



Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

**Diferentes opções terapêuticas no paciente bruxómano adulto**

Autor:

Mónica Juliana Sousa Teixeira

Orientador:

Tiago Araújo

2019

## Declaração de Integridade

Eu, **Mónica Juliana Sousa Teixeira**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório Final de Estágio intitulado: **"Diferentes opções terapêuticas no paciente bruxómano adulto"**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação de fonte bibliográfica.

A aluna,

---

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador : Tiago Araújo

## Aceitação do Orientador

Eu, Tiago Araújo, com a categoria de profissional Monitor Clínico do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, como orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “ **Diferentes opções terapêuticas no paciente bruxómano adulto**”, da aluna do mestrado Integrado em Medicina Dentária, Mónica Juliana Sousa Teixeira, e declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção de grau de mestre em Medicina Dentária.

Gandra, junho 2019

O Orientador,

---

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha mãe, sem dúvida o meu pilar, sem ela nada disto seria possível. Por todo o amor, esforço, carinho e educação que me proporcionou e me fazem estar-lhe eternamente grata. Espero um dia conseguir ser uma mulher fantástica tal como ela é.

A toda a minha família, quero agradecer, por me acompanharem e apoiarem sempre.

Ao meu namorado, Hugo, por todo o amor, incentivo e apoio incondicional. Pelas constantes palavras de motivação que tanto me ajudaram e pela sua presença em todos os momentos.

À minha binómia, Inês, por toda a cumplicidade e entreaajuda durante esta longa caminhada de 5 anos e pela conservação de uma amizade 12 anos.

A todos os meus amigos, que me acompanharam na universidade ou fora dela, por toda a força e incentivo que me deram e por todos os momentos memoráveis que passamos que jamais serão esquecidos.

Ao meu orientador, por toda a ajuda e disponibilidade na execução deste relatório de estágio.

Por último, quero agradecer ao Instituto Universitário de Ciências da Saúde e a toda a equipa que nele consta, desde professores a funcionários, por toda a transmissão de conhecimentos e experiência que será necessária para o sucesso do meu futuro.

## Resumo

O bruxismo é uma desordem caracterizada por um aperto ou deslizamento das peças dentárias sobre elas mesmas, devido a uma atividade repetida dos músculos dos maxilares. São conhecidas duas manifestações circadianas distintas: atividade subconsciente que ocorre durante o sono (bruxismo do sono) e a atividade subconsciente/consciente que ocorre durante o estado de vigília (bruxismo de vigília). A etiologia do bruxismo ainda não foi comprovada, mas fortes evidências sugerem a existência de uma etiologia de carácter multifatorial. O conceito de etiologia central tem sido reforçado por vários estudos. Quanto ao diagnóstico consiste na identificação da patologia por parte do clínico utilizando vários tipos de ferramentas, sendo a PSG o método "*gold standard*". Sendo esta desordem de origem multifatorial, apresenta de igual forma uma abordagem terapêutica de carácter multidisciplinar. Vários estudos sobre os possíveis tratamentos do bruxismo tem sido realizados, no entanto, não há evidência científica suficiente para definir um padrão de referência para o seu tratamento.

**Palavras chave:** "bruxismo e adulto", "bruxismo e etiologia", "bruxismo e diagnóstico", "bruxismo e tratamento".

## **Abstract**

Bruxism is a disorder characterized by clenching or grinding of the dental pieces on them, due to a repeated jaw-muscles activity. Two distinct circadian manifestations are known: subconscious activity that occurs during sleep (sleep bruxism) and the subconscious/conscious activity that occurs during the waking state (daytime bruxism). The etiology of bruxism hasn't yet been proven, but strong evidence suggests the existence of a multifactorial etiology. The concept of central etiology has been reinforced by several studies. Diagnosis consists of identifying the pathology by the clinical using several types of tools and PSG is the gold standard method. Being this multifactorial origin disorder, it presents a therapeutic approach with a multidisciplinary character. Several studies on the possible treatments of bruxism have been performed, however there is not sufficient scientific evidence to define a reference standard for its treatment.

**Key words:** "bruxism and adult" , "bruxism and diagnostic, "bruxism and etiology", "bruxism and treatment".

## Índice Geral

Capítulo I - Fundamentação teórica.....	1
1.Introdução.....	1
2.Objetivos .....	1
3.Metodologia.....	2
4.Desenvolvimento teórico .....	3
4.1 Definição de Bruxismo.....	3
4.2 Classificação do bruxismo.....	3
4.3 Bruxismo do sono.....	4
4.4 Prevalência .....	4
4.5 Etiologia e Fisiopatologia .....	4
4.6 Sinais, sintomas e fatores de risco.....	5
4.7 Diagnóstico.....	6
4.8 Terapêuticas .....	6
4.8.1 Tratamento Comportamental.....	7
4.8.2 Tratamento Oclusal.....	9
4.8.3 Tratamento farmacológico .....	11
4.8.4 Outras abordagens terapêuticas: Acupuntura, Fisioterapia.....	13
5.Considerações finais.....	14
6. Bibliografia.....	15
Capítulo II - Relatório dos Estágios .....	18
1.Introdução.....	18
1.1 Estágio em Clínica Geral Dentária (ECGD) .....	18
1.2 Estágio em Clínica Hospitalar (ECH) .....	18
1.3 Estágio em Saúde Oral e Comunitária (ESOC) .....	19
2.Conclusão.....	20

## Índice de figuras

<b>Figura 1-</b> Unidade estimuladora Grindcare® .....	8
<b>Figura 2-</b> Colocação do estimulador no temporal anterior.....	8
<b>Figura 3-</b> Goteira de estabilização oclusal.....	9
<b>Figura 4-</b> Dispositivo de avanço mandibular.....	9



## Lista de abreviaturas

AASM – Associação Americana de Medicina do Sono

ARMM – Atividade rítmica dos músculos mastigatórios

BS – Bruxismo do Sono

BV – Bruxismo de Vigília

DAM – Dispositivo Avanço Mandibular

EEC – Estímulo Elétrico Contingente

EMG – Eletromiografia

GOS – Goteira oclusal superior

ICSD-III – Classificação Internacional de Distúrbios do Sono

NREM – Non-Rapid Eye Movement

PSG – Polissonografia

REM – Rapid Eye Movement

SAOS – Síndrome da Apneia Obstrutiva do sono

TBA – Toxina botulínica tipo A

## Capítulo I - Fundamentação teórica

### 1.Introdução

O bruxismo é uma desordem caracterizada por um aperto ou deslizamento das peças dentárias sobre elas mesmas, devido a uma atividade repetida dos músculos dos maxilares. São conhecidas duas manifestações circadianas distintas: atividade subconsciente que ocorre durante o sono (bruxismo do sono) e a atividade subconsciente/consciente que ocorre durante o estado de vigília (bruxismo vigília).<sup>(1)</sup> O bruxismo sem causa identificável pode ser designado como primário, enquanto que o associado com uma condição sociopsicológica ou médica é designado como secundário.<sup>(2)</sup>

Nos últimos anos o estudo do bruxismo tem vindo a crescer e a ganhar interesse, centrando-se em aspetos como a sua definição, etiologia e terapêutica, uma vez que esta é uma desordem bastante comum no sistema estomatognático e uma queixa frequente no consultório dentário.

Atualmente, acredita-se que esta desordem tem uma origem multifatorial, regulada centralmente por fatores fisiopatológicos e psicossociais.<sup>(3)</sup> O seu diagnóstico precoce é vantajoso, devido aos possíveis danos que pode acarretar para a cavidade oral e, assim, um efeito negativo para a qualidade de vida do paciente.<sup>(2)</sup> Não existindo nenhum tratamento capaz de uma total remissão dos seus sinais e sintomas, estão descritas na literatura diferentes abordagens terapêuticas, tais como psicológicas, oclusais e farmacológicas aptas a minimizar e controlar a sintomatologia e possíveis complicações associadas a esta desordem.<sup>(4)</sup>

Desta forma, a presente revisão bibliográfica foi motivada com o propósito de rever e atualizar os conceitos sobre que estratégias de tratamento existem para o bruxismo e quais são as que têm mais efetividade, uma vez que esta condição parafuncional desperta grande interesse a nível da Medicina Dentária.

### 2.Objetivos

A realização deste trabalho científico tem como principais objetivos:

1. Perceber as novas descobertas sobre a etiologia do bruxismo;
2. Conhecer as formas de diagnóstico;
3. Enunciar os diferentes tipos de tratamento existentes e avaliar quais têm melhor eficácia para o tratamento do bruxismo.

### 3. Metodologia

Para a realização deste trabalho foi executada uma revisão narrativa da bibliografia existente sobre o tema a desenvolver: "Diferentes abordagens terapêuticas do paciente bruxómano adulto" com o propósito de responder aos objetivos propostos.

A pesquisa foi realizada recorrendo aos motores de busca PubMed e Google Académico utilizando as seguintes palavras-chave: "bruxism and adult", "bruxism and diagnostic", "bruxism and etiology", "bruxism and treatment". Esta pesquisa foi realizada durante o período de Novembro de 2018 e Maio de 2019. Para a triagem dos artigos, devido a uma grande diversidade de informação, foram utilizados critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:

- Artigos publicados entre 2014 e 2019, incluindo artigos mais antigos como perspectiva histórica;
- Estudos realizados em humanos;
- Artigos com texto integral;
- Artigos referentes ao bruxismo no adulto;
- Artigos que abordassem os tratamentos do bruxismo.

Critérios de exclusão:

- Artigos de acesso restrito;
- Artigos publicados antes de 2014;
- Estudos com atuação em animais;
- Artigos referentes ao bruxismo na criança.

De todos os artigos visualizados, foram selecionados 36, sempre respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Relativamente a outros meios de obtenção de informação, foi utilizado um livro.

## 4. Desenvolvimento teórico

### 4.1 Definição de Bruxismo

O termo bruxismo surgiu da palavra grega “*brygmos*” que significa ranger os dentes. O primeiro aparecimento na bibliografia foi em 1907 por Marie e Pietkiewicz, sendo descrito como *La Bruxomanie*.<sup>(5)</sup>

Atualmente, após varias definições propostas para o bruxismo e não chegando a nenhum consenso, a definição mais aceita e atualizada é que o bruxismo caracteriza-se por ser uma atividade repetida dos músculos da mandíbula caracterizado pelo aperto ou ranger dos dentes e/ou associado a movimentos mandibulares. O bruxismo tem duas manifestações circadianas: bruxismo do sono (BS), quando ocorre durante o sono e bruxismo de vigília (BV), quando a pessoa está acordada.<sup>(1)</sup>

### 4.2 Classificação do bruxismo

Várias opções de classificação tem vindo a ser propostas para o bruxismo com base em diferentes critérios. No que diz respeito ao momento em que ocorre pode ser dividido em BS ou BV, como já referenciado anteriormente, ou então combinado quando envolve as duas situações.<sup>(1)(3)</sup> De acordo com a sua etiologia, pode ser subdividido em bruxismo primário (idiopático), isto é, sem causa médica sistémica ou psicológica associada e, em bruxismo secundário (iatrogénico), associado a doenças neurológicas (doença de Parkinson e Síndrome de Rett), doenças médicas (refluxo gastroesofágico), doenças do sono (SAOS, transtorno do sono REM e síndrome das pernas inquietas), medicamentos e drogas.<sup>(2)</sup> O bruxismo é caracterizado por uma atividade muscular rítmica, e de acordo com o tipo dessa atividade muscular, pode ser dividido em fásico (ocorrência de 3 ou mais contrações musculares com duração 0,25s e 2,0s separados por dois intervalos de tempo entre elas), tónico (contração muscular mantida durante mais de 2,0s) e fásico/tónico (combinação de episódios de ambos separados por 30s de intervalo).<sup>(2)</sup> Relativamente ao movimento produzido pode ser distinguido entre cêntrico, quando ocorre somente o ato de apertar as peças dentárias, ou seja, a força de mordida ocorre em posição cêntrica ou excêntrico em que ocorre um deslizamento das peças dentárias em posições excêntricas, laterotrusivas ou lateroprotusivas. De acordo com a graduação de ocorrência/critérios de diagnóstico pode ser classificado em 3 níveis: possível (baseado em autorrelatos, por meio de questionários e da anamnese durante o exame clínico), provável

(baseados em autorrelatos, anamnese e comprovação através do exame clínico de sinais e sintomas) e definitivo (baseado no autorrelato, exame clínico positivo e PSG).<sup>(1)(6)</sup>

### 4.3 Bruxismo do sono

Apesar de existirem dois tipos de bruxismo este trabalho irá focar-se mais no que diz respeito ao BS.

A terceira edição da Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD-III) definiu o bruxismo como uma atividade repetida dos músculos da mastigação pelo aperto ou ranger das peças dentárias e/ou pela pressão ou movimentação da mandíbula.<sup>(3)(7)</sup>

Em 2017, no "*International consensus on the assessment of bruxism*" foi sugerido que a definição do BS e BV fosse dividida. Atualizaram a definição de bruxismo do sono como uma atividade mastigatória muscular caracterizada como fásica (rítmica) e tónica (não rítmica) não sendo um distúrbio do sono nem desordem de movimento em indivíduos saudáveis.<sup>(8)</sup>

### 4.4 Prevalência

Ainda não há dados exatos sobre a sua prevalência, no entanto, no que diz respeito ao bruxismo geral estimasse que varia entre 8%-31% na população geral.<sup>(2)(9)</sup> O BV tem uma prevalência cerca de 22,1%-31%, enquanto que o BS ronda os 13%. Podemos ainda concluir que não existe diferença significativa entre géneros, apenas se verifica uma diminuição no que diz respeito há idade sendo que a prevalência do bruxismo nos idosos é de cerca de 3%.<sup>(4)(10)(11)</sup>

### 4.5 Etiologia e Fisiopatologia

A etiologia do bruxismo ainda não foi comprovada, mas fortes evidências sugerem a existência de uma etiologia de carácter multifatorial.<sup>(4)</sup> No passado, defendia-se que eram fatores periféricos como má oclusão, fatores oclusais e interferências dentárias que estavam na base da causa do BS em adultos, no entanto estudos recentes enunciam uma falha direta de correlação entre estes dois episódios.<sup>(3)(9)(4)</sup> Atualmente, sugere-se que o BS não é regulado periféricamente, mas sim centralmente, estando categorizados em fatores fisiopatológicos (distúrbios do sono (microdespertares)), consumo de drogas e/ou medicamentos, alterações químicas cerebrais, consumo de álcool/caféina, tabaco, fatores genéticos, deficiências nutricionais e psicossociais (stress, ansiedade, personalidade).<sup>(4)</sup>

O BS tem relação com um tipo específico de atividade muscular mastigatória, designada por atividade rítmica dos músculos mastigatórios (ARMM), que parece ser causada pelo sistema

nervoso autônomo, ou seja, sistema nervoso simpático que faz parte da gênese do bruxismo.<sup>(4)</sup>A ARMM consistem movimentos rítmicos e pseudo-mastigatórios da mandíbula que ocorrem 1 ou 2 vezes por hora de sono, cuja frequência é cerca de 1Hz. Estes movimentos ocorrem durante as fases 1 e 2 do sono não-REM (sono leve).<sup>(4)(11)</sup>

A ARMM é precedida de uma sequência de eventos fisiológicos que dão origem a microdespertares, os quais estão associados a 80% dos episódios de bruxismo. Esta atividade, ARMM, é mais potente nos pacientes bruxómanos diferenciando se assim dos pacientes não bruxómanos.<sup>(12)</sup>Inicialmente, há uma aumento da atividade cardíaca simpática ( 4-8 minutos antes da ARMM), depois segue-se o aumento da frequência da atividade cortical (4 segundos antes), aumento da frequência cardíaca (1 segundo antes), aumento do tônus muscular supra-hióide (responsável pela abertura e protusão das vias aéreas), aumento da pressão sistólica e diastólica, finalizando com o aumento da atividade dos músculos temporal e masséter, ocorrendo assim o episódio de bruxismo.<sup>(3)(12)</sup>

#### **4.6 Sinais, sintomas e fatores de risco**

Relativamente aos sinais observados no bruxismo do sono destacam-se os seguintes: desgaste dentário anormal, recessão gengival, mobilidade dentária, hipertrofia dos músculos masséter, edentação da língua, redução do fluxo salivar, limitação na capacidade de abertura da boca e presença de traumatismos nos lábios e mucosa jugal.<sup>(2)</sup>

Em relação ao sintomas o paciente por norma refere desconforto nos músculos mastigatórios e cervicais, dor de cabeça normalmente na zona temporal quando acorda, peças dentárias hipersensíveis e por vezes com mobilidade, paciente queixa-se de uma má qualidade do sono e refere que o parceiro de cama refere que este range os dentes durante a noite.<sup>(2)</sup>

Num estudo recente, *Castro T et al.* , referem que fatores como história de bruxismo durante a infância, um polimorfismo genético e doença do refluxo gastroesofágico parecem ser importantes fatores de risco associados ao BS em adultos. Outros fatores de risco que também podem estar associados, mas com uma associação mais moderada são fatores psicológicos, fatores comportamentais, tabagismo, enxaqueca crônica, ingestão de álcool e síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS). Parece existir uma associação entre a boca seca ao acordar como um fator protetor para o BS, no entanto, são necessários mais estudos para comprovar esse acontecimento.<sup>(13)</sup>

## 4.7 Diagnóstico

Para diagnosticar o bruxismo é necessário utilizar vários procedimentos e ferramentas, distinguidos como abordagens não-instrumentais tais como anamnese, questionários específicos, exame clínico e abordagens instrumentais, de modo obter uma intervenção rápida e eficaz para melhorar a qualidade de vida do paciente bruxómano.<sup>(8)(10)</sup>

A nível clínico, é recomendado fazer uma anamnese, onde são recolhidos todos os dados da história clínica médica e história clínica médico-dentária do paciente. Segundo a ICSD-III, proposta pela Associação Americana de Medicina do Sono (AAMS), os critérios de diagnóstico que devem ser incluídos nesta análise são a presença de sons/ruídos frequentes, seguido de um ou mais sinais como, dente desgastado, fadiga/dor muscular transitória da mandíbula de manhã, cefaleia temporal, bloqueio da mandíbula ao acordar e relatos de ranger os dentes durante o sono dados pelo parceiro.<sup>(14)</sup> Quanto aos outros exames complementares de diagnóstico temos a polissonografia (PSG), a eletromiografia (EMG) e sistemas de ambulatório. A PSG destaca-se por ser o método mais utilizado e efetivo, exame *"gold standard"*, para o diagnóstico de bruxismo pois são contemplados registos audiovisuais da atividade muscular, onde é englobado a eletromiografia, o eletroencefalograma, eletrooculograma e eletrocardiograma.<sup>(4)(14)</sup> Este exame terá de ser realizado num laboratório do sono, esta alteração do ambiente de descanso pode influenciar a atividade bruxómana do paciente sendo isto uma desvantagem, tal como o custo elevado e o facto de ser necessário pessoal altamente treinado.<sup>(9)(10)</sup>

Os sistemas de ambulatório, dispositivos portáteis como por exemplo *Bitestrip (Miniature Self-Contained EMG Detector-Analyser)* e *Bruxoff* tem a vantagem de poderem ser usados em casa e ter menor custo, no entanto, a qualidade destes dispositivos em relação à PSG ainda é escassa e pouco sólida, sendo necessárias mais evidências científicas.<sup>(6)(4)</sup>

Desta forma, os critérios de diagnóstico positivo de bruxismo do sono na PSG são: 30 episódios de bruxismo por noite ou, pelo menos, 4 episódios por hora/sono; 6 picos de EMG por episódio de bruxismo ou 25 picos EMG por hora de sono; os dois episódios acima, pelo menos, devem ser acompanhados por ranger de dentes detetado.<sup>(7)</sup>

## 4.8 Terapêuticas

De acordo com a literatura ainda não existe um tratamento efetivo que elimine permanentemente o BS.<sup>(15)(16)</sup> Atualmente, o seu tratamento está direcionado para minimizar as sequelas provocadas por esta atividade, bem como, melhorar os sinais e sintomas.<sup>(4)</sup> Sendo que

esta atividade tem uma etiologia multifatorial é de esperar uma abordagem terapêutica multidisciplinar que pode ser dividida nos seguintes grupos: tratamento comportamental, tratamento oclusal e tratamento farmacológico.<sup>(4)(15)(17)(18)</sup>

#### 4.8.1 Tratamento Comportamental

Os efeitos do bruxismo podem ser minimizados e controlados através de um grupo de estratégias comportamentais tais como: evitar os fatores de risco (álcool, droga, tabaco, etc.), melhorar os hábitos e ambiente noturno (higiene do sono), controlar e reduzir o stress e ansiedade (terapia cognitiva comportamental), hipnoterapia e *biofeedback*.<sup>(3)(6)(10)(11)</sup> A maioria destas abordagens não é suportada por evidências de estudos controlados.<sup>(3)</sup>

No que diz respeito há higiene do sono o paciente deve proceder a estratégias que retifiquem os seus hábitos pessoais, de modo a conseguir ter uma melhor qualidade do sono. Entre esses hábitos estão evitar o consumo de álcool, café e tabaco antes de dormir e procurar ter um ambiente calmo, escuro e silencioso no quarto onde dorme.<sup>(19)</sup> Num estudo controlado randomizado realizado por *M. Valiente López et al.* foi avaliado a influência sobre o BS da higiene do sono juntamente com técnicas de relaxamento durante 4 semanas, sendo que o resultado do estudo foi que não existe diferenças significativas no uso dessas estratégias em comparação com linha base.<sup>(20)</sup> Apesar deste resultado ser negativo devemos recomendar na prática clínica uma boa higiene do sono, bem como evitar o consumo de álcool e tabaco, pois estes são considerados fatores de risco para o BS.<sup>(13)(17)(19)</sup>

O *biofeedback* é uma técnica utilizada que assenta no princípio em que o indivíduo desaprenda o hábito nocivo que pratica, quando lhe é aplicado um estímulo, e ele se apercebe do mesmo. Esta técnica pode ser usado tanto no BS como no BV, existindo vários tipos de estímulos que podem ser utilizados tais como auditivo, elétrico, visual, vibratório ou gustativo.<sup>(21)(22)</sup> Como exemplo de um dispositivo de *biofeedback* temos o *Grindcare*® (figura 1) que é um dispositivo desenvolvido para a gestão do bruxismo. Este aparelho portátil emite um impulso elétrico de baixa intensidade de forma a interromper a atividade muscular indesejável, sem que o usuário acorde. Numa fase inicial de tratamento, o paciente seleciona no aparelho o nível de feedback (nível onde sente a vibração) de seguida, o dispositivo vai pedir ao paciente que produza expressões faciais normais e que aperte os dentes, isto vai servir para diferenciar a atividade parafuncional da atividade normal muscular. Durante o sono quando a atividade do músculo excede o limiar anteriormente determinado, o dispositivo induz um estímulo elétrico contingente (EEC), que vai



induzir o relaxamento do músculo acontecendo assim o processo de aprendizagem durante o sono.<sup>(22)(23)</sup>



**Figura 1-** Unidade estimuladora Grindcare® (NeedhamR, Davies SJ. Use of the Grindcare® device in the management of nocturnal bruxism: a pilot study. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.653>)



**Figura 2-** Colocação do estimulador no temporal anterior. (NeedhamR, Davies SJ. Use of the Grindcare® device in the management of nocturnal bruxism: a pilot study. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.653>)

Num estudo piloto realizado em 2013 com o dispositivo *Grindcare*® observou-se que existiu uma redução ao nível da atividade parafuncional bem como uma melhoria da sintomatologia existente. Apesar da observação destes resultados promissores, como se trata de um caso piloto, os autores sugerem a realização de mais pesquisas controladas.<sup>(23)</sup>

Outra técnica que pode ser usada é a terapia cognitivo-comportamental (TCC) que compreende procedimentos como reestruturação cognitiva, treino da inoculação de stress, prática de relaxamento, entre outras. Como o stress é considerado um comportamento causal do bruxismo, que tem natureza multifatorial, a TCC, deve ser incluída no plano de tratamento dos pacientes bruxómanos. Na literatura, a evidência do papel da TCC no bruxismo é escassa. Num estudo realizado em 2015, compararam dois grupos de indivíduos, num grupo foram analisados pacientes com bruxismo tratados com uma goteira oclusal juntamente com TCC e no outro grupo com uma goteira oclusal isolada. Nos resultados concluíram que existia necessidade de combinar a TCC com a goteira oclusal em vez de a usar isolada para diminuir os episódios de bruxismo.<sup>(24)</sup> Na TCC, podemos fazer referência a outra técnica alternativa e coadjuvante na terapêutica do bruxismo, a hipnose. A hipnose consiste em sugerir ao paciente, por exemplo, que a sua boca vai estar relaxada durante o sono e que acordará se existirem sinais de bruxismo ou repetindo durante o seu sono “lábios unidos e dentes separados”. Este tipo de hipnose é eficaz ao fim de 2 a 8 sessões, com um *follow-up* favorável de 12 a 60 meses. Apesar de resultados favoráveis, esta técnica ainda precisa de ser mais desenvolvida a nível científico e aceitação por parte dos pacientes.<sup>(25)</sup>

#### 4.8.2 Tratamento Oclusal

A abordagem terapêutica oclusal pode ser dividida entre “irreversível” e “reversível”.<sup>(2)(6)</sup> A terapia oclusal irreversível consiste em técnicas de ajustes oclusais seletivos permanentes, tratamentos ortodônticos e reabilitações de estruturas dentárias. Com a atualização da evidência científica verificamos que não existe suporte suficiente que relacione o bruxismo com a oclusão, logo, estas alterações oclusais não estão indicadas, a não ser que a dentição esteja marcadamente desgastada e exija reconstrução.<sup>(6)(4)</sup>

Por outro lado, a terapia oclusal reversível é um método mais usado na prática clínica pelo Médico Dentista, sob a forma de goteiras oclusais.<sup>(6)</sup> As goteiras oclusais são aparelhos removíveis, de ação reversível, que se ajustam entre as superfícies dentárias da maxila e mandíbula.<sup>(4)</sup> Tem como objetivo proteger as peças dentárias, proteger as restaurações do desgaste e de cargas traumáticas adversas, reduzir atividades musculares anormais, melhorar as funções do sistema muscular mastigatório e reduzir o ruído característico, no entanto, não existe nenhuma evidência científica que suporte o seu papel em “parar” o bruxismo.<sup>(3)(15)</sup> Estes aparelhos, podem ser classificadas segundo o tipo de material usado na confecção (rígidas ou resilientes), os desenhos (parcial ou total) e localização na arcada (maxila ou mandíbula).<sup>(4)</sup>

No que diz respeito ao tipo de material usado na confecção, as goteiras rígidas normalmente são preferíveis em relação as goteiras resilientes, devido ao facto de nas rígidas ser mais fácil de fazer ajustes, prevenir o movimento dos dentes e por ter uma maior eficácia na redução dos danos provocados pela atividade do bruxismo.<sup>(9)(26)</sup>

Existem vários tipos de goteiras oclusais sendo as que se destacam mais na literatura para a terapêutica do bruxismo são as goteiras de estabilização oclusal ou de relaxamento (figura 3), goteiras anteriores e dispositivos de avanço mandibular (DAM) (figura 4).<sup>(4)</sup>



**Figura 3**–Goteira de estabilização oclusal (Singh PK, Alvi HA, Singh P, Singh RD. Evaluation of various treatment modalities in sleep bruxism. J Prosthet Dent [Internet] :1–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2015.02.025>)



**Figura 4**–Dispositivo de avanço mandibular (Singh PK, Alvi HA, Singh P, Singh RD. Evaluation of various treatment modalities in sleep bruxism. J Prosthet Dent [Internet] :1–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2015.02.02>)

As goteiras de estabilização oclusal são segundo a literatura os aparelhos mais pesquisados e utilizados. Estes são aparelhos planos, de cobertura total dos maxilares desenhados com guia anterior e com o contactos de todos os dentes em relação cêntrica.<sup>(15)</sup>

O DAM é um dispositivo intraoral usado para tratar a SAOS e ronco, sendo que retém a mandíbula numa posição anterior em relação à relação cêntrica por meio de ancoragem dentária e tem o objetivo de reduzir a vibração dos tecidos moles, ampliar o espaço aéreo orofaríngeo e diminuir colapso das vias aéreas superiores. Estes dispositivos apesar de serem usados preferencialmente no tratamento da SAOS, evidências recentes confirmam uma associação entre o BS e SAOS, o que faz com que este aparelho se apresente como uma alternativa promissora para o tratamento do BS.<sup>(27)</sup>

Num estudo realizado em 2015, expressaram através de um estudo randomizado controlado, em 28 pacientes com BS, o efeito do DAM e goteira oclusal superior (GOS) sobre a qualidade do sono e a atividade do BS em pacientes com BS. Os resultados registaram uma redução do número de episódios de BS em relação há linha base e um aumento da qualidade do sono com a utilização de ambos os dispositivos. Quando se comparou o uso de DAM a GOS, verificou-se melhores resultados nos participantes que usaram DAM, havendo uma redução da atividade motora do bruxismo, uma diminuição dos episódios de BS por hora e uma diminuição do ruído comparativamente com o GOS. No entanto, quem usou DAM apresentou algum desconforto, incluindo sensibilidade dentária e também referiu menos estética que a GOS. Assim, embora o DAM tenha proporcionado melhores efeitos sobre episódios do BS, o uso de GOS é preferível porque os seus benefícios superam os efeitos adversos.<sup>(16)</sup>

Noutro estudo, também realizado em 2015, em 20 pacientes bruxómanos, foi feito um estudo randomizado controlado para ver os efeitos do uso intermitente de goteira de estabilização oclusal em comparação com o uso contínuo através de um sistema portátil de EMG. Na análise dos resultados verificaram uma redução do BS imediatamente após a inserção da goteira de estabilização oclusal, no entanto, este efeito foi transitório, pois após a segunda semana não assinalou nenhuma redução. Verificaram também que, o uso intermitente (a cada duas semanas) desta goteira poderá reduzir a atividade do BS durante mais tempo, até 4 semanas, em comparação com o uso contínuo.<sup>(28)</sup>

Quanto aos planos anteriores de mordida, caracterizam se por existir apenas contacto entre os dentes anteriores da arcada oposta à goteira e a goteira. Este aparelho baseia-se no facto dos stops de mordida anterior permitirem reduzir a atividade temporal e massetéica durante o aperto dos dentes. Como desvantagens, estas goteiras apresentam possíveis

movimentos dentários e condilares indesejados, quando usadas continuamente durante um longo período.<sup>(4)</sup>

#### 4.8.3 Tratamento farmacológico

Vários estudos mostram que os fármacos que exercem ação sobre o sistema nervoso central diminuem a intensidade das contrações rítmicas da musculatura durante o sono, sugerindo um provável envolvimento cerebral na gênese do BS.<sup>(3)(15)</sup> Desta forma os fármacos mais utilizados para o controlo do BS são os seguintes: ansiolíticos (buspirona), agonista adrenérgico (clonidina), benzodiazepina (clonazepam), anticonvulsionante (gabapentina), antidepressivo (amitriptilina), agente dopaminérgico (L-dopa), relaxantes musculares (metocarbamol),  $\beta$ -bloqueadores (propranolol) e toxina botulínica.<sup>(2)</sup>

Na literatura, alertam a circunstância de existir falta de evidência quanto há eficácia e segurança do uso destes medicamentos no BS, devido ao facto de existirem poucos ensaios clínicos controlados randomizados de longo prazo.<sup>(3)(15)(19)</sup> Deste modo, o tratamento farmacológico só deve ser executado em pacientes que apresentem um sintomatologia aguda e severa, sendo apenas aplicado a curto prazo, uma vez que muitos casos de BS são transitórios e também para não conduzir a episódios de dependência e tolerância aos fármacos.<sup>(11)</sup> É relevante salientar que antes da prática da farmacoterapia é essencial verificar se o paciente não predispõe de outras condições médicas ou doenças que possam ter interferência com as terapêuticas adotadas.<sup>(3)</sup> Num estudo controlo realizado em 2010, compararam o uso de placebo com o clonazepam. Com o uso de clonazepam existiu uma diminuição significativa do índice de BS, bem como melhorou a eficiência, manutenção, latência e despertar do sono.<sup>(29)</sup>

Num outro estudo, em 2016, foi realizado em 20 indivíduos adultos saudáveis, um cruzamento duplamente cego e controlado por placebo, com o desígnio de comparar os efeitos do clonazepam e clonidina em pacientes com BS primário usando PSG. Foi dado aos pacientes uma dose de 1,0mg de clonazepam e 0,15mg de clonidina, esta última com uma dose mais baixa, pelo facto, de em estudos anteriores com doses mais elevadas demonstrava efeitos colaterais como a hipertensão. No presente estudo observou-se que a clonidina diminuiu o índice de ARMM em comparação com o placebo e clonazepam, concluindo assim, que esta é mais eficaz na diminuição do BS primário.<sup>(30)</sup>

Os medicamentos antidepressivos exercem efeitos divergentes sobre o bruxismo, podem exacerbar a condição (inibidores seletivos da recaptção da serotonina, ISRS) ou são inertes nos seus efeitos (amitriptilina).<sup>(11)(31)</sup> Nos casos em que os antidepressivos exacerbam o bruxismo,

existem relatos na literatura em que a associação desses fármacos com buspirona pode atenuar ou mesmo cessar os episódios de BS.<sup>(15)(26)</sup> Num outro estudo realizado por Lobezzo *et al.*, foi avaliado o efeito da Levodopa em 10 pacientes com BS, onde se presenciou uma diminuição no número de episódios de BS em 7 dos pacientes, em comparação com o grupo controlo.<sup>(32)</sup>

No que diz respeito a fármacos como propranolol, bromocriptina e triptofano é evidenciado na literatura serem ineficazes na terapia do BS.<sup>(15)(19)</sup>

Recentemente, tem sido realizados estudos para averiguar a eficácia das injeções de toxina botulínica do tipo A (TBA) nos músculos da mastigação com o desígnio de tratar o BS.<sup>(19)</sup> Esta toxina biológica tem um efeito paralisante, devido à capacidade de inibição da libertação de acetilcolina nas junções neuromusculares.<sup>(2)(4)(26)(33)</sup> As injeções TBA são injetáveis localmente nos músculos masséter e/ou temporal com intuito de paralisar parcialmente o músculo, diminuindo a sua atividade de contração mas, tentando não alterar as atividades normais como falar, mastigar e movimentação do maxilar.<sup>(2)</sup> O uso de TBA é descrita na literatura como sendo a terapia mais utilizada em casos de pacientes bruxómanos graves com comorbidades como o coma, lesão cerebral, doença de Huntington e autismo.<sup>(4)(26)(33)</sup>

Num estudo realizado em 2010, com a participação de 12 indivíduos diagnosticados com bruxismo, tinha o objetivo de avaliar a eficácia da TBA no tratamento do BS. Existiam dois grupos, um grupo controlo submetido a injeções de soro fisiológico e o outro a injeções de TBA, em ambos os masséteres. A atividade dos músculos masséter e temporal foi gravada em EMG antes das injeções e 4, 8 e 12 semanas depois. Nos resultados verificaram que houve uma diminuição significativa no número de eventos de bruxismo do músculo masséter após 4 semanas da injeção de TBA, enquanto que a atividade eletromiográfica do músculo temporal permaneceu igual. Embora o bruxismo seja mediado centralmente e os seus efeitos manifestam se na atividade muscular periférica, com este estudo concluímos que essa atividade periférica pode ser reduzida de forma eficaz com o uso da TBA.<sup>(33)</sup>

Num outro estudo realizado em 2017, em 25 pacientes foi feita uma avaliação dos efeitos da TBA no BS. Todos os pacientes submetidos a este estudo já tinham sido submetidos a outro tipo de tratamentos mais conservadores, mas sem sucesso. A principal diferença significativa neste estudo foi a redução de dor antes e após a injeção de TBA.<sup>(34)</sup>

O uso de TBA pode estar limitado devido a possíveis efeitos adversos que pode acarretar, como dificuldade mastigatória, dor muscular, assimetria facial, distúrbio da fala e também ao seu elevado custo.<sup>(4)(34)</sup> Mais estudos controlados randomizados com um maior número de amostra e

espaço de tempo prolongado são necessários para clarificar o uso de toxina botulínica no tratamento do BS.<sup>(19)(34)</sup>

#### **4.8.4 Outras abordagens terapêuticas: Acupuntura, Fisioterapia**

É conhecido que o bruxismo deve ser abordado numa perspetiva interdisciplinar. Dessa forma, para além de todos os tratamentos que já referimos acima, os quais podem ser realizados pelos Médicos Dentistas, também existem outras terapias que são realizadas por outros profissionais de saúde que podem coadjuvar esse tratamento que é o caso da acupuntura, fisioterapia.

No que diz respeito há acupuntura, em pacientes com BS, ela usa pontos energéticos do corpo, por meio de agulhas, fazendo libertar serotonina e endorfina, aumentando assim os movimentos mandibulares e diminuindo o stress muscular. Tudo isso vai favorecer o relaxamento muscular, com uma conseqüente diminuição da dor muscular associada. Existe alguma evidência científica que valoriza o potencial clínico da acupuntura no tratamento do bruxismo, no então são necessários estudos com amostras maiores e períodos de observação mais longo para obter um conhecimento mais profundo da sua eficácia.<sup>(35)</sup>

No que diz respeito à fisioterapia, consiste num tratamento conservador bastante indicado para doentes bruxómanos. A sua atuação baseia-se, essencialmente, na terapia manual (na região craniofacial e cervical alta com uso de mobilizações articulares e mobilizações dos tecidos) e na prescrição de exercícios terapêuticos (auto exercícios para o paciente realizar em casa). Está descrito na literatura casos em que a punção seca profunda em pontos gatilho no músculo masséter e temporal está associada a uma melhoria imediata da dor, da sensibilidade e da amplitude do movimento mandibular. Assim, a realização de fisioterapia é uma método importante que contribui para uma ação de controlo, estabilização e reequilíbrio funcional de pacientes bruxómanos.<sup>(36)</sup>

## 5.Considerações finais

Apesar da fisiopatologia do bruxismo ser uma questão complexa e, por vezes, controversa, parece que hoje é consensual entre os diversos autores que a sua etiologia é de carácter multifatorial e sua regulação é central. Ao contrário do que se acreditava antigamente que o seu fator etiológico eram as interferências oclusais (fatores periféricos) atualmente há um vasto consenso em torno do sistema nervoso central e suas perturbações na etiologia do bruxismo. Desta forma podemos concluir uma mudança conceptual da etiologia do bruxismo de periférica para central.

Sendo a etiologia de carácter multifatorial, o diagnóstico do bruxismo torna-se um desafio para o Médico Dentista, no entanto, para uma melhor qualidade de vida do paciente é importante que este seja feito de forma diferencial e precocemente. Para obter um diagnóstico definitivo de bruxismo foram definidos parâmetros essenciais que são os questionários, história clínica, exame clínico e polissonografia áudio-visualmente registada. Novos instrumentos têm sido associados para contribuir para o diagnóstico do bruxismo, no entanto, ainda não existe um método válido e eficaz para o diagnóstico definitivo devido à falta de uma forte evidência científica.

No que diz respeito à terapêutica não existe nenhum tratamento padrão evidenciado na literatura que "trate" o bruxismo. Uma tendência atual na abordagem de doentes bruxómanos parece ser a intervenção de uma perspectiva interdisciplinar por uma equipa multidisciplinar. Desta forma, a terapia do bruxismo é dirigida para tentar proteger as peças dentárias, reduzir a atividade do bruxismo e evitar a dor. O uso de goteiras oclusais tem um papel fundamental na proteção das estruturas dentárias da atrição gerada pelo bruxismo. A administração de fármacos é uma estratégia mais invasiva que deve ser usada de forma racional e temporária. Como forma concomitante a outras modalidades de tratamento são sugeridas as terapias comportamentais.

É necessário salientar que é preciso realizar mais estudos controlados randomizados de alta qualidade com amostras maiores durante períodos de tempo mais longos de modo a avaliar a efetividade e segurança do melhor tratamento para o bruxismo, de forma que o Médico Dentista possa adotar a melhor conduta médica, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida ao paciente bruxómano.

## 6. Bibliografia

1. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ. Bruxism defined and graded: an international consensus. *Oral Rehabil.* 2013;(40):2–4.
2. Murali R V, Rangarajan P, Mounissamy A. Bruxism : Conceptual discussion and review. *J Pharm Bioall Sci.* 2015;(7):265-70.
3. Klasser GD, Pain CO, Rei N, Lavigne GJ, Frcd C. J Sleep Bruxism Etiology : The Evolution of a Changing Paradigm. *J Can Dent Assoc.* 2015;81:f2.
4. Yap AU, Chua AP. Sleep bruxism : Current knowledge and contemporary management. *Dentistry:JCD.* 2016;(19):383–9.
5. Marie MM, Pietkiewicz M. La bruxomanie. *Rev Stomatol.* 1907;(14):107–16.
6. Castrillon EE, Ou K, Wang K, Zhang J, Svensson P, Castrillon EE, et al. Sleep bruxism : an updated review of an old problem. *Acta Odontol Scand.* 2016;(5):328-34.
7. Sateia MJ. *Edition Chest .* 2014;(5):1387–94.
8. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, et al. HHS Public Access. 2018;45(11):837–44.
9. Kanathila H, Pangi A, Poojary B. Diagnosis and treatment of bruxism : Concepts from past to present. *Int. J. Appl. Dent. Sci.* 2018;4(1):290–5.
10. Alberto S, Gómez G, Sánchez EO, Castellanos JL. Avances y limitaciones en el tratamiento del paciente con bruxismo. *Revista ADM.* 2015;72(2):106–14.
11. Carra MC, Huynh N, Fleury B, Lavigne G. Overview on Sleep Bruxism for Sleep Medicine Clinicians. *Sleep Med Clin .*2015;10(3):375-84.
12. Huynh N, Manzini C, Rompré PH, Lavigne GJ. Weighing the Potential Effectiveness of Various Treatments for Sleep Bruxism. *J Can Dent Assoc.* 2007;73(8):727-30.
13. Castro T, Bargellini A, Rossini G, Cugliari G, Deregibus A. Sleep bruxism and related risk factors in adults : A systematic literature review. *Arch Oral Biol.* 2017;(83):25–32.
14. Stuginski-barbosa J, Porporatti L, Costa M, Svensson P, César P, Conti R. Agreement of the International Classification of Sleep Disorders Criteria with polysomnography for sleep bruxism diagnosis : A preliminary study. *J Prosthet Dent.* 2017;117(1):61–66.
15. Carra MC, Huynh N. Lavigne G. Sleep Bruxism : A comprehensive overview for the dental clinician interested in sleep medicine. 2012;56(2):387-413.
16. Singh PK, Alvi HA, Singh P, Singh RD. Evaluation of various treatment modalities in sleep bruxism. *J Prosthet Dent.* 2015;114(3):426-31.



17. Manfredini D, Ahlberg J, Winocur E. Management of sleep bruxism in adults : a qualitative systematic literature review. *J Oral Rehabil.* 2015;42(11):862–74.
18. Machado E, Machado P, Cunali PA, Fabbro CD. Bruxismo do sono: possibilidades terapêuticas baseadas em evidências. *Dental Press J. Orthod.* 2011;16(2):58–64.
19. Guaita M, Hognl B. Current Treatments of Bruxism. *Curr Treat Options Neurol.* 2016;18(2):10.
20. Valiente Lopez M, Van Selms MK, Van der Zaag, Hamburger HL, Lobbezoo F. Do sleep hygiene measures and progressive muscle relaxation influence sleep bruxism ? Report of a randomised controlled trial. *J Oral Rehabil.* 2015;42(4):259-65.
21. Wang L, Long H, Deng M, Xu H. Biofeedback treatment for sleep bruxism : a systematic review. *Sleep Breath.* 2014;18(2):235-42.
22. Ilovar S, Zolger D, Castrillon E, Car J, Huckvale K. Biofeedback for treatment of awake and sleep bruxism in adults : systematic review protocol. *Syst Rev.* 2014;3(1):1–9.
23. Needham R, Davies SJ. Use of the Grindcare ® device in the management of nocturnal bruxism : a pilot study. *Br Dent J.* 2013;215(1):1–4.
24. Trindade M, Orestes-Cardoso S, Siqueira TC, Interdisciplinary treatment of bruxism with an occlusal splint and cognitive behavioral therapy. *Gen Dent.* 2015;63(5):1-4.
25. Dowd ET. Nocturnal Bruxism and Hypnotherapy : A Case Study. *Int J Clin Exp Hypn.* 2013;61(2):205-18.
26. F. Lobbezoo, J. Van Der Zaag, M. K. A. Van Selms, H. L. Hamburger, M Naeije. Principles for the management of bruxism. *J Oral Rehabil.* 2008;(35):509-523.
27. Solanki N, Singh P, Chand P, Siddharth R. Effect of mandibular advancement device on sleep bruxism score and sleep quality. *J Prosthet Dent.* 2017;117(1):67-72.
28. Matsumoto H, Tsukiyama Y, Kuwatsuru R, Koyano K. The effect of intermittent use of occlusal splint devices on sleep bruxism : a 4-week observation with a portable electromyographic recording device. *J Oral Rehabil.* 2015;42(4):251-8.
29. Saletu A, Parapatics S, Anderer P, Matejka M, Saletu B. Controlled clinical, polysomnographic and psychometric studies on differences between sleep bruxers and controls and acute effects of clonazepam as compared with placebo. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2010;260(2):163–74.
30. Sakai T, Kato T, Yoshizawa S, Suganuma T, Takaba M, Ono Y. Clonazepam and clonidine for sleep bruxism Effect of clonazepam and clonidine on primary sleep bruxism : a double-blind , crossover , placebo-controlled trial. *J Sleep Res.* 2017;26(1):73–83.
31. Shetty S, Pitti V, Babu CLS, Kumar GPS, Deepthi BC. Bruxism: A literature review. *J Indian*

- Prosthodont Soc. 2010;10(3):141–8.
32. Lavigne GJ, Tanguay TR, Montplaisir JY. The effect of the catecholamine precursor L-dopa on sleep bruxism : A controlled clinical trial. *Mov Disord.* 1997;12(1):73–8.
  33. Lee SJ, McCall WD, Kim Yk, Chung SC, Chung JW. Effect of botulinum toxin injection on nocturnal bruxism: a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2010;89(1):16–23.
  34. Asutay F, Atalay Y, Asutay H, Acar AH. The evaluation of the clinical effects of botulinum toxin on nocturnal bruxism. *Pain Res Manag.* 2017;2017:1-5.
  35. Esteves JLS, Laia LS, Moura MDG, Magalhães SR, Grossmann SMC, Junior LC. Uso da acupuntura no tratamento de bruxismo. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde.* 2017;(15):763–73.
  36. Blasco-bonora PM, Martín-pintado-zugasti A. Effects of myofascial trigger point dry needling in patients with sleep bruxism and temporomandibular disorders : a prospective case series. *Acupunct Med.* 2017;35(1):69–74.

## Capítulo II - Relatório dos Estágios

### 1.Introdução

Os estágios realizados compreendem uma componente prática, onde são realizados os procedimentos que foram abordados nos anos anteriores. Este estágio tem como desígnio desenvolver a destreza manual e habilidade necessária a realizar os vários atos lecionados para posterior aplicação no futuro profissional. Todos estes estágios são supervisionados por docentes médicos dentistas. Os estágios frequentados são os seguintes: Estágio em Clínica Geral Dentária (ECGD), Estágio em Clínica Hospitalar (ECH) e Estágio em Saúde Oral e Comunitária (ESOC).

#### 1.1 Estágio em Clínica Geral Dentária (ECGD)

O estágio em clínica geral dentária decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, na Clínica Universitária Filinto Baptista, num período de 5 horas semanais, das 19 às 24 horas de quarta-feira, com início a 12 de setembro de 2018 e termino a 12 de junho de 2019, perfazendo um total de 180 horas. O estágio foi supervisionado pelo Mestre João Batista, Mestre Luís Santos e Doutora Sónia Machado.

Atos clínicos	Operadora	Assistente
Triagem	0	1
Destartarização total	3	6
Exodontia	1	2
Restauração	4	9
Endodontia	6	3

Tabela 1- Atos Clínicos realizados em Estágio em Clínica Geral Dentária

#### 1.2 Estágio em Clínica Hospitalar (ECH)

O estágio hospitalar foi realizado no Serviço de Estomatologia/Medicina Dentária no Centro Hospitalar São João-Pólo Valongo, num período de 3 horas e 30 minutos semanais, das 9 e às 12:30 horas de quinta-feira, com início a 13 de setembro de 2018 e termino a 13 de junho de 2019, perfazendo um total de 122 horas e 30 minutos. O estágio foi supervisionado pela Professora Doutora Ana Azevedo e pela Doutora Rita Cerqueira.

Atos clínicos	Operadora	Assistente
Triagem	10	8
Destartarização total	26	16
Exodontia	45	35
Restauração	31	45
Endodontia	4	6
Selantes	0	2
Outros	5	2

Tabela 2- Atos Clínicos realizados em Estágio em Clínica Hospitalar

### 1.3 Estágio em Saúde Oral e Comunitária (ESOC)

O estágio realizado em Saúde Oral Comunitária, coordenado pelo Professor Doutor Paulo Rompante, no período compreendido entre 14 de setembro de 2018 e 14 de junho de 2019, num período de 3 horas e 30 minutos, o qual foi realizado à sexta-feira das 9 às 12:30 horas. Este estágio foi dividido em três etapas de trabalho.

Uma das etapas, decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante, onde foram desenvolvidos vários trabalhos/desafios pelos alunos, com o propósito de promover a saúde oral comunitária, perfazendo um total de 77 horas neste local.

Outra etapa, decorreu no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira, supervisionado pela Doutora Catarina Barbosa, com início no dia 19 de outubro de 2018 e termino no dia 14 de junho de 2019, perfazendo um total de 21 horas.

Por fim, foi realizado um estágio no Centro Hospitalar do Médio Ave, em Santo Tirso, sob a supervisão do Mestre Raul Pereira, com início no dia 21 de dezembro de 2018 e termino no dia 31 de maio de 2019, perfazendo um total de 21 horas.

<b>Atos clínicos</b>	<b>Operadora</b>	<b>Assistente</b>
Triagem	0	3
Destartarização total	0	5
Exodontia	6	6
Restauração	6	11
Endodontia	1	1
Outros	3	6

Tabela 3- Atos Clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral e Comunitária

## 2.Conclusão

A realização dos estágios permitiu ao aluno, durante todo o ano letivo, aplicar e aperfeiçoar todos os conhecimentos práticos e teóricos até então lecionados. Foram fornecidas competências e habilidades para lidar com as diferentes situações da prática clínica, enriquecendo o aluno tanto a nível profissional como a nível pessoal.