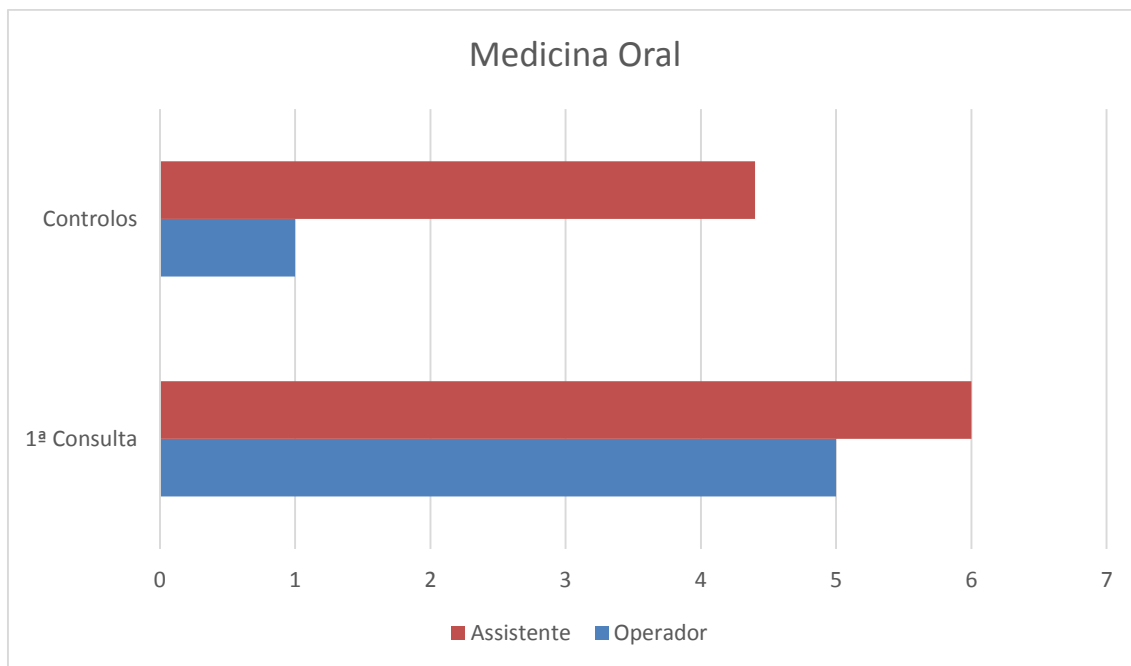


Gráfico 5 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Medicina Oral

e. Oclusão

Área base da Medicina Dentária. Uma área muito importante, pois um doente que tenha uma oclusão estável, tem um bom prognóstico na sua reabilitação oral. Os dentes devem estar todos em oclusão, pois a extrusão de um dente pode trazer vários problemas articulares e a sua reabilitação vai tornar-se muito mais complexa. A má oclusão pode levar a alteração da mastigação, da dicção, da deglutição e vários problemas da articulação tempero-mandibular. Estes problemas podem originar outros que podem vir a diminuir a qualidade de vida do paciente.¹ Os problemas que daí advêm prendem-se com a contratura muscular, baixa mobilidade orofacial, dores de cabeça, dores de pescoço, desgaste dentário, ruídos articulares, como estalidos, limitação da abertura da boca, etc....

i. Aulas de oclusão

No total foram realizados 16 consultas na área de oclusão. Enquanto operadora realizei 4 consultas de primeira vez, 1 consulta de controlo em placas de relaxamento muscular, 2 consultas na confeção de uma placa de relaxamento muscular e 1 consulta

para efetuar rebase numa goteira que se encontrava desadaptada. Como assistente, 4 consultas de primeira vez, 2 consultas de controlo, 2 consultas de confeção de uma goteira.

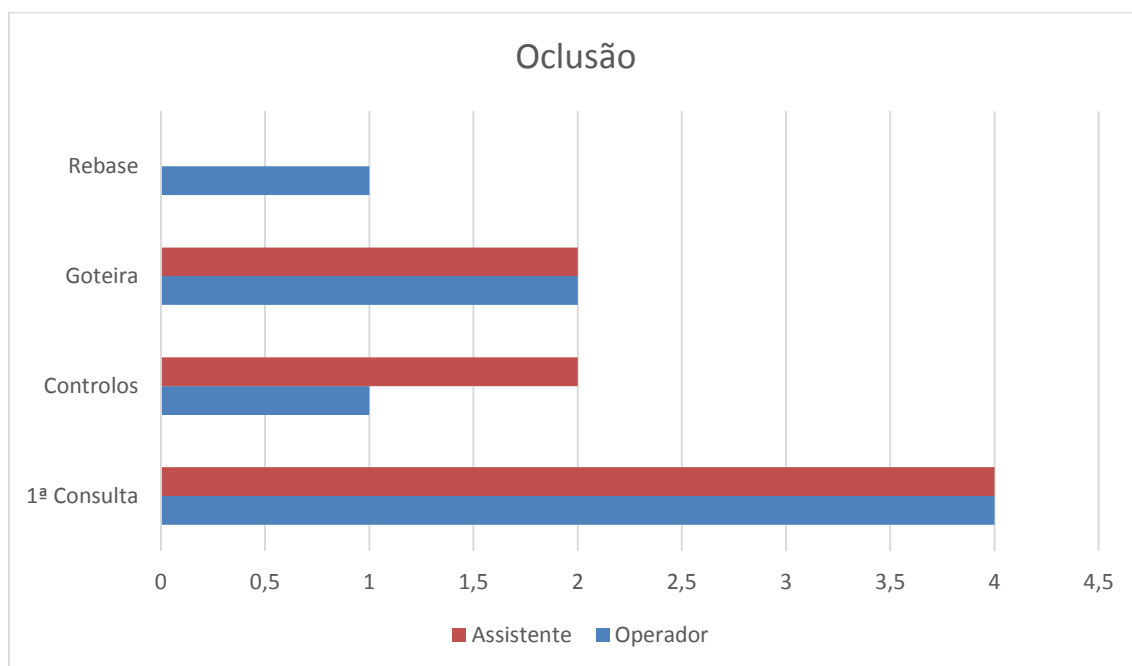


Gráfico 6 - Relação dos atos clínicos como Operador/Assistente na área disciplinar de Oclusão

f. Odontopediatria

Ramo da Medicina Dentária onde se veem crianças dos 0 aos 16 anos. Nesta área disciplinar a avaliação é feita do seguinte modo:

Grau 1 – corresponde a tratamentos fáceis de realizar, tais como selantes de fissuras, restaurações de classe I, exodontias de dentes decíduos que apresentem muita mobilidade;

Grau 2 – corresponde a tratamentos com dificuldade média, tais como restaurações de classes II, exodontias de dentes permanentes, exodontia de dentes decíduos que apresentem raízes longas e finas, restaurações estéticas, exodontia de dentes permanentes, restaurações estéticas.⁶

Grau 3 – corresponde a tratamentos com um grau de dificuldade mais elevado, tais como pulpotomias, pulpectomias e colocação de coroas de aço em dentes extensamente destruídos.⁶

Se nesta área disciplinar forem atendidas crianças não cooperantes, o grau de dificuldade também pode variar nos vários graus de dificuldade, ficando ao critério das docentes fazerem essa mesma avaliação.

Os doentes que devem frequentar esta área disciplinar são todas as crianças que tenham os primeiros dentes temporários (decíduos) erupcionados, até a criança completar 1 ano de vida, de modo a estabelecer um programa preventivo de saúde oral e intercetar hábitos que possam ser prejudiciais.¹A prevenção de lesões de cárie na primeira infância é muito importante. Alertar os pais para não colocar outros líquidos no biberão nem na chupeta a não ser leite ou água é muito importante.

Temos que ter em conta que as crianças não sabem escovar os dentes nos primeiros tempos de vida, então temos de ser nós, os médicos dentistas a alertar os pais para a escovagem dentária antes mesmo da erupção do primeiro dente decíduo. A escovagem dentária não é somente com escova, nesta primeira fase de vida deve realizar-se com uma compressa, dedeira ou mesmo uma escova macia de tamanho adequado à criança.⁶

Temos que orientar muito bem os pais para a prevenção, os selantes são uma forma de prevenção. Se colocarmos um selante num dente hígido que tenha uma zona muito fissurada, este vai prevenir o aparecimento de lesões de cárie dentária. Constitui um recurso eficaz em termos preventivos, não deve ser a sua aplicação uma medida isolada mas antes integrada num programa mais alargado de prevenção. (1)

i. Aulas de Odontopediatria

Nas consultas de Odontopediatria foram tratados 10 pacientes, desempenhei a função de operadora em 4 e de assistente em 6. Os atos clínicos que executei foram 3 dentisterias classe I e 1 ato referente a selantes. Fui assistente em 3 restaurações, 2 selantes e 1 exodontia de dentes decíduos.

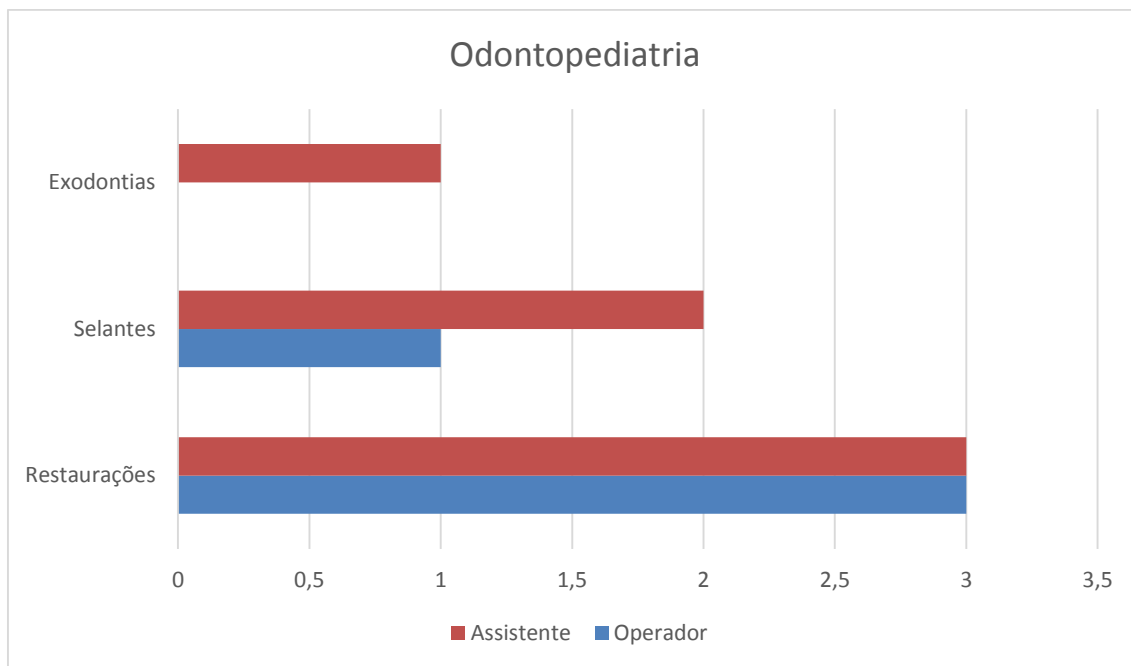


Gráfico 7 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Odontopediatria

g. Ortodontia

Especialidade da medicina dentária que se dedica à prevenção e correção das más posições dos dentes e dos maxilares. Esta especialidade propõe tratamentos para melhorar a estética da face e do sorriso, com o consequente aumento da autoestima. As causas dos problemas ortodônticos podem ser hereditárias, como por exemplo, dentes salientes, que podem ter o pai ou a mãe, ambientais, como chupar no dedo, ou perda precoce de dentes de leite, ou mesmo uma combinação das duas.¹

Propõe o alinhamento dentário, tornando possível uma melhor higiene dentária e diminuição do risco de cáries e problemas nas gengivas. Melhora a função mastigatória, muscular e da articulação dos maxilares com benefícios em termos de saúde e bem-estar geral. Melhora a estética, melhora a fonação e a respiração, e muito importante previne danos na ATM.⁴

A correção dentária é feita por forças leves exercidas pelos aparelhos sobre os dentes, que promovem a transformação do osso que os rodeia.

Na clínica universitária, os tratamentos ortodônticos efetuados têm um âmbito limitado, só intervimos se a criança precisar de aparatologia removível e fazemos avaliações ortodônticas.

i. Aulas de Ortodontia

Nesta área disciplinar foram realizadas 4 consultas, sendo que fui operadora em 2, uma referente a uma primeira consulta e outra a um controlo de aparelho ortodôntico removível. Nas consultas em que fui assistente realizaram-se 2 controlos de aparatologia removível.

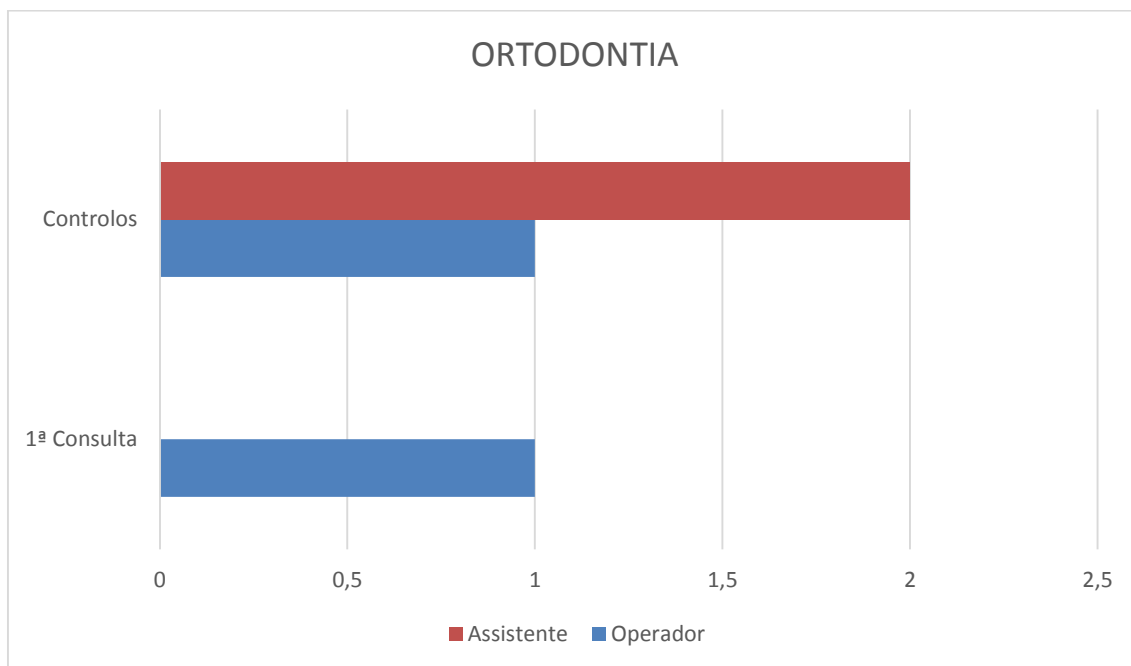


Gráfico 8 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Ortodontia

h. Periodontologia

Ramo da Medicina Dentária dirigida à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças que afetam o periodonto, ou seja, o conjunto de tecidos que incluem para além da gengiva, o osso e o ligamento periodontal.¹ A doença periodontal caracteriza-se pela inflamação dos tecidos que envolvem e suportam os dentes. Para além da gengiva, o osso alveolar e outras estruturas responsáveis por manter os dentes firmemente implantados nos maxilares. As doenças periodontais dividem-se em dois grandes grupos: as gengivites e as periodontites. Nas gengivites há uma inflamação superficial da gengiva, sendo facilmente tratadas, com recuperação total dos tecidos.⁷

Nas periodontites há uma destruição das estruturas mais profundas, com reabsorção do osso, e se não tratadas, podem levar à perda do dente. Geralmente não

causam dores mesmo em casos muito avançados, daí a perda dentária. As causas mais frequentes das doenças periodontais são bactérias. Na nossa boca existem mais de 300 tipos diferentes e muitas delas são potencialmente lesivas para a gengiva. A placa dentária é constituída por bactérias que se acumulam nos dentes, quando as bactérias crescem em número ultrapassando um certo nível, produzem as doenças periodontais.⁷⁸

Para se ter periodontite é necessária a presença de bactérias. No entanto, a gravidade das lesões depende da suscetibilidade individual que é uma característica geneticamente determinada. Tendo em conta que hoje em dia pouco podemos fazer para modificar a predisposição genética, a forma de prevenir e tratar as periodontites é através do controlo da placa bacteriana. O tratamento das doenças periodontais consegue suster o avanço da doença, mas não consegue, na maioria dos casos, curar no sentido de repor os tecidos perdidos. A periodontite é uma doença crónica, pelo que são fundamentais as consultas regulares de manutenção. Caso contrário, a doença volta a reativar-se. Nas formas mais agressivas, como nos casos que aparecem em crianças ou adultos jovens, em fumadores, ou em algumas doenças sistémicas, como a diabetes não controlada, o tratamento pode não resultar no controlo total da doença, mas no seu avanço mais lento.

Quando este tipo de patologias é diagnosticado, importa que o Médico Dentista averigue as causas da mesma, ou seja, interessa procurar possíveis fatores de risco. Assim, o tratamento começa invariavelmente por rever com o paciente a forma mais eficaz e mais ajustada a cada caso para se proceder a uma correta limpeza dentária diária pelo próprio. No que respeita ao tratamento em consultório, eles variam consoante a severidade da doença e podem ir de uma simples Higienização Oral, aos Alisamentos Radiculares, nas situações em que o tártaro se encontra aderido às raízes dos dentes e por debaixo das gengivas.

Em certos casos ainda, quando os tratamentos descritos não são para ganhar acesso ao tártaro suficientes, pode ainda ser necessário recorrer a tratamentos cirúrgicos para ganhar acesso ao tártaro muito profundo e até para regenerar osso que tenha sido perdido.

i. Aulas de Periodontologia

Durante o 5º ano foram realizadas 32 consultas de periodontologia pelo meu trinómio, em 11 tive a função de operadora, e em 21 tive a função de assistente. Na maior parte das consultas realizadas na área de periodontologia, o tratamento que se executou foi uma destartarização. Enquanto operadora atendi 1 paciente com gengivite induzida por placa, enquanto os restantes pacientes foram diagnosticados com periodontite, 3 pacientes com PCA, 2 pacientes com PCL, 3 pacientes com PCM e 2 RAR. Nos 21 atos em que realizei a função de assistente, foram realizadas 17 destartarizações, 3 RAR e uma cirurgia periodontal.

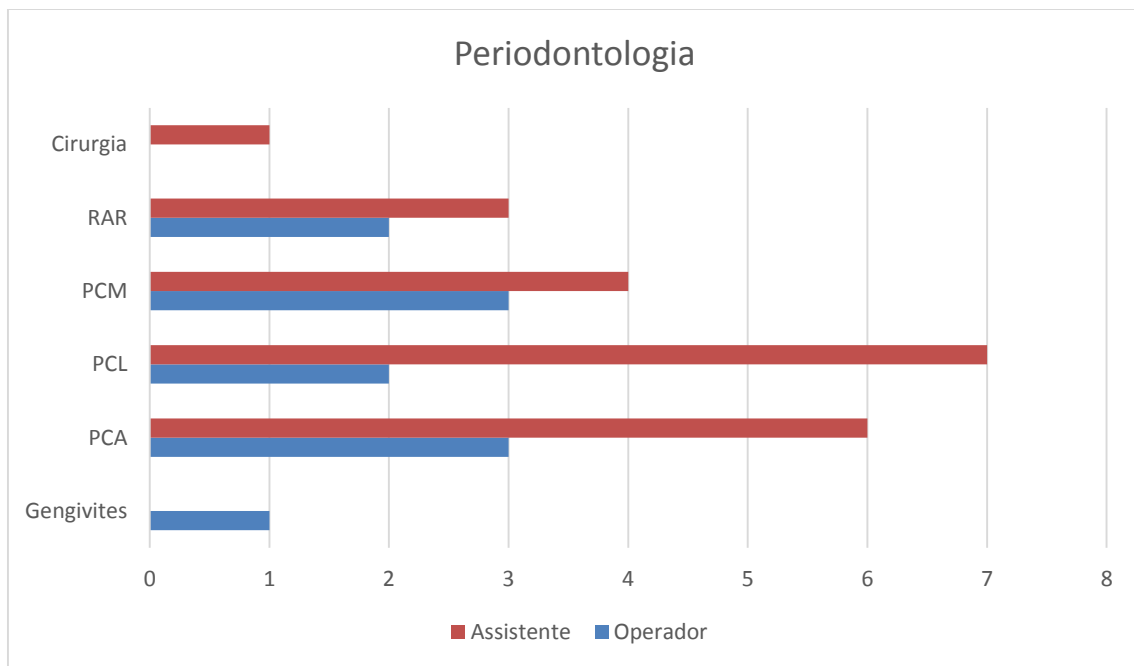


Gráfico 9 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Periodontologia

j. Prostodontia Fixa

Ramo da Medicina Dentária que faz reabilitação parcial ou total da coroa de um dente através de uma prótese fixa que é colocada sobre o dente natural previamente preparado e, ou sobre implantes dentários, não podendo ser removida pelo paciente. ¹Poderá ainda ser utilizada para a substituição de um ou mais dentes perdidos. As próteses fixas podem ser coroas ou pontes e têm como objetivo mimetizar ao máximo a dentição natural do indivíduo. As coroas são aconselhadas nos casos em que é necessário conferir maior resistência e durabilidade a dentes danificados, melhorar a estética, o formato ou o alinhamento dos dentes na arcada dentária. As pontes são aconselhadas para substituir um ou mais dentes ausentes e são uma sequência de coroas todas unidas.⁹⁴

Em Medicina Dentária, surgem, por vezes, casos em que a exodontia de um dente se torna numa primeira opção após uma avaliação minuciosa e criteriosa da peça dentária em questão. Após ter sido tomada esta decisão, deve existir uma solução para que este espaço edêntulo seja preenchido e o doente obtenha novamente a sua função. Esta substituição deve ser realizada com alguma brevidade, dado que, caso tenha um tempo de espera podem acontecer as seguintes situações:

- Extrusão dentária, (supra-oclusão do dente ou do seu antagonista)
- Mesialização/Distalização (Migração)
- Separação dos pontos de contacto
- Impactação alimentar (cárie)
 - Quando há ausência de um único dente;
 - Porque a mastigação ocorre só dum lado;
 - Fase inicial (desvios da mandíbula);
 - Não se dá o uso da parte muscular e óssea
 - Exemplo: se mastiga só do lado esquerdo o côndilo trabalhante é o direito.

Então, para o plano de tratamento temos que escolher um tipo de prótese de forma a reabilitar o espaço. Os dentes ausentes podem ser substituídos por um dos três tipos seguintes de prótese parcial removível (PPR), parcial fixa (PPF) sustentada por dente, ou parcial fixa sustentada por um implante. ⁹

Para a escolha do tratamento temos que ter em conta vários fatores de forma a ponderar bem em relação ao caso apresentado. Um dos fatores é a simplificação, isto é, muitas das vezes, ao analisar um caso conseguimos perceber que o caso é possível de

tratar e muitas vezes é até mesmo aliciante devido à sua complexidade, mas nestes casos o tratamento torna-se mais complicado dado que a simplificação não existe. Então, muitas vezes, torna-se necessário delimitar as possibilidades e chegar a uma simplificação que atenda as necessidades do doente. Nestes casos será sempre o Médico Dentista a decidir e a comandar todo o tratamento, comunicando, sempre que necessário com o laboratório de prótese e estar sempre recetivo a novas sugestões.

O Médico Dentista, opta por uma PPR, porque os espaços edêntulos são superiores a dois dentes posteriores e para espaços anteriores o espaço tem que ser maior que o ocupado por quatro incisivos, ou para espaços que incluam um canino e dois outros dentes contíguos, por exemplo, central, lateral e canino. Quando opta por uma PPF, é utilizado um dente como pilar.

Critérios de seleção de dentes pilares

Quando se opta por um tratamento com PPF, é necessário escolher um dente pilar para suportar essa prótese. Esse dente tem que ser avaliado criteriosamente de forma a responder a certos requisitos exigidos. Este dente é um dente que vai ser sujeito a cargas oclusais maiores que o normal. Alguns autores defendem que o dente tenha que ser vital, embora haja uma certa controvérsia, uma vez que dentes endodoncizados desde que bem obturados podem servir como dentes pilares. (8)

Na avaliação deste dente, um dos pontos a verificar é a sua relação coroa raiz, isto é, este dente para ser ideal no uso de dente pilar terá que ter uma relação coroa raiz de 2:3. Apesar de não ser tão aceitável, ainda se consegue aceitar uma relação 1:1, embora seja aceite apenas quando existem poucas forças oclusais. Esta relação é importante, dado que este dente tem que suportar as forças de mastigação e resistir às forças laterais. Embora esta relação seja um condicionante, Shillingburg diz que não é suficiente para avaliar se o dente será utilizado como pilar ou não, então serão avaliados outros fatores.⁹

Outro dos fatores é a configuração da raiz. A configuração radicular desempenha um papel fundamental em pacientes com comprometimento periodontal. Temos que ter em conta o formato, sendo que raízes com largura vestibulo-lingual maior que a mesio-distal são preferíveis às arredondadas em corte transversal. Muitos estudos, indicam que quanto maior a superfície radicular, maior é a capacidade de suporte.⁹ Nesta configuração é necessário considerar também as curvaturas da raiz, uma vez que quanto menos convergente para apical melhor.

Em relação ao eixo dentário, o dente pilar deve ter o seu eixo o mais perpendicular possível com o plano oclusal pois aumenta a estabilidade, vai diminuir a incidência de problemas periodontais, diminuir a sobrecarga e o trauma. No caso de mais que um pilar deve-se fazer uma maior redução no que tiver menos espessura de esmalte para que haja um bom eixo de inserção.

A área do ligamento periodontal é mais um dos fatores a avaliar para a seleção do dente pilar. Ante, afirma que a área de ligamento periodontal dos dentes ausentes deve ser no mínimo igual à dos dentes pilares (Lei de Ante). Em suma, esta lei vem apenas referir que dentes com periodonto reduzido são incapazes de fornecer condições para servir de pilares.⁹

Por fim, relativamente aos critérios de seleção, temos que avaliar também os fatores biomecânicos. Este é um fator importante, dado que se a prótese a colocar for demasiado extensa, será menos rígida e mais flexível, neste caso o que poderá ocorrer é uma desinserção da prótese ou até mesmo fratura da mesma. Já quando se fala em espessura da prótese, passa-se o inverso do comprimento, ou seja, quanto menor a prótese maior a flexão. Tendo em conta estes dois fatores deduz-se que as pontes extensas (pontes em que a porção teórica de tecido periodontal é semelhante à área periodontal dos dentes pilares) têm algumas dificuldades acrescidas em relação às unitárias.

No caso de a prótese ser anterior, de forma a substituir o setor incisivo, existe um problema, que é o fato de os incisivos servirem como braço de alavanca. Outra solução para casos especiais, é o cantilever. Esta solução é utilizada quando não é possível colocar dois pilares, ficando o pântico suspenso. O uso deste pode ser crítico devido aos braços de alavanca criados. Como só há um pilar ligado ao pântico, normalmente, usa-se um pilar secundário à exceção do incisivo lateral superior, para aguentar com as forças.⁹

Pânticos

O Pântico é um dos elementos da PPF. Muitos autores referem que ele é a razão de ser de uma prótese fixa. Este vai substituir o dente ausente e fica unido, por conectores aos dentes pilares. Por definição, *ipsis verbis*, pântico é o elemento de uma prótese fixa

utilizado de forma a substituir um dente ausente possibilitando o restauro de várias funções.⁹

O desenho do pêntico tem que respeitar os princípios estéticos, funcionais, higiênico, manutenção do tecido saudável e ser confortável para o paciente.¹⁰

Este elemento tem várias funções, entre elas:

- ✓ Restaurar a morfologia do arco;
- ✓ Restaurar o equilíbrio oclusal;
- ✓ Restaurar a efetividade mastigatória;
- ✓ Restaurar a estética;
- ✓ Restaurar a fonética;
- ✓ Devolver suporte à língua, bochecha e lábio.

Hoje em dia fazem-se pênticos de vários materiais, como metal cerâmicos, metálicos, metálicos conjugados com resina ou totalmente cerâmicos. Os totalmente cerâmicos têm vantagem sobre os outros a nível estético. A escolha do material restaurador vai ser importante não só a nível estético, mas também deve ter-se em conta a sua resistência. Logo estes devem ser desenhados de forma a respeitar as forças oclusais e o desenho deve respeitar o fato de quanto maior for a carga oclusal esperada, maior deverá ser a dimensão ocluso-gengival do pêntico.⁹

i. Aulas de Prostodontia Fixa

Nesta área disciplinar foram realizadas 20 consultas de prótese fixa pelo meu trinómio. As consultas por mim realizadas foram: 1 controlo de uma ponte, 1 controlo de uma coroa, 2 consultas em que foi realizada uma coroa, e 3 consultas em que foi realizada uma ponte. Enquanto assistente, realizaram-se 2 controlos de pontes, 2 controlos de coroas unitárias, 3 consultas na realização de uma coroa e 6 consultas na realização de uma ponte.

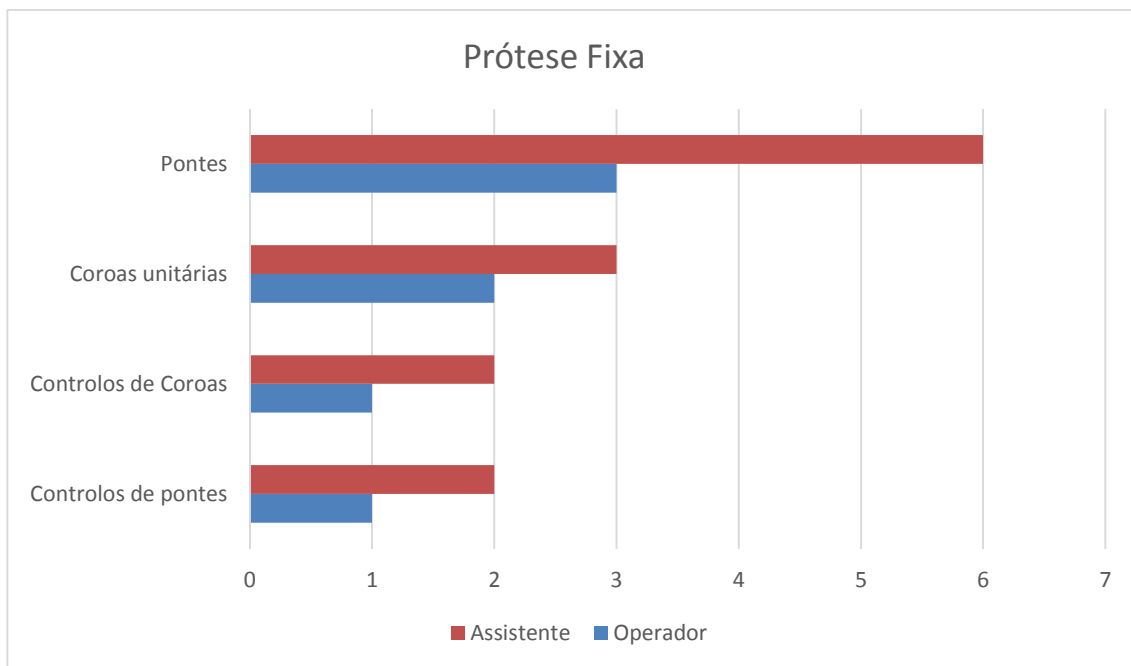


Gráfico 10 - Relação dos atos clínicos Operador/Assistente na área disciplinar de Prótese Fixa

b. Prostodontia Removível

Ramo da Medicina Dentária referente à restauração e manutenção das funções orais, conforto, estética e saúde do paciente pela restauração dos dentes naturais e, ou substituição dos dentes perdidos e tecidos orais e maxilofaciais contíguos com substitutos artificiais.¹ O êxito das próteses depende das estruturas osteomucosas, dentoperiodontais e articulares.

i. Aulas de Prostodontia Removível

Nesta área disciplinar foram realizadas 54 consultas de prótese. Como operadora realizei 1 rebase, 7 consultas para a realização de próteses parciais esqueléticas, 6 consultas para a realização de próteses parciais acrílicas e 3 controlos. Assisti a 1 rebase, 10 consultas de próteses parciais esqueléticas, 18 consultas para a realização de próteses parciais acrílicas e 6 controlos.

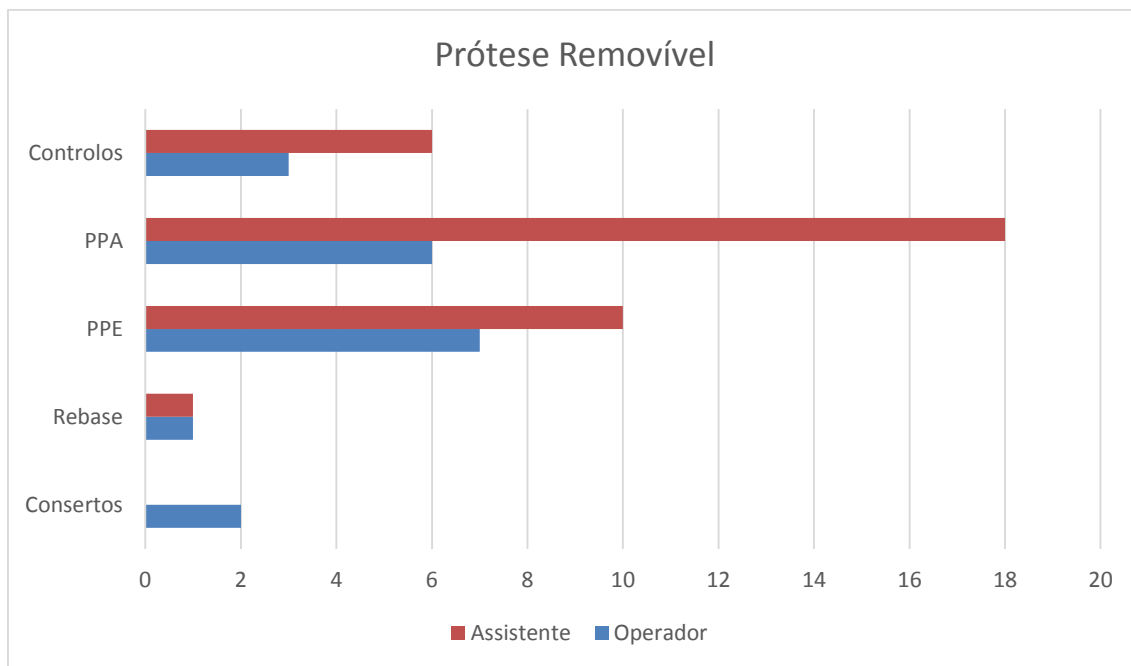


Gráfico 11 - Relação dos atos como Operador/Assistente na área disciplinar de Prótese Removível

c. Implantologia

Apesar de nesta área disciplinar não se atenderem pacientes, temos bastante prática realizada em modelos anatômicos que imitam em perfeita harmonia a mandíbula e a maxila do ser humano. Estas aulas teóricas/práticas transportam-nos para outra área da Medicina Dentária em que podemos ir mais além. Podemos fazer formação/pós-graduação após o término deste longo percurso.

d. Medicina Dentária Forense

Esta área disciplinar, apesar de ser totalmente teórica aborda questões pertinentes nas quais como aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, não estava ao corrente de serem possíveis de realizar. Explica a importância de uma boa história clínica, médica e registo dentário sempre atualizado de forma a procedermos em caso de acidente à identificação positiva do paciente. Estes parâmetros são importantes quando se dão desastres ambientais, acidentes aéreos ou de viação de grandes dimensões em que os corpos se encontram desfigurados e que em muitos casos só são possíveis de identificar através da arcada dentária.

V. CASOS DIFERENCIADOS

V.CASOS DIFERENCIADOS

1. Caso Clínico

M.V.L.S.R., sexo feminino, 71 anos de idade. Relativamente à história clínica, a paciente refere que teve um tumor maligno mamário, realizou mastectomia total esquerda, e durante o tratamento fazia quimioterapia. Referiu que tinha diabetes tipo II, sofre de hipertensão arterial, é portadora de um cateter cardíaco. Encontra-se medicada com Sinvastatina (antidislipidémico), Olsar Plus (anti-hipertensor), insulina e Eutirox (hormona tiroideia sintética). A paciente ainda se encontra a realizar quimioterapia, (5-FU, pode ser tomado no tratamento de muitos tumores cancerígenos comuns, é um agente anticanceroso). Quando um paciente faz este tipo de medicação, tem que se fazer a contagem de leucócitos. Levofolinato de cálcio, é tomado para haver uma desintoxicação provocada por outro tipo de medicamentos tais como 5-FU.

Em termos de antecedentes familiares, existe na família historial de patologia cancerígena e diabética.

A paciente referiu que trincou o lábio e ficou com esta ferida que não desaparecia. A paciente fez o controlo uma semana depois na área de Medicina Oral e a lesão estava completamente cicatrizada.

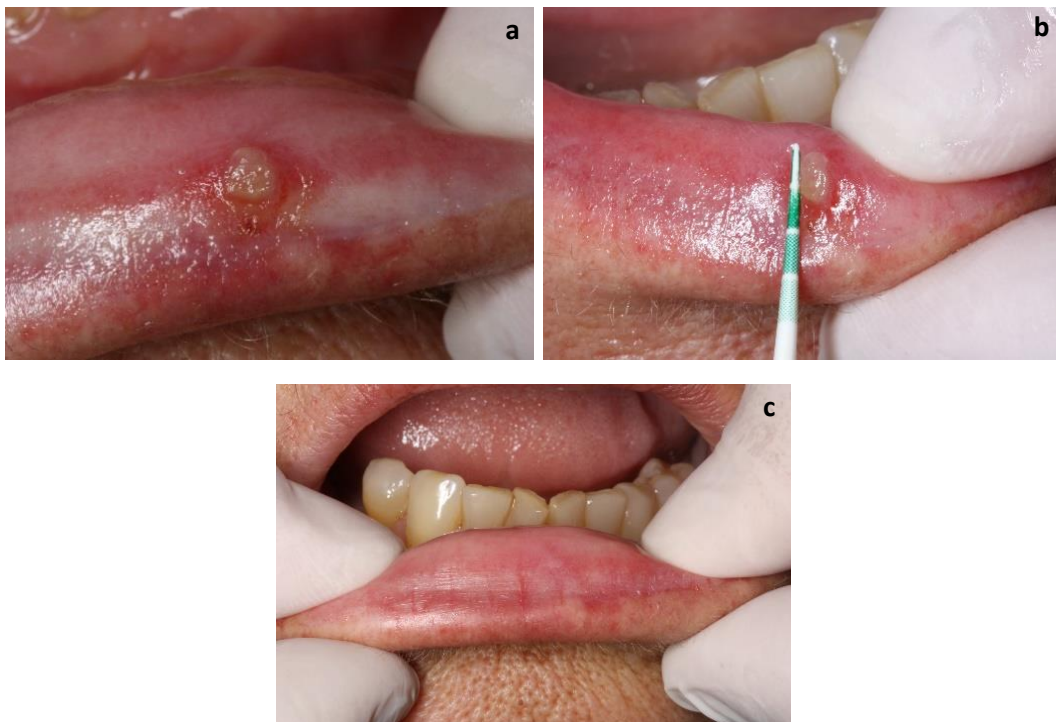


Figura 1- Lesão traumática localizada no lábio inferior (a e b) e avaliação após uma semana (c)

2. Caso Clínico

História Clínica

M.R.C.O., sexo feminino, 19 anos de idade. Relativamente aos antecedentes pessoais, a doente não refere nada de relevante na história clínica. Não toma medicamentos, nem apresenta qualquer tipo de patologias associadas. Não fumadora. Escova os dentes e a língua 2 vezes ao dia, referindo que usa uma escova dura 1 mês. A paciente usou aparatologia fixa para correção ortodôntica.

Diagnóstico

Gengivite Leve Generalizada

Recessões vestibulares, Classe I Miller, nos dentes 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 45, 46 associadas a fissuras de Stillman.

Recessões linguais, Classe I Miller, 31, 41, e 42 associadas a fissuras de Stillman.

Métodos incorretos de escovagem

Hipóteses de Tratamento

- 1- Cirurgia de recobrimento de recessões;⁷¹¹
- 2- Retalho reposicionado coronalmente associado a enxerto de tecido conjuntivo recolhido no palato;¹¹
- 3- Tunelização clássica;¹¹
- 4- Tunelização VISTA ⁷¹¹

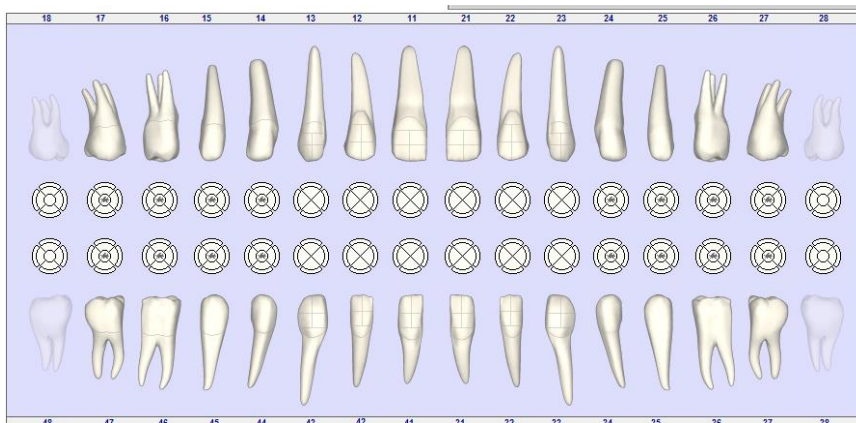


Figura 2- Odontograma

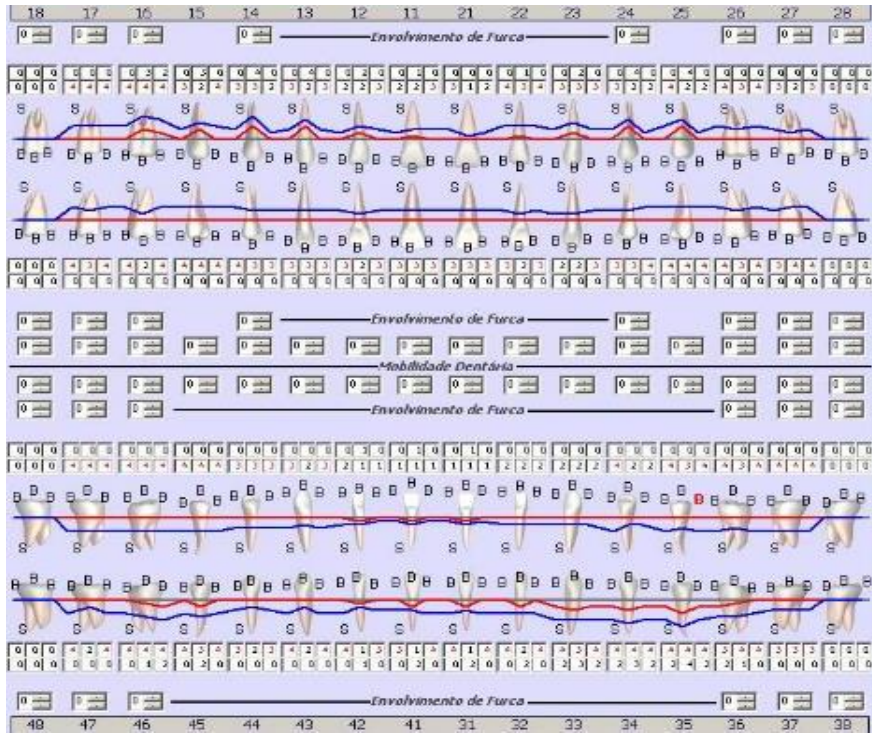


Figura 3 - Periograma



Figura 4 - Ortopantomografia



Figura 5- Fotografias intra-orais iniciais

Na área disciplinar de Periodontologia foi também realizado um ato considerado diferenciado, que consistiu num retalho reposicionado coronalmente com enxerto de tecido conjuntivo. Na consulta onde foi realizada a cirurgia tive como função assistir o Dr. Nuno Bernardo. Esta consulta foi realizada durante as férias de Páscoa, visto que a paciente é estudante e só podia ser no intervalo dos seus exames. A cirurgia consistiu em expor as raízes manualmente para mantermos a sua superfície lisa, fez-se uma incisão intrasulcular de espessura parcial por vestibular dos dentes envolvidos, com extensão horizontal (ao nível da linha amelo-cementária) até ao centro das papilas adjacentes aos defeitos, seguindo duas incisões de descarga divergentes para além da linha mucogengival.¹²¹³ O retalho trapezoidal de espessura parcial então obtido foi elevado sendo colocado o enxerto de tecido conjuntivo ao nível da junção amelo cementaria sobre todo o defeito e leito cirúrgico recetor adjacente ao defeito¹⁴.

A sutura é suspensa, ou seja é ancorada por palatino dos dentes com fio de sutura PGA 5/0 para o fixar ao enxerto. O retalho é posicionado se possível ao nível amelo-cementário ou ligeiramente acima. A sutura é feita com fio não reabsorvível Polipropileno 5/0 do retalho. Sutura colchoeiro e pontos simples nas descargas oblíquas.⁸

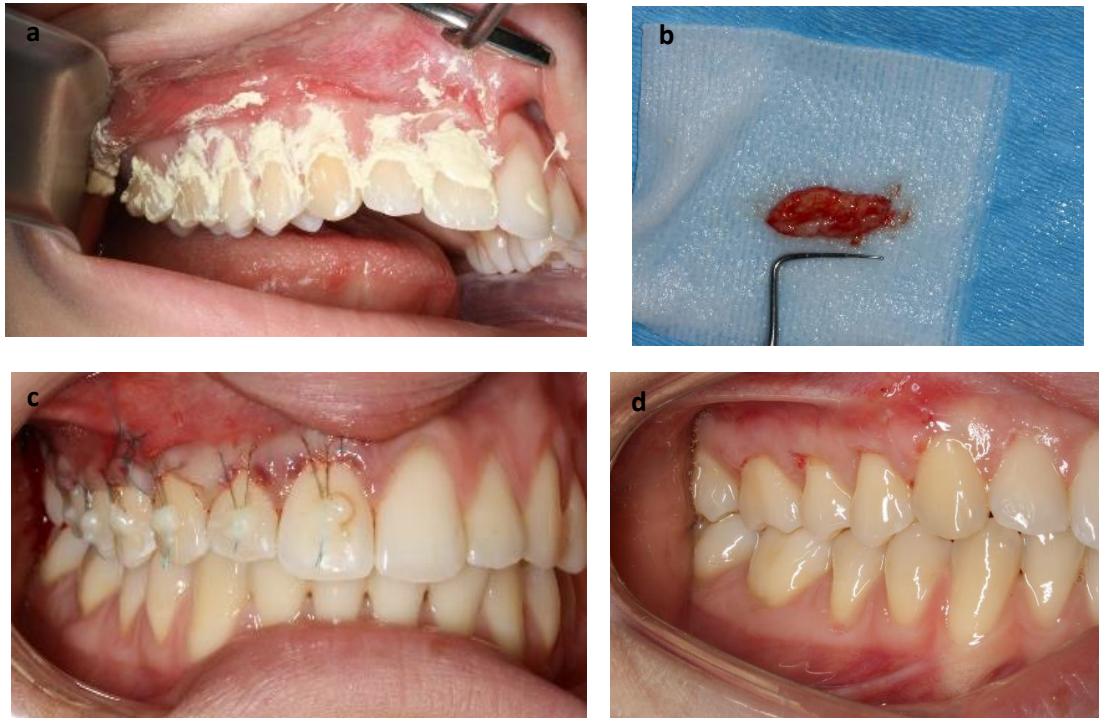


Figura 6- Fotografias da cirurgia

(a. Colocação de tetraciclina; b. Enxerto de conjuntivo; c. Fotografia da sutura suspensa; d. Remoção da sutura após 10 dias)

Material Utilizado

- Carpule e anestubos de lidocaína 3% associada a vasoconstritor 1: 100 000;
- Aspirador saliva e cirúrgico;
- Kit observação (sonda exploradora, sonda periodontal, pinça universitária e espelho);
- Cureta universal McCall;
- Jato de bicarbonato de sódio;
- Tetraciclina;
- Cabo de bisturi e lâmina nº15;
- Cabo de bisturi de microcirurgia e lâminas de microcirurgia;
- Lâmina nº 69 de microcirurgia
- Porta-agulhas e tesoura;
- Pinça de Adson e pinça hemostática curva e reca;
- Compressas;

- Porta-agulhas e agulha para sutura ½ círculo com secção triangular;
- Destaca-periósteo de Molt – Woodson;
- Afastador de Austin, Farabeuf, Minnesota, Prichard;
- Elevador de períosteio Kirkland;
- Fio de sutura PGA 5-0 e Polipropileno 5-0;
- Porta-restos;
- Máquina Fotográfica;
- Bloco de mordida.

3. Caso Clínico

M.L.R.L.L., sexo feminino, 47 anos de idade. Não fumadora. Realiza consultas periódicas no Hospital de Viseu, por problemas de asma e consultas de controlo no I. P.O. de Coimbra nas consultas de oncologia médica por causa de um problema oncológico da tiróide. Faz a seguinte medicação: Bomba para asma (formoterol); Layca; Miflodine Aerius. Não existem outro tipo de patologias associadas.

A paciente chegou à consulta de prótese fixa, com uma Marylande realizada há 13 anos nos Estados Unidos, que se solta com muita frequência. Deu-se a solução de ponte metal cerâmica ou a opção de implante, a senhora optou pela prótese fixa sem cirurgia. A realização de uma prótese fixa na Clínica Universitária, dispõe do seguinte protocolo:

-1ª consulta – recolha de dados do paciente, realização de história clínica, avaliação intra-oral e extra-oral de todos os tecidos adjacentes; tiramos fotografias intra-orais e extra-orais e impressões preliminares para estudo;

- 2ª consulta – preparos e provisórios. É realizado todo o preparo dentário e respetivo provisório do dente a coroar, sendo uma coroa unitária ou uma ponte;

- 3ª consulta – realizam-se impressões definitivas em silicone dos preparos e registo de mordida para os técnicos de laboratório analisarem a oclusão;

- 4ª consulta – procede-se à prova das infra-estruturas;

- 5ª consulta – cimentação do trabalho. Na maioria das vezes só são necessárias 5 consultas, mas às vezes é necessário pedir ao laboratório uma prova em glaze, aí temos uma 6ª consulta.

Esta consulta de glaze é pedida maioritariamente por causa de verificar a oclusão.

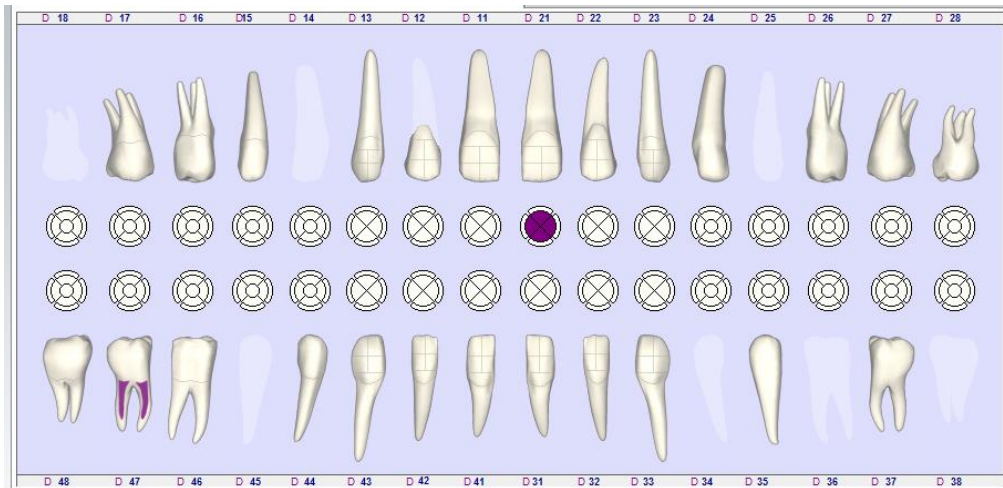


Figura 7- Odontograma do caso clínico 3



Figura 8- Ortopantomografia



Figura 9- Fotografias extra-orais (a. repouso; b. sorriso; c. Lateral direita)



Figura 10 -Fotografias intra-orais iniciais

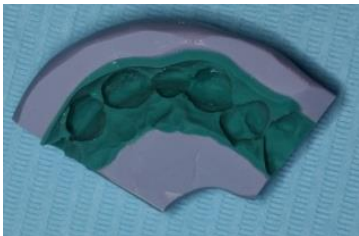


Figura 12 - Chave em para a realização do provisório



Figura 11 - Impressão definitiva em silicone



Figura 13 - Prova de infra-estrutura metálica



Figura 14 - Escolha de cor



Figura 15 - Vista palatina de ponte

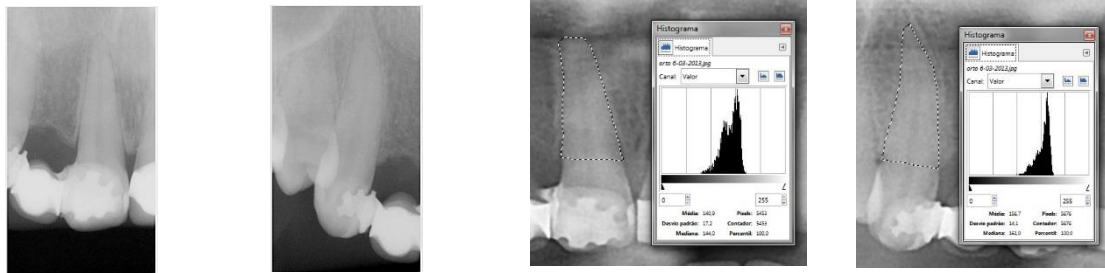


Figura 16 - Ponte metal-cerâmica



Figura 17 - Ponte metal-cerâmica em boca

Análise Radiográfica



Rx apical de dente 11

Rx apical de dente 13

Remanescente do dente 11

Remanescente do dente 13

Figura 18 - Análise radiográfica dos dentes pilares

Estas imagens foram colocadas neste trabalho, porque um colega do meu trinómio fez um estudo com um programa chamado GIMP 2.8, que refere a Lei de Ante.⁹ Este programa permite a obtenção dos seguintes dados:

- Área real de ambos os dentes pilar;
- Área ideal (dente de referência);
- Largura da coroa;
- Largura da área edêntula.

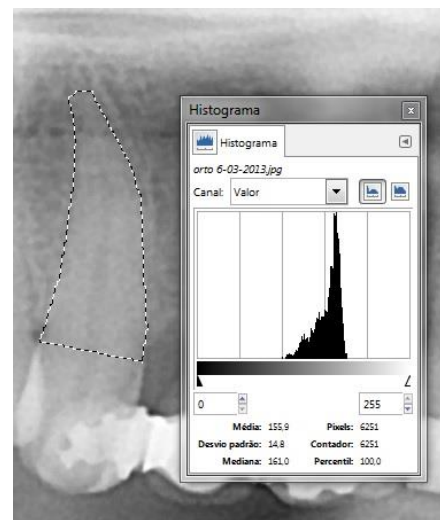
Este programa foi utilizado neste caso de prótese fixa.

Procedimento

Principiou-se pela anestesia do nervo alveolar superior anterior do primeiro quadrante e do nervo nasopalatino, obtida com anestésico com vasoconstritor.

O preparo dentário foi realizado tendo como referência os eixos dentários determinados na matriz de poliuretano, colocada em boca. Na face vestibular, realizou-se um sulco cervical da profundidade do diâmetro da broca, e na face palatina de cerca de metade do seu diâmetro. De seguida, foram realizados sulcos de orientação verticais, com recurso a broca cilíndrica 012, um ao centro da face vestibular e outro ao centro da face palatina de ambos os dentes, tendo o cuidado de transpor o eixo de um para o outro. Realizou-se também, num passo inicial, um sulco de orientação com broca cilíndrica, no centro do bordo incisal do dente 11 e cúspide do dente 13, marcando uma profundidade de cerca de 2 mm. Seguidamente (em paralelo em ambos os dentes), com a broca de redução axial

tronco-cónica 016 realizou-se a redução axial vestibular - desgaste de 1,2 mm (dente 11) e de 0,85 mm (dente 13), e palatina de ambos os dentes - desgaste de 1,2 mm (dente 11) e de 0,85 mm (dente 13), seguidas de redução incisal – desgaste de 2,1 mm (dente 11) e de 2 mm (dente 13). As margens foram definidas subgingivalmente, tanto em vestibular como em palatino, sendo que em vestibular (extensão para além do ponto de contacto) se obteve um ombro radial e em palatino um chanfro. Em primeiro lugar, estava planeada uma margem supragengival por palatino, em ambos os dentes. No entanto, tendo em conta a baixa altura da parede palatina (cerca de 1 mm), estendeu-se a margem para um plano infragengival.⁹



O ideal para o pilar do dente 13.

4. Caso Clínico

O paciente visita regularmente o médico, para controlo da hipertensão arterial e pelo facto de estar a realizar tratamento com metadona (opióide - terapêutica de substituição na dependência de heroína), por ser um ex-toxicodependente. Realizou as últimas análises clínicas no dia 01-05-2013, não tendo sido detetados quaisquer valores anormais. Os mais recentes valores de medição da tensão arterial, medidos a 08/11/2013, resultaram na obtenção dos valores 140/90, faz medicação para a tensão arterial, mas não sabe qual o medicamento (sugerido trazer a medicação). Padece de doenças asmática, não se encontrando medicado para tal. Realizou tratamento para a hepatite C, entre os anos de 2009 e 2010, estando a situação regularizada atualmente. Apresenta historial tabágico,

consumindo cerca de 20 cigarros por dia. No que concerne aos antecedentes médico-familiares o paciente refere patologia diabética.

Relativamente aos antecedentes médico-dentários, o paciente refere hábitos de higiene oral dentária uma vez ao dia sem recurso a fio dentário e até ao momento realizou exodontias e restaurações dentárias.

Exodontia de todas as peças dentárias da arcada maxilar.

Exodontia de todas as peças dentárias mandibulares à excepção do dente 35.

Reabilitação de paciente com PTAS e PP inferior



Figura 19 - Ortopantomografia

Este paciente dirigiu-se à Clínica Universitária para fazer orçamento a pedido da Assistente Social. Foram feitos vários orçamentos, mas a Segurança Social pagava unicamente o que se referia às próteses acrílicas. Optou-se assim por fazer as referidas próteses.

Em Prostodontia Removível existe o seguinte protocolo para a confecção de próteses acrílicas:

Procedimento:

1ª Consulta – Impressões preliminares para estudo e para a realização de moldeiras individuais;

2ª Consulta - Prova de moldeiras individuais em boca, verificou-se a localização dos bordos que possam interferir com a mobilidade dos tecidos moles adjacentes e eliminação das zonas de interferência. Impressões definitivas com as moldeiras individuais. Preenchimento da ficha para o laboratório juntamente com os modelos definitos, para confecção das placas base com ceras de registo.

3ª Consulta - Registo intermaxilar com placas base. Verifica-se se o desenho da placa base da prótese foi respeitada, colocando a base no modelo e examinando. Avaliar a estabilidade e a superfície interna da base; Prova da placa base de acrílico em boca, verificando a estabilidade, bem como a adaptação e posicionamento da mesma em relação às estruturas adjacentes (dentes e mucosa de suporte). Registos efetuados com as placas de registo maxilar e mandibular, verificação da dimensão vertical, limites externos de movimento mandibulares (protusão e lateralidades). Seleção da cor dos dentes recorrendo à escala VITA. Envio de instruções para o laboratório, relativamente a alguma alteração que seja necessária a efetuar na placa base de acrílico e acerca da cor, forma, tamanho, e características específicas e material dos dentes artificiais.

4ª Consulta - Prova de dentes. Avaliar em boca o arranjo dos dentes anteriores, assim como a estética e a fonética, a posição dos dentes posteriores e a oclusão. - Verificar a relação entre os dentes artificiais e os tecidos moles; Avaliar as abas ou flancos quanto à espessura e à extensão (devem corresponder à quantidade de reabsorção ocorrida nessa área, para restaurar o contorno da crista alveolar); Verificar se os bordos anteriores e posteriores são finos o suficiente para que a aba se continue com a mucosa adjacente, evitando a retenção de alimentos e melhorando o conforto do paciente; Verificar se as papilas do dente adjacente aos dentes artificiais são restauradas e a sua posição e contorno da papila e margem gengival em redor dos dentes artificiais estão em harmonia com as do dente natural adjacente; Verificar se os da placa base se estendem até ao fundo do sulco registado no modelo; Verificar se a extensão posterior da prótese termina antes da linha do Ah - no modelo e em boca); Discutir a estética com o paciente e obter a sua aprovação; Indicações para o laboratório.

5ª Consulta:

- Verificar a relação entre os dentes artificiais e os tecidos moles;
- Verificar se os da placa base se estendem até ao fundo do sulco registado no modelo;
- Verificar se a extensão posterior da prótese termina antes da linha do Ah - no modelo e em boca);

- Pesquisar a presença de bordos cortantes, pérolas de acrílico e ângulos afiados na prótese, antes da sua colocação em boca;
- Uma vez colocada em boca, avaliar a adaptação de todos os elementos da prótese;
- Avaliar a oclusão (comentários do paciente, inspeção visual, papel articular);
- Avaliação estética da prótese pelo paciente;
- Instruir o paciente para a correta utilização da prótese.
 - Alertar para problemas que possam surgir (desconforto, dor, fonética);
 - Instruir para a inserção/desinserção da prótese segundo os eixos corretos;
 - Cuidados alimentares;
 - Higiene oral;
 - Higiene da prótese;
- Avaliação intra-oral da adaptação de todos os elementos da prótese (ganchos e base), oclusão e estética.



Figura 20 - Fotografia intra-oral

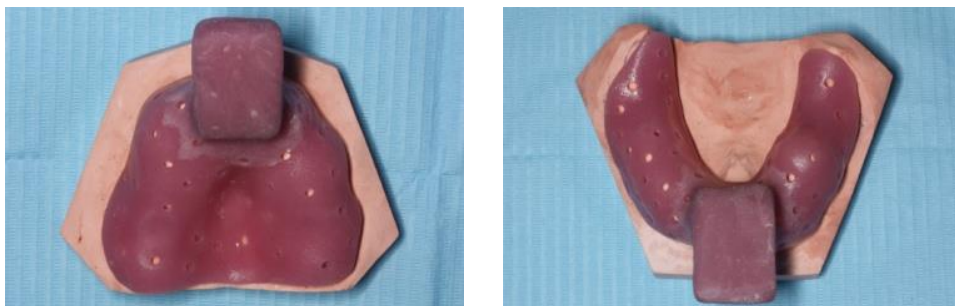


Figura 21 – Moldeiras individuais para impressões definitivas

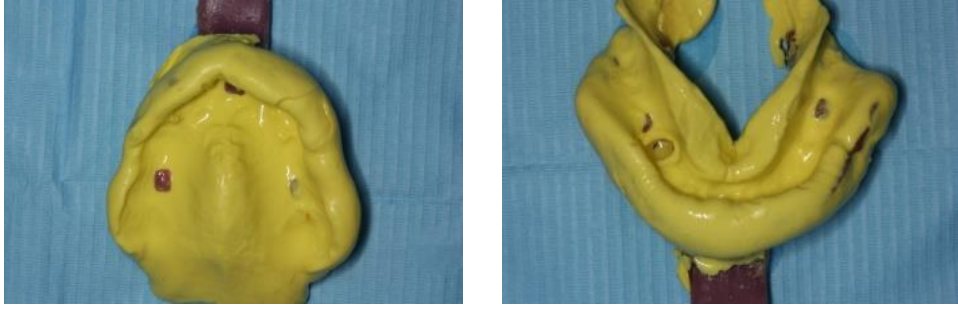


Figura 22 -Impressões definitivas



Figura 23 - Placas para registo maxilo-mandibular



Figura 24 - Próteses acrílicas para reabilitação



Figura 25 - Fotografia em sorriso com o paciente reabilitado

5. Caso Clínico

M.V.L.S.R., sexo feminino, 71 anos de idade. Relativamente à história clínica, a paciente refere que teve um tumor maligno mamário, realizou mastectomia total esquerda, e durante o tratamento fazia quimioterapia. Referiu que tinha diabetes tipo II, sofre de hipertensão arterial, é portadora de um cateter cardíaco. Encontra-se medicada com Sinvastatina (antidislipémico), Olsar Plus (anti-hipertensor), insulina e Eutirox (hormona tiroideia sintética). A paciente ainda se encontra a realizar quimioterapia, (5-FU, Levofolinato de cálcio). Em termos de antecedentes familiares, existe na família historial de patologia cancerígena e diabética.

Relativamente aos antecedentes médico-dentários, a paciente refere hábitos de higiene oral duas vezes ao dia, sem recurso a fio dentário, e até ao momento realizou exodontias e restaurações. Não refere historial de uso de prótese removível.

Dentes ausentes: 18,16,14, 25, 26, 28, 38, 37, 36.

Restaurações: 17 (ocluso-mesial), 23 (ocluso-distal), 27 (ocluso-distal), 35 (ocluso-mesial), 34 (ocluso-distal) e 44 (ocluso-distal).

Neste caso foram dadas as várias opções de tratamento, quer próteses parciais acrílicas, quer próteses parciais esqueléticas. A paciente optou por próteses esqueléticas. Este caso clínico relata a confecção de próteses esqueléticas, desde a 1ª consulta até à sua colocação.

Procedimento

1ª Consulta

Revisão da História Médica, Dentária e Protética;

Exame intra e extra-oral (exame clínico e realização de fotografias intra e extra-orais);

Avaliação dos possíveis dentes pilares de prótese (sondagem e raio-x periapical);

Impressões preliminares (Realização de modelos preliminares em gesso para estudo).

2ª Consulta

Preparação pré-protética e impressões definitivas com moldeira individual

Preparação de nichos nos dentes 13 (cingular), 15 (mesial e distal), 17 (mesial), 24 (distal), 27 (mesial), 35 (mesial) e 44 (mesial) e planos guia nos dentes 13 (mesial), 15 (mesial), 17 (mesial), 27 (mesial), 35 (distal) e 44 (distal);

Impressões definitivas + desinfecção;

Aplicação de verniz de flúor;

Vazamento das impressões definitivas a gesso;

Preenchimento da ficha laboratorial e envio para laboratório juntamente com os modelos definitivos, para confecção do esqueleto da prótese.

3ª Consulta

Prova de esqueleto com registo inter-maxilar.

Exame do esqueleto e da placa base no modelo:

- ✓ Verificar se o desenho foi respeitado e se todos os componentes asseguram a correta adaptação, dimensão e posição;
- ✓ Avaliar a estabilidade sob pressão digital.

Inspeção da superfície interna do conector maior do esqueleto e da superfície interna da placa base;

Prova do esqueleto e da placa base na boca:

- ✓ Verificar o correto assentamento;
- ✓ No caso de interferências, utilizar o detetor de pressão;
- ✓ Avaliar a estabilidade, a adaptação e o posicionamento de todos os componentes;
- ✓ Avaliar a estabilidade, adaptação e posicionamento da placa base em relação às estruturas adjacentes (mucosa e dentes adjacentes).

Reproduzir o registo intermaxilar com as placas de cera de registo

- ✓ Placa de registo maxilar: suporte labial; tamanho e posição dos dentes artificiais (incisivos centrais superiores); linha média; linha de caninos; linha do sorriso (linha dos colos dos dentes anteriores); linha de repouso; posição e orientação do plano oclusal (plano de Fox);
- ✓ Registos efetuados com as placas de registo maxilar e mandibular: dimensão vertical de oclusão; limites externos de movimento mandibulares (protrusão e lateralidades).

Seleção da cor dos dentes recorrendo à escala Vita, de preferência sob luz natural, assim como da sua forma, tamanho e características específicas;

Envio de instruções para o laboratório, relativamente a alguma alteração que seja necessário na placa base de acrílico e acerca da cor, forma, tamanho, características específicas e material dos dentes artificiais.

4ª Consulta

- ✓ Prova de dentes em boca verificar:
 - Posição dentes posteriores;
 - Oclusão;
- ✓ Após Consulta:
 - Instruções para o laboratório para a acrilização.

5ª Consulta

- ✓ Inserção/Colocação da prótese;
- ✓ Avaliação da adaptação de todos os elementos e da oclusão;
- ✓ Instruções ao paciente do uso e manutenção da prótese (oral ou por escrito).

6ª Consulta

- ✓ Inserção/Colocação da prótese;
- ✓ Avaliação da adaptação de todos os elementos e da oclusão;
- ✓ Instruções ao paciente do uso e manutenção da prótese (oral ou por escrito).



Figura 26 - Ortopantomografia



Figura 27 -Impressões definitivas

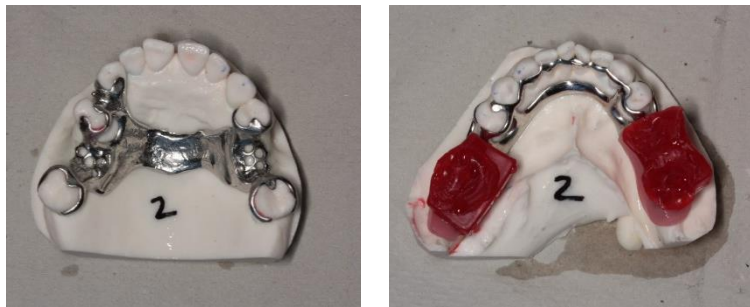


Figura 28- Esqueleto para prótese



Figura 29 - Seleção da cor



Figura 30 - Fotografias intra-orais com prótese esquelética

VI. DISCUSSÃO

VI.DISSCUSSÃO

Durante o 5º ano do Mestrado integrado em Medicina Dentária, senti que a prática clínica foi pouca, visto que o meu ano tinha um excesso de discentes, o que fez com que tivéssemos um número mais baixo de consultas. Bem, no caso do meu trinómio não foi muito difícil, pois sendo eu do Distrito de Viseu, tenho muito mais facilidade em arranjar pacientes do que os colegas que eram, maioritariamente, de longe.

Todas as áreas dependem umas das outras, por isso é muito normal acontecer que os pacientes passem de uma área para a outra e assim consecutivamente.

Primariamente, os doentes chegam à clínica e são todos reencaminhados para a área de Medicina oral, aqui são sujeitos a um exame radiográfico, onde podemos verificar as arcadas dentárias e os tecidos duros adjacentes. A história clínica é feita nesta área disciplinar com todo o rigor exigido. Nesta área disciplinar ficamos a saber minuciosamente que doenças sistémicas o/a paciente padece e se o mesmo tem problemas na cavidade oral, bem como permitir saber que cuidados devem ser tidos em consideração caso o doente esteja medicado, antes e após e durante os procedimentos realizados pelo médico dentista.

Depois de todos os dados recolhidos, elabora-se um plano de tratamento individualizado, de acordo com as necessidades de cada paciente. O primeiro problema a resolver é sempre o que levou o paciente a uma consulta de medicina dentária, no entanto é primordial realizar todos os procedimentos de urgência.

Normalmente, os pacientes que se dirigem ao dentista é para a realização de uma consulta de rotina, não referindo dor, nem apresentando problemas que sejam mais urgentes de resolver, por isso são reencaminhados para a consulta de Periodontologia, para a realização da fase higiénica (destartarização) e para realizar um controlo pormenorizado de todos os dentes.

Na área disciplinar de Periodontologia tratam-se pacientes reencaminhados da área de medicina oral, mas tratam-se muitos pacientes que já se dirigem à Clínica Universitária para a fase higiénica e que andam em controlo periodontal. Nesta área disciplinar realizam várias cirurgias periodontais para melhorar a estética ou mesmo o prognóstico dos dentes afetados pela doença periodontal.

Depois dos pacientes passarem por estas duas áreas disciplinares, são reencaminhados para as restantes áreas de acordo com as necessidades.

Se existirem dentes cariados, estes são reencaminhados para a área disciplinar de Dentisteria operatória, ou mesmo para Endodontia, quando os dentes apresentam alguma patologia pulpar. Na presença de espaços edêntulos na cavidade oral do paciente e, este tenha vontade de reabilitar, podemos reencaminhar para Prostodontia fixa ou removível. Tenho pena que a área disciplinar de Odontopediatria não tenha mais pacientes, pois as crianças são pacientes muito especiais. Ainda existe aquela relação sustentada muitas vezes pelos pais, que o dentista faz doer e incutem nas crianças esse sentimento. Duas áreas disciplinares onde não faltam pacientes é em Prostodontia Removível e Dentisteria Operatória. A área de Endodontia neste momento e claro está, no meu parecer, é das áreas mais organizadas em termos de mínimos. Mesmo sendo um ano com 60 alunos, todos fizeram Endodontias em dentes de pacientes.

Tenho de salientar a disciplina de Oclusão, é a área que tem menos pacientes, também isso, um pouco devido à consciencialização dos pacientes para essa problemática. Todos sabemos que a Oclusão é o “pilar” da Medicina Dentária, mas nesta região em que os nossos pacientes são maioritariamente de classe média e classe média baixa, os pacientes não se encontram sensibilizados para esta problemática. Por último a área de Ortodontia, aonde só podemos realizar consultas de controlo de aparatologia removível e realizar cefalometrias, visto que aqui também os pacientes são escassos. Nesta área disciplinar não podemos tratar pacientes com idade superior a 14 anos, ou que necessitem de aparatologia fixa, visto que não é possível a sua realização pelos discentes.

Por fim e em meio de conclusão, penso que os objetivos de cada área disciplinar foram na sua maioria cumpridos, permitindo consolidar conhecimentos.

VII. CONCLUSÃO

VII.CONCLUSÃO

Pretende-se salientar com este relatório de estágio as diversas atividades realizadas pelo meu trinómio, reunindo assim um conjunto de fatores que me levaram a finalizar com alguma prática a minha atividade clínica enquanto aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, CRB. Uma vez que a prática clínica constitui a última etapa de formação pré-graduada e como discentes que entramos num ciclo clínico independentemente do futuro como médico dentista é importante no fim do curso e após um período de prática tutelada o aperfeiçoamento de conhecimentos, atitudes, aptidões na abordagem semiológica, diagnóstica e terapêutica assim como o desenvolvimento de uma capacidade crítica no desempenho clínico diário fundamentais à formação académica e experiência clínica. Sendo este relatório um trabalho de continuidade, o objetivo central passa por analisar as diferenças entre os pacientes e as várias áreas disciplinares, de modo a compreender quais as diferenças nos diversos parâmetros que podem estar ligados a cada um deles. Ser capaz de comunicar com os pacientes dos diferentes grupos etários, e mesmo com os seus familiares adequando-se aos vários contextos sociais e étnicos. Estar habilitada a decidir qual o tratamento mais correto para os pacientes. Saber decidir com critério sobre os exames a fazer para obter melhor diagnóstico. Ter sempre nas minhas atitudes referências de comportamento ético.

Este trabalho permitiu-me perceber o muito que ainda tenho de percorrer para cimentar conhecimentos, aperfeiçoar técnicas, melhorar aptidões que não foi possível fazer neste último ano de prática clínica. O término de um caminho foi atingido, mas outros se apresentam para complementar o estudo feito durante o Mestrado Integrado.

Foi objetivo primordial deste estágio abordar uma dimensão clínica que ao longo do meu percurso académico não tive oportunidade de constatar: a medicina dentária. A aquisição de conhecimentos sobre patologias e terapêuticas nesta área podendo ser entendidas de uma forma simplista e sistemática através da vinculação de ensinamentos teóricos com a prática que experimentei nas diferentes áreas no âmbito da Medicina Dentário pelas quais passei. A limitação de conhecimentos teóricos e práticos aliados à duração do estágio e ao número de alunos que tem sido em binómios e que no nosso ano

foi em trinómios a prática clínica tornou-se pouca visto que trabalhámos de três em três semanas nas diversas áreas disciplinares.

O estágio foi realizado com objetivos previamente definidos por um lado o atendimento dos vários pacientes na sua maioria adultos o que me fez visualizar a melhor forma de o fazer e de facilitar a minha prática clínica aquando da finalização do meu curso. Aprendendo assim normas e conduta clínica que são necessários no decorrer de todas as profissões e imprescindíveis à formação básica: ainda assim com alguma dificuldade visto que o numero de discentes é um pouco excessivo. O tempo para a prática clínica feita por um discente devia ser superior aquele usado por nós pois favorecia a rentabilidade da nossa prática para um futuro bastante mais promissor no que concerne à experiência das várias atividades realizadas na clínica. Tendo este ano ser um pouco maior do que os anos transatos ficamos com menos atos clínicos que por nós deveriam ser realizados o que nos pode prejudicar num futuro.

Hoje em dia dispomos de muitos meios avançados que nos dão um respaldo em casos mais complexos, no entanto é fundamental um conhecimento mais profundo para reabilitar pacientes. O diagnóstico correto é primordial, depois necessitamos de um plano de tratamento que permita traçar um plano cronológico sustentável e sem surpresas, determinando o sucesso do tratamento.¹

VIII. BIBLIOGRAFIA

VIII.BIBLIOGRAFIA

1. Ordem Médicos Dentistas. No Title. Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas: Capítulo I-Disposições gerais. 2011.
2. Neville BW. Oral and maxillofacial pathology. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier; 2009.
3. Peterson , LJ. Contemporary oral and maxillofacial surgery. St. Louis: Mosby; 1998.
4. Chang CA Beck FM, Springer NC, Firestone AR, Rosenstiel S, Christensen JC, FHWJ. Smile esthetics from patients' perspectives for faces of varying attractiveness. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011;140(4):171–80.
5. Geiger S, Paikin L, Gorfil C, Gordon M. Fracture resistance of endodontically treated teeth restored with combined composite-amalgam restorations. [Internet]. Quintessence international (Berlin, Germany : 1985). 2008. p. e58–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18560642>
6. Pinkham JR. Pediatric dentistry : infancy through adolescence. St. Louis, Mo.: Elsevier Saunders; 2005.
7. Carranza Newman, Michael G., Takei, Henry H., Klokkevold, Perry R., FA. Carranza's clinical periodontology. St. Louis, Mo.: Saunders Elsevier; 2006.
8. Sato N. Periodontal surgery : a clinical atlas. Chicago: Quintessence Pub. Co.; 2000.
9. Shillingburg HT. Fundamentals of fixed prosthodontics. Chicago: Quintessence Pub. Co.; 1997.
10. Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, et al. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures: a publication of the American College of Prosthodontists. J Prosthodont [Internet]. 2011 Mar [cited 2014 Aug 29];20 Suppl 1:S1–S12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324026>
11. Lorenzana ER, Allen EP. The single-incision palatal harvest technique: a strategy for esthetics and patient comfort. Int J Periodontics Restorative Dent [Internet]. 2000 Jun;20(3):297–305. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11203571>
12. Da Silva RC, Joly JC, de Lima AFM, Tatakis DN. Root coverage using the coronally positioned flap with or without a subepithelial connective tissue graft. J Periodontol [Internet]. 2004 Mar;75(3):413–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16623180>
13. Aroca S, Molnár B, Windisch P, Gera I, Salvi GE, Nikolidakis D, et al. Treatment of multiple adjacent Miller class I and II gingival recessions with a Modified Coronally Advanced Tunnel (MCAT) technique and a collagen matrix or palatal connective tissue graft: a randomized, controlled clinical trial. J Clin Periodontol [Internet]. 2013 Jul [cited

2014 Sep 3];40(7):713–20. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23627374>

14. Bhusari P, Agrawal N, Upadhyay S, Verma S, Jain A, Jaroli S. Classification & prevalence of dental surface defects in areas of gingival recession- a clinical study. [Internet]. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR. 2014. p. ZF01–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25177665>

IX. ANEXOS

IX. ANEXOS

Os anexos são referentes: ficha individual do paciente, odontograma pediátrico e dentição definitiva e periograma.



FICHA INDIVIDUAL PACIENTE

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Freguesia: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Bilhete Identidade n.º: _____ N.º Contribuinte: _____

Convenção: _____ Cartão de Utente n.º: _____

N.º de Beneficiário: _____

Centro de Saúde de: _____

Médico de Família: _____

Queixa Principal: _____

Anda a tomar medicamentos? Sim Não Quais? _____

Data do último tratamento dentário: ____/____/____

Está Grávida? Sim Não Data prevista: ____/____/____

Informações adicionais: _____

Como está o seu estado de saúde?

Bom

Médio

Mau

- ♦ Sofre do Coração (doença cardio-vascular)? Sim Não
- ♦ Tem tensão alta (tensão arterial alta)? Sim Não
- ♦ Tem doenças de sangue (anemia, hemofilia, etc)? Sim Não
- ♦ Tem diabetes? Sim Não
- ♦ Sofre dos rins (doenças renais)? Sim Não
- ♦ Tem epilepsia? Sim Não
- ♦ Sofre do fígado (hepatite, cirrose)? Sim Não
- ♦ Sofre de SIDA? Sim Não
- ♦ Já fez algum implante(s)? Sim Não
- ♦ Sofre de alguma doença do sistema imunitário? Sim Não
- ♦ Sofre de alguma doença reumática? Sim Não
- ♦ Sofre de asma? Sim Não
- ♦ Faz Radioterapia da cabeça e/ou pescoço? Sim Não
- ♦ Faz Quimioterapia? Sim Não
- ♦ Sofre de alguma doença mental? Sim Não
- ♦ Tem algum problema alimentar? Sim Não
- ♦ Fuma (hábitos tabágicos)? Sim Não
- ♦ Outros problemas de saúde? Sim/ Não Quais? _____

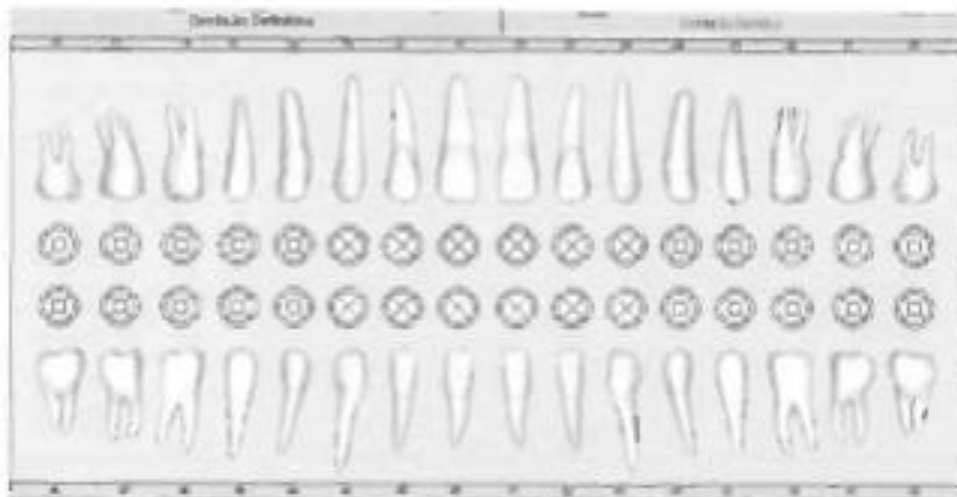
Alergias:

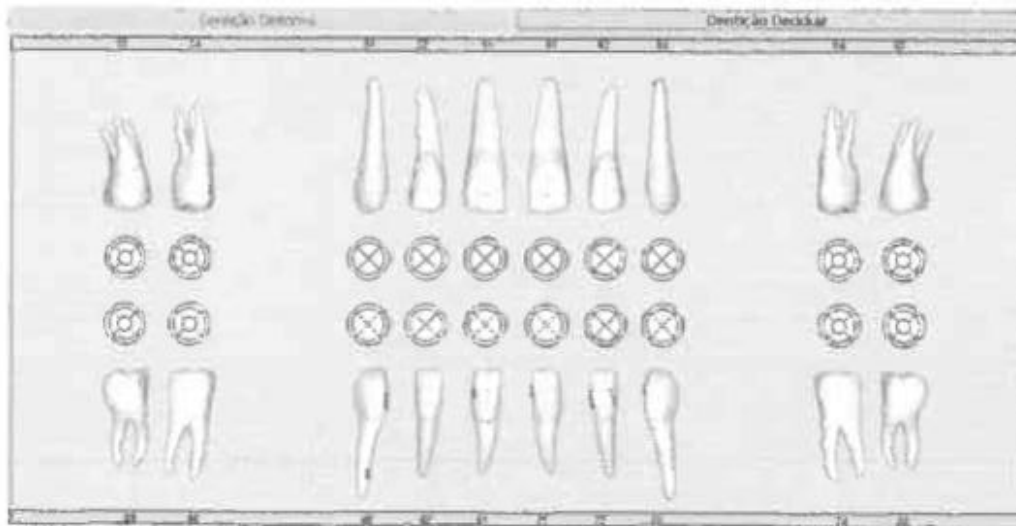
- ♦ Penicilina? Sim Não
- ♦ Anestésia local? Sim Não
- ♦ Pólen? Sim Não
- ♦ Alguns alimentos? Sim Não
- ♦ Metais (Níquel, etc)? Sim Não
- ♦ Látex? Sim Não
- ♦ Outras? Sim Não Quais? _____

Estado Bucal:

- ♦ Tem vícios de ranger e/ou esfregar os dentes, roer as unhas, etc? Sim Não
- ♦ Sente tensão ou dores de cabeça frequentes? Sim Não
- ♦ Sente estalidos, dores ao abrir e fechar a boca (Problemas de ATM)? Sim Não
- ♦ As gengivas sangram com frequência? Sim Não
- ♦ Tem problemas respiratórios? Sim Não
- ♦ Tem alteração de sensibilidade? Sim Não
- ♦ Respira com maior regularidade pela boca? Sim Não
- ♦ Sente a boca seca? Sim Não
- ♦ Tem medo do tratamento dentário? Sim Não
- ♦ Complicações após o tratamento dentários (hemorragia, infecções, etc)? Sim Não

O Paciente _____





The screenshot displays a panoramic radiograph with a detailed analysis panel on the right. The analysis panel includes the following sections:

- Análise de Placa:** A grid of 48 teeth, numbered 14 to 11 (top row), 24 to 21 (second row), 34 to 31 (third row), and 44 to 41 (bottom row). Each tooth position is marked with a circular icon containing a cross, indicating plaque analysis results.
- Análise de Sangramento:** A section for analyzing bleeding, with a grid of 48 teeth and a corresponding grid of circular icons.
- RSA:** A section for Root Surface Area (RSA) analysis, with a grid of 48 teeth and a corresponding grid of circular icons.
- Other Analysis Options:**
 - Margens da coroa de dentes
 - Profundidade de bolso
 - Mola afilada da raiz de dentes
 - Abscesso
 - Sangramento
 - Superfície
 - CIP em 2D

