



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ACTIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Gonçalo António Correia Urbano Lopes de Andrade

Viseu, 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ACTIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Gonçalo António Correia Urbano Lopes de Andrade

Orientador: Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Co-Orientador: Prof. Dr. Manuel Correia de Sousa

Viseu, 2014

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais pelo apoio e compreensão ao longo destes 23. anos.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Rui Amaral Mendes e ao Professor Dr. Manuel Correia de Sousa pela coordenação e orientação, sempre sábia e precisa, fundamental para a realização deste trabalho.

Agradeço, em especial, à Andreia, minha grande companheira.

Agradeço aos meus colegas e amigos, pelas conquistas e momentos passados durante os cinco anos de curso.

Agradeço aos demais Professores, Assistentes e Funcionários que fizeram parte do meu percurso académico.

Agradeço o apoio de todos que, directa e indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

O Relatório de Actividade Clínica tem como objectivo o relato da actividade clínica levada a cabo pelo autor na Clínica Dentária Universitária, durante o presente ano lectivo, tendo por base a prestação de cuidados medico dentários em contexto formativo tutelado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa. Assim, pretende-se que se justifiquem as opções tomadas, em cada caso, bem como o relato das experiencias, pelo autor vividas, e a fundamentação teórica e a aprendizagem subjacente a este processo.

A experiência adquirida no enfrentar das várias situações a que o autor foi sujeito, revelaram formas diferentes de abordagem em cada caso, sujeitos a variações de diagnósticos, de comportamentos, de condições oferecidas, de ambientes externos e de motivos culturais e geográficos.

Em cada área disciplinar se pretende atingir os objectivos propostos pela unidade com vista a execução de cada técnica de acordo com protocolos definidos bem como a aquisição de determinadas competências que nos futuro permitirão que cada acto médico seja “baseado na evidência”.

Os dois ambientes clínicos pelos quais o autor passou no decorrer do ano lectivo, fruto de uma experiência no Programa ERASMUS durante 3 meses permitiram a recolha de dados quer relativos à população alvo de tratamentos quer aos prestadores desses mesmos cuidados médicos. Assim, estes foram alguns dados que puderam permitir a retirada de conclusões, quanto a determinados hábitos que povos de diferentes zonas da Europa, Holanda e Portugal, apresentam. Como tal, sendo a Holanda um país onde a Medicina Dentária está incluída no Sistema Nacional de Saúde, pode-se comparar o tipo de tratamentos e a prevalência de tratamentos que são mais efectuados e comparar com a população Portuguesa observada, tentando retirar conclusões relativas aos cuidados de saúde e higiene oral, bem como as condições de trabalho.

Palavras-Chave: Actividade Clínica, Dentisteria Operatória, Endodontia, Odontopediatria, Periodontologia, Medicina e Patologia Oral, Cirurgia Oral, Prostodontia, Ortodontia, Oclusão

Abstract

A clinical activity report has the purpose to describe and transpose the dental medical care, made by the author, during the entire year. Having this, it's intended to justify the choices that were made, in each case, as well as report all the experiences he lived and the theoretical basis and the underlying learning process.

The experience gained by the author throughout the several situations, he faced, revealed different ways of approaching each case, which could differ according to diagnose variations, behave disorders, work conditions, external environments and both cultural and geographical reasons.

In every discipline is intended to achieve the proposed goals, by executing correctly every technique, sustained by protocols but it's also essential to acquire several competences and skills that will make every medical care "evidence based", in the future.

The two clinical environments faced by the author throughout the year, due to a 3 months experience in the ERASMUS programme, allowed the data collection, regarding both the target population treated and the doctors that were responsible for those treatments. In addition, these information turned out very important to compare people from different North and South of the Europe, Netherlands and Portugal, and relate this data to their health habits. Having Netherlands as a country where the medical cares are provided in Public Health System, the author was able to compare the prevalence and the kind of treatments of both countries and the health cares and oral hygiene habits both have, as well as the work conditions.

Keywords: Clinical Activity, Operative Dentistry, Endodontics, Paediatrics' Dentistry, Periodontics, Oral Medicine and Oral Pathology, Oral Surgery, Prostodontics, Orthodontics, Occlusion

Índice Geral

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Índice Geral.....	xiii
Índice de Tabelas.....	xvii
Índice de Gráficos.....	xix
Lista de abreviaturas.....	xxi
1. Introdução.....	3
1.1. Estado da Arte.....	3
1.2. Conhecer o doente como um todo.....	4
1.3.Plano de Tratamento Vs Multidisciplinaridade.....	5
1.4. Medicina Dentária e Medicina Geral.....	5
1.5. Medicina Dentária e a Saúde Pública.....	6
1.6. Factores de Risco.....	7
1.7. Medicina Dentária e a Estética.....	8
1.8.Medicina Dentária e os Meios Auxiliares de Diagnóstico.....	8
1.9.Medicina Dentária e a Odontopediatria, Gerodontologia e os Doentes Especiais.....	9
1.10.Medicina Dentária e a Terapêutica medicamentosa.....	10
1.11.Medicina Dentária e a Medicina Forense.....	10
2. Objectivos.....	13
3. Materiais e Métodos.....	17
3.1. Método.....	17
3.2. Material.....	18
3.3. Amostra.....	18

3.3.1. Critérios de Inclusão:.....	18
3.3.2. Critérios de Exclusão:.....	19
4. Resultados.....	23
4.1.Doentes observados pelo autor na clínica universitária da UCP e no UMC of St Radboud	23
4.2.Doentes observados pelo trinómio na clínica universitária da UCP.....	36
4.3.Actividade Científica.....	41
5. Discussão.....	45
5.1. ..Actos Diferenciados.....	51
5.1.1 Áreas de Medicina Dentária Conservadora e Restauradora	51
5.1.1.1 Dentisteria Operatória.....	51
5.1.1.2 Endodontia:	61
5.1.1.3. Odontopediatria.....	67
5.1.2. Áreas Médico-Dentárias Cirúrgica.....	72
5.1.2.1. Cirurgia oral	72
5.1.2.2. Periodontologia	72
5.1.2.3. Medicina e Patologia Oral.....	77
5.1.3. Áreas da Reabilitação da Função Oral e Estomatognática.....	82
5.1.3.1. Prostodontia	82
5.1.3.2. Oclusão	82
5.1.3.2. Ortodontia	82
6.Conclusão.....	87
6.1.Expectativas e relevância científica e/ou clínica do tema.....	87
6.2.Comparação Portugal-Holanda.....	87
6.3.Reflexão	88
7. Referencias Bibliográficas.....	93
8. Anexos.....	99

8.1. Material para grande restauração	99
8.2. Material para Endodontia Mecanizada	100
8.3 Material para Pulpotomia.....	101
8.4. Material para Férula em Fibra de Vidro.....	102

Índice de Tabelas

Tabela 1 Idade dos doentes observados pelo autor na clínica Universitária da UCP.	23
Tabela 2 Género dos doentes observados pelo autor na clínica universitária da UCP..	23
Tabela 3 Idade dos doentes observados pelo autor na UMC of St Radboud.	24
Tabela 4 Género dos doentes observados pelo autor na UMC of St Radboud	24
Tabela 5 Nº de actos realizados pelo autor por área disciplinar na clínica universitária da UCP	26
Tabela 6 Nº de actos realizados por área disciplinar pelo autor no UMC St Radboud	27
Tabela 7 Tratamentos realizados pelo autor a Prótese Removível na clínica universitária da UCP.	28
Tabela 8 Tratamentos realizados pelo autor a Prótese Removível no UMC of St Radboud	29
Tabela 9 Tratamentos realizados pelo autor a Dentisteria Operatória na clínica universitária da UCP	29
Tabela 10 Tratamentos realizados pelo autor a Dentisteria Operatória no UMC of St Radboud	29
Tabela 11 Tratamentos realizados pelo autor a Cirurgia Oral na clínica universitária da UCP	30
Tabela 12 Tratamentos realizados pelo autor a Cirurgia Oral no UMC of St Radboud	30
Tabela 13 Tratamentos realizados pelo autor a Periodontologia na clínica universitária da UCP	30
Tabela 14 Diagnóstico dos actos clínicos realizados a Periodontologia na clínica universitária da UCP	31
Tabela 15 Tratamentos realizados pelo autor em Periodontologia no UMC of St Radboud	31
Tabela 16 Diagnóstico dos actos clínicos realizados a Periodontologia no UMC of St Radboud	31
Tabela 17 Tratamentos realizados pelo autor a Prótese Fixa na clínica universitária da UCP	32
Tabela 18 Tratamentos realizados pelo autor em Prótese Fixa no UMC of St Radboud	32

Tabela 19 Tratamentos realizado pelo autor a Endodontia na clínica universitária da UCP.....	33
Tabela 20 Tratamentos realizado pelo autor em Endodontia no UMC of St Radboud	33
Tabela 21 Tratamentos realizados pelo autor a Medicina Oral na clínica universitária da UCP	33
Tabela 22 Tratamentos realizado pelo autor a Medicina Oral no UMC of St Radboud	34
Tabela 23 Tratamentos realizados pelo autor a Oclusão na clínica universitária da UCP.....	34
Tabela 24 Tratamentos realizados pelo autor a Oclusão no UMC of St Radboud	34
Tabela 25 Tratamento realizado pelo autor a Odontopediatria na clínica universitária da UCP	35
Tabela 26 Tratamentos realizados pelo autor a Ortodontia na clínica universitária da UCP.....	35
Tabela 27 Idade dos doentes observados pelo trinómio na clínica universitária da UCP.....	36
Tabela 28 Género dos doentes observados pelo trinómio na clínica universitária da UCP.....	36
Tabela 29 N° total de actos realizados pelo trinómio por área disciplinar na clínica universitária da UCP	37
Tabela 30 N° de actos do autor como operador e como assistente na clínica universitária da UCP	38
Tabela 31 N° de actos do autor como operador e assistente por área disciplinar na clinica universitária da UCP	39

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Relação população/Médicos Dentistas nos países europeus.....	4
Gráfico 2 Género dos doentes observados pelo autor na clinica da UCP.....	24
Gráfico 3 Género dos doentes atendidos pelo autor na UMC of St Radboud	25
Gráfico 4 Percentagem de actos realizados pelo autor em cada uma das áreas disciplinares na clínica universitária da UCP	26
Gráfico 5 Percentagem de actos realizados pelo autor em cada uma das áreas disciplinares no UMC of <i>St Radboud</i>	28
Gráfico 6 Género dos doentes observados pelo trinómio na clínica universitária da UCP.....	36
Gráfico 7 Percentagem de actos realizados pelo trinómio por área disciplinar na clínica universitária da UCP	38
Gráfico 8 Percentagem de actos do autor como operador e assistente na clínica universitária da UCP.....	39
Gráfico 9 N° de actos do autor como operador e assistente por área disciplinar na clinica universitária da UCP	40

LISTA DE ABREVIATURAS

BOP – Sangramento à sondagem

CRB – Centro Regional das Beiras

DST – Doença Sexualmente Transmissível

IP – Índice de Placa

Nº - Número

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ONG – Organização não governamental

PCA – Periodontite Crónica Avançada

PCL – Periodontite Crónica Leve

PCM – Periodontite Crónica Moderada

Rx – Radiografia.

T.E.R. – Tratamento Endodôntico Radical

UCP – Universidade Católica Portuguesa.

UMC – University Medical Centre

1.Introdução

1. Introdução

1.1. Estado da Arte

A prestação de um acto médico deve ter sempre em atenção o restabelecimento da condição física, psíquica e social do doente, com vista ao restabelecimento do seu estado de saúde anterior, e não uma simples ausência de doença ou enfermidade.(1) A Medicina Dentária em Portugal, enquanto ciência médica com autonomia formativa, derivou da Medicina na década de 70 do séc. XX, com a criação das Escolas Superiores de Medicina Dentária de Lisboa e do Porto, integrando diversas áreas de actuações, algumas das quais reconhecidas como especialidades pela Ordem dos Médicos Dentistas: a Prostodontia Fixa e Removível, a Periodontologia, a Cirurgia Oral, a Endodontia, a Medicina e Patologia Oral, a Oclusão, a Odontopediatria, a Ortodontia, a Dentisteria Operatória e Implantologia. Na Ordem dos Médicos Dentistas, como especialidades já plenamente estabelecidas, existem: a Ortodontia, com o seu colégio de especialidade, a Cirurgia Oral e, mais recentemente, a Periodontologia e a Odontopediatria. (2) Como tal, esta evolução da Medicina Dentária abriu espaço à excelência, requerida cada vez mais pelos doentes, bem como condição necessária para, em cada momento de um plano de tratamento, desde a reabilitação e restabelecimento da fonação, da função mastigatória ou da estética, nos assegurar o sucesso de um tratamento com plenas garantias de que as melhores práticas, em cada área, são postas ao serviço de cada doente.

Quanto aos números da OMD referentes a 2013, observa-se uma média de idades de 43,1 anos na classe profissional. O *ratio* Médico Dentista/doente é mais baixo do que em vários países da Europa, como mostra o **gráfico 1**, mostrando o grande crescendo de profissionais que a área tem vindo a receber anualmente. (3)

RELAÇÃO POPULAÇÃO / MÉDICOS DENTISTAS NOS PAÍSES EUROPEUS

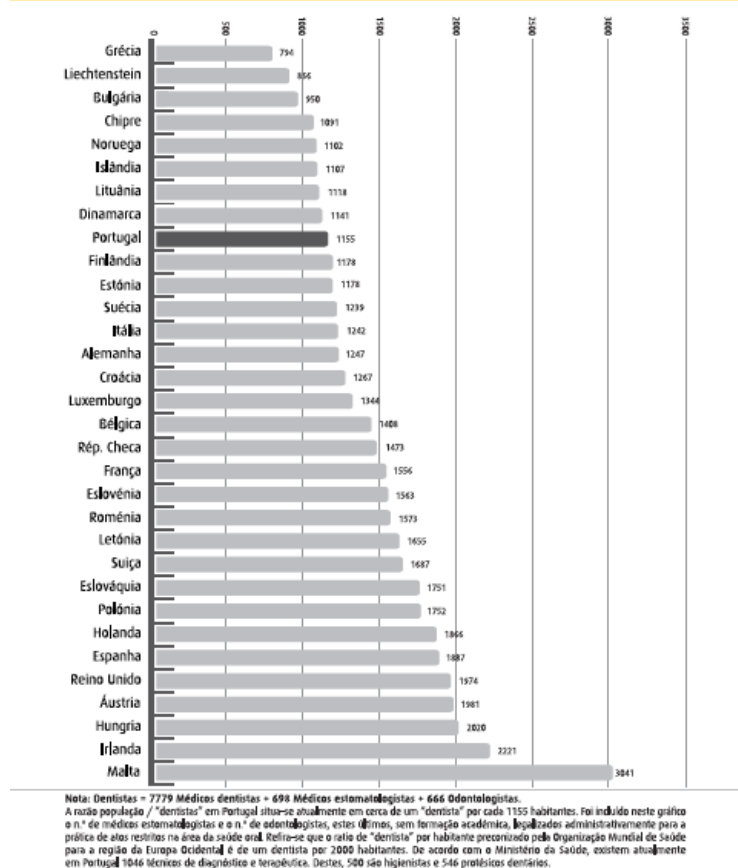


Gráfico 1. Relação população/Médicos Dentistas nos países europeus

1.2. Conhecer o doente como um todo

Numa história clínica, as primeiras queixas e palavras que o doente refere fazem o diagnóstico. Numa completa anamnese reside o segredo de um diagnóstico diferencial correcto. Revela-se fundamental conhecer a história progressiva do doente, a sua história familiar, história social e psiquiátrica seguindo-se o exame objectivo, que muitas vezes não nos dá mais do que achados significativos inesperados. Aquilo que o doente nos relata, sendo perguntado de forma simples e de modo a não induzir qualquer resposta da sua parte, mas a permitir que seja ele a descrever o que sente, fazem da história clínica o passo número um, quando observamos um doente pela primeira vez. Questões como alergias, tratamentos anteriores, cirurgias recentes ou alterações na medicação que o doente já fazia, são de vital importância. Como forma de confirmação ou despiste de um diagnóstico diferencial, temos exames auxiliares de diagnóstico radiológicos ou análises que estão ao nosso alcance e permitem interpretar o doente como um todo. Torna-se também imprescindível saber

comportamentos de risco do doente, avaliar essas mesmas atitudes, conhecer possíveis doenças transmissíveis das quais possa ser portador, com risco de infectar o médico. A motivação de um doente tem que ser gerida pelo Médico Dentista, bem como as suas expectativas e só o perfeito conhecimento do doente permite que a conjugação do tratamentos e dos hábitos do doente possam ter o resultado desejado.

1.3. Plano de Tratamento Vs Multidisciplinaridade

Cada caso, por mais simples que possa parecer, deve ser encarado como um processo de tratamento que é global e que pode cursar várias áreas, nas quais se deve contar com os profissionais com maior conhecimento possível, e onde todos os aspectos devem ser discutidos em equipa. Sempre que um doente procura um Médico Dentista, deve ter para si um ideal do que pretende e passar essas expectativas para o médico, o qual deverá tentar corresponder.(4) Contudo, como forma de salvaguarda, o Médico Dentista, aquando da discussão do orçamento, por parte do doente, tem à sua disposição a declaração de consentimento informado. É um dispositivo ao serviço quer do profissional de saúde, quer do doente, que impede quaisquer responsabilizações legais, mais do que aqueles que são obrigatoriamente imputadas ao médico pela sua conduta e ética de trabalho e são constantes do Código Deontológico da OMD. (5) O médico contista, como qualquer prestador de cuidados de saúde, deve-se reger por um código de ética e ter como ideal a reabilitação final do doente, onde lhe são devolvidas as condições de saúde, conferindo felicidade e bem estar e não apenas importar-se com o seu retorno financeiro oriundo da execução de um plano de tratamento. (6)

1.4. Medicina Dentária e Medicina Geral

A saúde oral insere-se num conjunto de factores que tem repercussões a nível sistémico, influenciando o surgimento ou o agravamento de várias patologias relacionadas com: doenças cardíacas, síndromes metabólicas, alterações gástricas e nutricionais, problemas ósseos e articulares, infecções entre outros.(7) No caso do cancro oral, como patologia do aparelho estomatognático com maior taxa de comorbilidades, é considerada a 6^a maior causa de morte, por doenças oncológicas, em todo o mundo. Suportado pela associação do tabaco e do álcool, conjuntamente com a falta de higiene oral, tem na língua e no pavimento da boca os locais de maior incidência. (2)

A identificação de uma úlcera que não cicatriza, uma dor constante ou um endurecimento anormal podem constituir os primeiros sinais de um possível cancro oral. A maior parte das lesões são assintomáticas na sua fase inicial, tornando-se progressivamente dolorosas. A dificuldade em deglutir, as alterações de sensibilidade e os gânglios linfáticos aumentados podem encontrar-se presentes. Como qualquer patologia oncológica, quando diagnosticada em fases precoces a taxa de sucesso no tratamento aumenta exponencialmente, chegando a 80% a cinco anos. (8) Também, 90% dos diagnósticos de cancro oral são carcinomas de células escamosas. Como tal, a prevenção desempenha um papel fundamental e o Médico Dentista encontra-se na primeira linha.(8, 9)

Por outro lado, sabe-se da relação estrita entre a doença periodontal e a diabetes. A presença de doença periodontal em doentes diabéticos conduz ao surgimento de inúmeros problemas com constante inflamação gengival e grande propensão para infecções. (10, 11) Cada vez mais estudos demonstram que as doenças cardiovasculares nomeadamente a endocardite bacteriana e as próteses valvulares são afectadas por problemas e infecções decorrentes da cavidade oral, tendo-se como seguro que o correcto acompanhamento de uma leva à melhoria do estado de saúde relativamente a outra. (12)

Concomitantemente, há que ter em consideração as potenciais implicações do doente polimedicado na abordagem médico-dentária em contexto de ambulatório, em particular no que concerne ao doente com patologia cardiovascular e a efectuar terapêutica anti-hipertensora ou anticoagulantes orais e/ou anti-agregantes plaquetários.

Relativamente à osteoporose, recentemente se soube que os fármacos outrora usados aquando da menopausa, como forma de combate à osteoporose, sobretudo se feito por longos períodos de tempo e de forma intravenosa, potencia o surgimento de osteoquimionecrose, provocando grandes comorbilidades ao doente.(13, 14)

1.5. Medicina Dentária e a Saúde Pública

Os hábitos de saúde oral, hoje em dia cada vez mais enraizados, devido a diversos programas implementados em todo o mundo, quer por ONG's, programas governamentais e escolares, ou instituições de tutela como ordens profissionais e associações, têm vindo a colher alguns frutos. Cada vez mais, as crianças têm melhores hábitos de higiene oral. Pode-se dizer que o número de crianças com acesso,

quer a meios de prevenção, quer a tratamentos dentários tem aumentado tal como o número de idosos edêntulos ou sem reabilitação protética tem vindo a diminuir. (15) Estes posicionam-se, entre outros factores, como indicadores que permitem avaliar a evolução da Medicina Dentária em Portugal. Sabe-se também que a preocupação das sociedades de consumo actuais com a estética é um dos factores desta crescente alteração de mentalidades com maior procura de cuidados médicos e paradigmas de aparência. Há, no entanto, também questões de saúde pública que têm permitido manter a população mais informada e mais atenta. Os inúmeros programas de rastreios aliados ao acesso mais facilitado e alargado de informação a que os doentes têm acesso, permite que muitas vezes os planos de tratamento sejam discutidos em equipas multidisciplinares juntamente com o doente. Só assim se poderá quantificar e encarar o sucesso de um plano de tratamento. Ainda, todas as medidas que possam ser levadas a cabo para fazer face à doença periodontal e cárie dentária, detidas como sendo das doenças mais prevalentes a nível global, envolvendo entre 15-90% da população mundial, irão fazer a diferença na melhoria da qualidade de vida de uma geração. Determinados estudos mostram que, em Portugal, segundo a Direcção Geral da Saúde, aos seis anos de idade, já 49% das crianças tinham cáries em pelo menos um dente. Valores como estes começam a ser cada vez mais raros, mas é algo que continua a não se compadecer com uma sociedade moderna do Séc. XXI, com pleno acesso a cuidados de saúde, quer públicos, quer privados. Pensa-se que se deva sobretudo a factores sócio-económicos, monetários, de mentalidade e cultura dos parentes, de medo e receio de dor e cada vez menos de problemas de divulgação ou alerta para a importância de cuidar da saúde oral.(16-19)

1.6. Factores de Risco

É sabido que existem factores de risco que predispoem, quer o surgimento de determinadas doenças a que a cavidade oral é facilmente acometida, fruto das várias reacções e alterações que aí ocorrem e que agravam e deterioram o estado de saúde actual de um doente. (9) Assim, sabe-se que quer o tabaco, quer o alcoolismo são factores de risco a nível sistémico mas também de problemas das cavidade oral. Provocam alterações de lesões previas dos tecidos moles, atrasam processos de cicatrização, alteram as condições de fluxo salivar e Ph da cavidade oral, sujeitam a boca a grandes alterações térmicas e químicas, entre outros factores. O tabaco é o agente mutador número um de lesões pré cancerígenas, seguido pelo álcool. (20,

21) Se a estes factores, juntar-mos comportamentos de risco e o surgimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, vulgo DST's, temos uma combinação que pode resultar em doenças graves, com possibilidade de risco de vida, até para o profissional de saúde. (22) Doentes que possuam o Vírus do Papiloma Humano (HPV) ou o Vírus do Herpes Simplex, são mais susceptíveis a determinadas lesões características apresentar destas mesmas espécies virais e o Médico Dentista tem que estar ciente destas implicações. (23, 24)

1.7. Medicina Dentária e a Estética

Vivendo uma era de elevados índices de estética, grande preocupação com o visual, com a aparência, todos os tratamentos multidisciplinares têm que visar este aspecto. (4) A saúde não pode ser simplesmente restabelecida, sem aliar a componente estética da qual os doentes já não abdicam. (25) Essa mudança de paradigma em relação ao “apenas” restabelecimento da função mastigatória e do conforto da fonação não permite que este importante aspecto seja descurado. Como tal, para os clínicos, dada a grande exigência de qualidade e de escrutínio a que são sujeitos, fruto da elevada oferta e da vontade de fixar a procura, pede-se que consigam aliar experiência e progresso na busca de uma receita proveitosa para ambas as partes. Questões de marketing, que influenciam a população, bem como certas técnicas de confecção de trabalhos protéticos ou o recurso ao uso de certos materiais, com grande investimento de estudos por detrás, torna as peças dentárias protéticas ou o mimetismo criado por estes materiais cada vez mais aproximados à constituição do dente natural, o que a uma distancia social faz com que seja imperceptível, a um olho não clínico, perceber as diferenças.

1.8. Medicina Dentária e os Meios Auxiliares de Diagnóstico

A radiologia desempenha um papel fulcral na medicina actualmente, bem como na Medicina Dentária. Permite a captação de imagens que auxiliam o diagnóstico e durante a execução do plano de tratamento. Obtém-se imagens das estruturas duras como o osso e os dentes e permitem observar lesões apicais, o interior da câmara pulpar e conteúdo canalar das raízes dentárias, o percurso das estruturas nervosas e observação de estruturas nobres como seios maxilares, ramo e corpo da mandíbula. Imagens bidimensionais ou mesmo tridimensionais, que servem para planear e diagnosticar correctamente são fonte de obtenção de dados muito úteis para

o Médico Dentista. Contudo, toda esta informação é obtida à custa da emissão de radiação ionizante que, embora em doses baixas para o clínico, é um processo de absorção continuada de radiação ao longo da sua actividade clínica, que se pretende duradoura, que provocam riscos e poderá levar a patologias futuras. Equipamentos como dosímetros usados pelos profissionais e o uso de coletes e colares cervicais em grávidas são fundamentais na prevenção de danos maiores a longo prazo. Em doentes submetidos a tratamentos de quimioterapia e radioterapia, a realização de determinados tratamentos como extracções dentárias e tratamentos endodônticos apenas é possível após, pelo menos, 6 meses da ultima sessão, por forma a evitar graves complicações, como a osteoradionecrose. Este é uma doença que ocorre por infecção e inflamação óssea das zonas expostas a radiação e que forma tecido de granulação e exsudato purulento que provoca dor e necessita de ser cirurgicamente tratado. (26, 27)

1.9. Medicina Dentária e a Odontopediatria, Gerodontologia e os Doentes Especiais

O direito de acesso à saúde é um direito consagrada na Constituição da Republica Portuguesa. Como tal, os médicos dentistas vêem, muitas vezes, entrar no consultório doentes que, por motivos do foro cognitivo, de dificuldades de mobilidade ou de doença não conseguem ter uma correcta higiene oral e os problemas multiplicam-se, tendo muitas vezes soluções complexas. Aí, é fundamental um plano de tratamento multidisciplinar, conjugar os esforços do médico com os da família de forma a fornecer a melhor qualidade de vida possível ao doente. São doentes que requerem formação profissional especializada, um acompanhamento constante e contínuo e muita motivação de ambas as partes. Para adensar a questão, muitas vezes são doentes ainda jovens mas também mais idosos, já com o estado de saúde oral muito deteriorado, que a isso juntam o factor de receio sempre inerente a tratamento invasivos. Aqui, quer em doentes odontopediátricos, quer na gerodontologia, temos que ter em conta a medicação diária tomada por estes doentes, que interfere muitas vezes com a presença de um fluido normal de saliva, podem causar xerostomia, hiperplasia gengival, problemas de coagulação sanguínea, alergias muitas vezes ou mesmo problemas ósseos.(28)

1.10. Medicina Dentária e a Terapêutica medicamentosa

Hoje em dia, deparamo-nos cada vez mais com doentes polimedicados, que apresentam várias problemas de saúde associados e que tem que fazer, diariamente, um elevada dose de medicação para manter o seu estado de saúde estável. Como tal, é função do Médico Dentista, durante a história clínica questionar o doente, saber qual a medicação diária que faz, saber interpretar essa medicação e relacionar com possíveis problemas de saúde oral que o doente tenha ou que possa vir a desenvolver e ter noção se isso irá influenciar o seu plano de tratamento. Conhecer a medicação disponível torna-se uma obrigação para qualquer profissional de saúde, havendo que adoptar, muitas vezes, formas de abordagens diferentes de cada caso clínico em função desse aspecto. O Médico Dentista deve ter em atenção a medicação que prescreve com o intuito de evitar sobredosagens ou prescrever, por exemplo, antibióticos em casos não indicados para tal, correndo riscos de provocar um malefício superior à intenção de cura.(29, 30) Cada vez mais, como forma de fazer face às patologias tromboembólicas e cardiovasculares e acidentes esquémicos, muitos dos doentes frequentadores dos consultórios de Medicina Dentária encontram-se hipocoagulados e o Clínico deve ter em atenção a abordagem correcta a estes casos especiais.(31)

1.11. Medicina Dentária e a Medicina Forense

A Medicina Dentária, enquanto especialidade médica de carácter individual e individualizado, desenvolve uma importância medico-legal, no reconhecimento de cadáveres extremamente grande. Dados os tratamentos a que os doentes se submetem, todos eles diferentes entre cada pessoa, conferindo um estado de saúde oral diferente em função das extracções feitas, das restaurações, das próteses que as pessoas possam ter, aliando um registo clínico actualizado por parte do Médico Dentista, fazem da Medicina Dentária um referencial de informação no que concerne a identificação de cadáveres. É dada à Profissão, hoje em dia, um importância muito grande em casos peritagens, em casos de acidentes em que se torna impossível fazer o reconhecimento facial do cadáver ou mesmo quando de certas marcas corporais características como sinais cutâneos, tatuagens, cicatrizes, entre outros não são passíveis de ser reconhecidas. Assim, com recurso à tecnologia e à informação que se encontra armazenada por um determinado Médico Dentista, permite que ao cruzar vários dados se possa inferir se determinado cadáver é passível de ser a pessoa em questão.(32)

2.Objectivos

2. Objectivos

O propósito da elaboração deste relatório de estágio de actividade clínica permite apresentar uma diversidade de casos clínicos que o autor teve oportunidade de observar, diagnosticar e aplicar planos de tratamento, em ambiente universitário controlado, auxiliado nas suas tomadas de decisão, quer por conteúdos programáticos e aptidões que procurou desenvolver ao longo do curso pré-graduado, quer com a troca de experiências com profissionais de saúde oral qualificados, abertos à discussão e troca de opiniões em diferentes abordagens. Também, a alta exigência que se pede num ambiente científico fez com que o autor tenha tido acesso a evidência e a tenha posto ao seu dispor e dos doentes.

Após o termino deste trabalho, de recolha e discussão, de actividade de clínica médica dentária, pretende-se que o autor domine e seja capaz de:

- Diagnosticar e identificar correctamente disfunções, alterações, doenças e parafunções relacionadas com a cavidade oral e estruturas anexas associadas;
- Restabelecer a função mastigatória, fonação e estética ambicionada pelo doente;
- Elaborar planos de tratamento nas mais variadas áreas da Medicina Dentária e funcionar em equipa multidisciplinar caso a complexidade do caso o exija;
- Saber comunicar entre pares, com linguagem científica, em ambiente académico, ou com todos os profissionais associados ao exercício da sua actividade clínica;
- Requerer, analisar e correctamente interpretar meios auxiliares de diagnósticos pelo autor pedidos;
- Relacionar as patologias que acometem a cavidade oral com as suas possíveis implicações e associações sistémicas, com vista ao tratamento do doente com um todo, bem como associações medicamentosas;
- Deter competências de comunicação, compreensão e espírito crítico.

O autor encontrou-se num estágio de intercâmbio ao abrigo do programa europeu ERASMUS, tendo conhecido e vivenciado uma diferente realidade, a qual em devida discussão, lhe permitiu tirar algumas conclusões.

3. Materiais e Métodos

3. Materiais e Métodos

Este relatório terá em conta a actividade clínica desenvolvida na clínica universitária do Centro Regional das Beiras (CRB) da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu, durante o primeiro semestre, entre 16 de Setembro de 2013 e 29 de Fevereiro de 2014 e de 3 de Junho de 2014 a 13 de Junho de 2014, bem como a actividade desenvolvida na clínica do University Medical Centre (UMC) da Universidade Radboud em Nijmegen, Holanda, durante o segundo semestre, no período de 9 de Março de 2014 a 31 de Maio de 2014.

Serão recolhidas as informações relativas à história clínica de cada doente bem como os meios auxiliares de diagnóstico disponíveis que suportem os tratamentos adoptados em cada situação.

A recolha de informações relativa a cada doente pelo autor observado na clínica universitária do CRB será obtida com base na informações pelos doentes prestada e inscrita no programa informático *Newsoft 2.0* e os meios auxiliares de diagnóstico guardados no programa *Dimaxis*. Quanto aos doentes tratados na UMC, foram obtidas as informações por via de questões relativas à história clínica pregressa e médico-dentária, em inglês, bem como de informações contidas no programa informático *Digitan* e o programa radiológico intitulado *Digora*.

Serão ainda quantificados, para cada área, os tratamentos realizados e a maior prevalência dessas tratamentos consoante idade, sexo, naturalidade e área disciplinar.

3.1. Método

- Os doentes, observados na Universidade Católica Portuguesa, foram sujeitos a um exame radiográfico panorâmico, sempre efectuado na consulta de avaliação de Medicina Oral, sendo posteriormente encaminhados para as diversas áreas tendo em conta o plano de tratamento aí efectuado.

Toda a recolha de informação dos doentes relativas aos doentes foi obtida através da ficha clínica individual recorrendo ao Programa Informático *Newsoft*.

Os doentes, vistos no Medical Centre da Universidade Radboud, em Nijmegen, Holanda, foram observados por áreas disciplinares e enquadrados segundo o plano de tratamento.

3.2. Material

- Kits de material para cada área disciplinar (ver anexo 1);
- Material protocolado para cada acto clínico, segundo guidelines adoptadas pela Universidade Católica Portuguesa, e de acordo com os conhecimentos adquiridos ao longo dos cinco anos de curso;
- Recurso ao Programa gerenciador de referencias Endnote X7 para tratamento das referencias bibliográficas deste trabalho;
- Utilização do programa informático SPSS para tratamento dos dados estatísticos e variáveis estudadas, relativas à amostra observada.

3.3. Amostra

• A amostra foi seleccionada de acordo com os doentes observados pelo autor, no grupo 76, no decurso das aulas clínicas na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa. Ainda, foram incluídos neste relatório os doentes atendidos na clínica do Medical Centre da Universidade Radboud, em Nijmegen, Holanda. Foram, ainda, incluídos os casos diferenciados observados pelo autor, em ambos os ambientes clínicos.

A amostra foi seleccionada com recurso à entrada de doentes em ambas as clínicas universitárias, tendo cada doente uma ficha individualizada com historia clínica actualizada, exames auxiliares de diagnóstico, história pregressa, história medico dentaria, com registo de odontograma e periograma bem como status radiográficos, nos casos de doentes periodontais tratados em Portugal.

3.3.1. Critérios de Inclusão:

- Doentes que deram entrada na(s) clínica(s) universitária(s) apenas;
- Doentes tratados apenas pelo autor (no grupo 76) no primeiro semestre;
- Doentes observados pelo trinómio 76 no primeiro semestre, onde o autor esteve presente;
- Sem restrição de idade;
- Sem restrição de sexo;
- Sem restrição de naturalidade;
- Sem restrição de profissão;

3.3.2. Critérios de Exclusão:

1. Doentes não observados pelo autor (ou grupo 76), quer como operador, quer como assistente;
2. Doentes observados no trinómio 76 na clínica universitária da Universidade Católica Portuguesa entre 9 de Março e 31 de Maio de 2014;
3. Doentes não atendidos na clínica universitária da Universidade Radboud em Nijmegen pelo autor;
4. Doentes não atendidos na clínica universitária do Centro Regional das Beiras – UCP, em que autor estivesse presente.

4. Resultados

4. Resultados

4.1. Doentes observados pelo autor na clínica universitária da UCP e no UMC of St Radboud

A **tabela 1** indica-nos a média de idades dos 25 doentes observados pelo autor, enquanto operador na clínica universitária da UCP. A média de idades foi aproximadamente 47 anos com um desvio-padrão associado de 22,397. A idade mínima foi 7 anos e a máxima 88 anos.

Tabela 1 Idade dos doentes observados pelo autor na clínica Universitária da UCP.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	25	7	88	47,12	22,397

A **tabela 2** indica-nos o género dos doentes atendidos pelo autor na clínica universitária da UCP. Dos 25 doentes observados, 13 são do género feminino (52%) e 12 do género masculino (48%).

Tabela 2 Género dos doentes observados pelo autor na clínica universitária da UCP

Género	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Feminino	13	52,0	52,0
Masculino	12	48,0	100,0
Total	25	100,0	

O **gráfico 2** indica-nos a percentagem correspondente a cada género dos indivíduos observados. Os doentes do género feminino correspondem a uma percentagem de 52% da amostra total e os do género masculino correspondem aos restantes 48%.

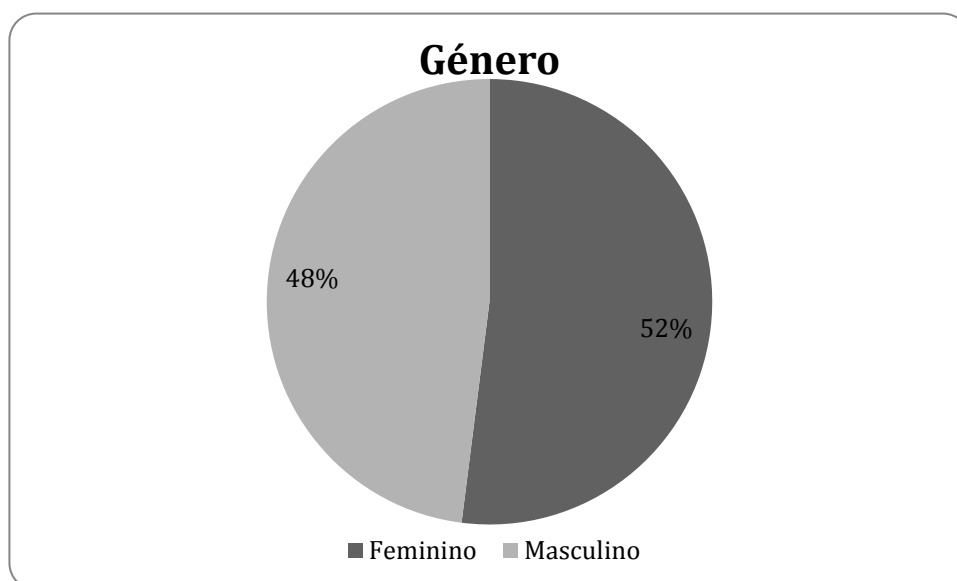


Gráfico 2 Género dos doentes observados pelo autor UMC of St Radboud

A **tabela 3** indica-nos a média de idades dos 38 doentes observados pelo autor, enquanto operador na UMC of St Radboud. A média de idades foi aproximadamente 51 anos com um desvio-padrão associado de 18,711. A idade mínima foi 18 anos e a máxima 81 anos.

Tabela 3 Idades dos doentes observados pelo autor na UMC of St Radboud.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	38	18	81	51,87	18,711

A **tabela 4** indica-nos o gênero dos doentes observados pelo autor na UMC. Dos 38 doentes observados, 21 foram do gênero feminino (55,3%) e os restantes 17 do gênero masculino (45,7%).

Tabela 4 Género dos doentes observados pelo autor UMC of St Radboud

Gênero	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Feminino	21	55,3	55,3
Masculino	17	44,7	100,0
Total	38	100,0	

O **gráfico 3** indica-nos a percentagem de doentes observados por gênero. O gênero feminino corresponde a 55,30% da amostra e o gênero masculino corresponde aos restantes 44,70% da amostra total.

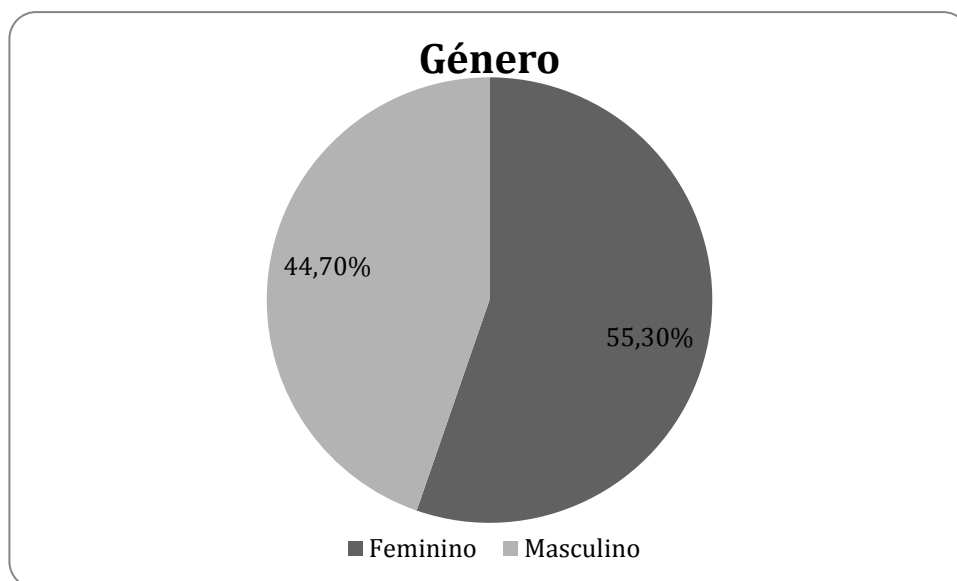


Gráfico 3 Género dos doentes atendidos pelo autor UMC of St Radboud

A **tabela 5** indica-nos o número de actos realizados pelo autor na clínica universitária da UCP, em cada uma das áreas disciplinares. A Prostodontia Removível foi a área disciplinar com maior número de actos realizados, no total de 13, seguida da Dentisteria Operatória e da Periodontologia com 7 actos. A cirurgia o autor realizou um total de 6 actos clínicos. A Endodontia e Prótese Fixa efectuaram-se 4 actos enquanto a Oclusão foram realizados 4 actos clínicos. Medicina oral e Ortodontia contam com 2 actos clínicos cada. Por fim, Odontopediatria é a área disciplinar com menos actos realizados (1 acto).

Tabela 5 Nº de actos realizados pelo autor por área disciplinar na clínica universitária da UCP

Área disciplinar	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Prótese Removível	13	25,0	25,0
Dentisteria	7	13,5	38,5
Cirurgia	6	11,5	50,0
Periodontologia	7	13,5	63,5
Prótese Fixa	5	9,6	73,1
Odontopediatria	1	1,9	75,0
Ortodontia	2	3,8	78,8
Oclusão	4	7,7	86,5
Endodontia	5	9,6	96,2
Medicina Oral	2	3,8	100,0
Total	52	100,0	

O **gráfico 4** indica-nos a percentagem de actos correspondente a cada área disciplinar. Podemos observar que 25% do total de actos realizados pelo autor corresponde à área de Prótese Removível, o maior número.

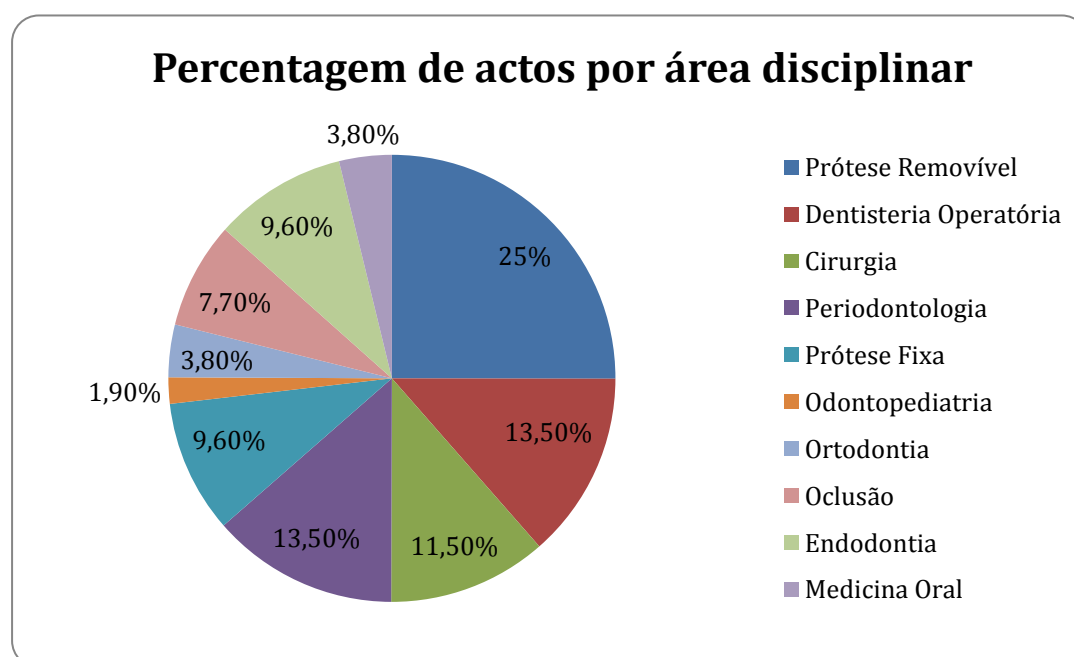


Gráfico 4 Percentagem de actos realizados pelo autor em cada uma das áreas disciplinares na clínica universitária da UCP

A **tabela 6** indica-nos o número de actos clínicos realizados pelo autor na UMC St. Radboud, por área disciplinar. A Prostodontia Removível foi a área disciplinar onde se verificou o maior número de actos clínicos efectuados, num total de 11, seguida da Dentisteria Operatória também com 11 e da Periodontologia com 9 actos. Na Cirurgia Oral, o autor realizou um total de 4 actos clínicos. A Endodontia foram realizados 5 actos enquanto que em Oclusão foram realizados 3 actos clínicos. Medicina Oral conta com 2 actos clínicos e, por fim, Prótese Fixa é a área disciplinar com menos actos realizados (1 acto).

Tabela 6 N° de actos realizados por área disciplinar pelo autor no UMC St Radboud

Área disciplinar	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Prótese Removível	11	23,9	23,9
Dentisteria Operatória	11	23,9	47,8
Cirurgia	4	8,7	56,5
Periodontologia	9	19,6	76,1
Prótese Fixa	1	2,2	78,3
Oclusão	3	6,5	84,8
Endodontia	5	10,9	95,7
Medicina Oral	2	4,3	100,0
Total	46	100,0	

No **Gráfico 5** observa-se a percentagem de actos realizados em cada uma das áreas disciplinares no UMC of *St Radboud*. . A maior percentagem, 23,9%, corresponde à área da Dentisteria Operatória, juntamente com a Prótese Removível com 23.9%. Posteriormente, segue-se a Periodontologia com 19,6% , a Endodontia com 10.9%, a Cirurgia com 8.7%, a Oclusão com 6,5% dos actos, a Medicina Oral com 4.4% e finalmente a área da Prótese Fixa com apenas 2.2%.

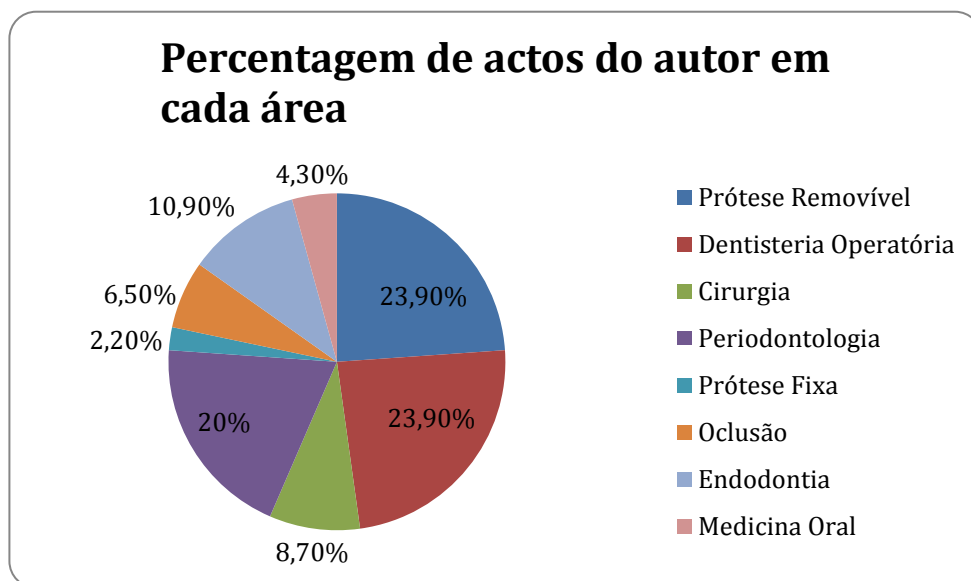


Gráfico 5 Percentagem de actos realizados pelo autor em cada uma das áreas disciplinares no UMC St Radboud

Na **Tabela 7** constam os actos do autor a Prótese Removível realizados na UCP. Assim, de um total de 13 actos clínicos, o autor realizou 2 primeiras consultas, 5 consultas de controlo, 2 consultas de prova de infra-estrutura, 3 consultas de prova de dentes e uma consulta de inserção.

Tabela 7 Tratamentos realizados pelo autor a Prótese Removível na clínica universitária da UCP

Tratamentos Prótese Removível	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
1ª consulta	2	15,4	15,4
Controlo	5	38,5	53,8
Prova de infra-estrutura	2	15,4	69,2
Prova de dentes	3	23,1	92,3
Inserção	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	

Na **Tabela 8** constam os actos do autor a Prótese Removível realizados na UMC. Assim, de um total de 11 actos clínicos, o autor realizou 1 rebasamento, 2 consultas de controlo de prótese total, 3 controlos de próteses esqueléticas, 3 controlos de próteses removíveis implanto-retidas e dois procedimentos de acondicionador de tecidos.

Tabela 8 Tratamentos realizados pelo autor a Prótese Removível no UMC of St Radboud

Tratamentos Prótese Removível	Frequência	Percentagem Válida	Percentagem cumulativa
Rebasamento	1	9,1	9,1
Controlo Prótese Total	2	18,2	27,3
Controlo Prótese Esquelética	3	27,3	54,5
Controlo Prótese Implanto Retida	3	27,3	81,8
Condicionador de Tecidos	2	18,2	100,0
Total	11	100,0	

Na **Tabela 9** constam os actos do autor a Dentisteria Operatória realizados na UCP. Como tal, de um total de 7 actos clínicos, o autor realizou 5 cavidades classe II, 1 espigão e 1 restauração provisória.

Tabela 9 Tratamentos realizados pelo autor a Dentisteria Operatória na clínica universitária da UCP

Tratamentos Dentisteria Operatória	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Classe II	5	71,4	71,4
Espigão	1	14,3	85,7
Restauração Provisória	1	14,3	100,0
Total	7	100,0	

Na **Tabela 10** encontram-se os actos do autor a Dentisteria Operatória realizados na UMC. De um número total de 11 actos clínicos, o autor realizou 2 cavidades classe I, 6 Classe II, 2 facetas em compósito e um encerramento de diastemas.

Tabela 10 Tratamentos realizados pelo autor a Dentisteria Operatória no UMC of St Radboud

Tratamentos Dentisteria Operatória	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Classe I	2	18,2	18,2
Classe II	6	54,5	72,7
Encerramento de diastemas	1	9,1	81,8
Facetas compósito	2	18,2	100,0
Total	11	100,0	

Na **Tabela 11** encontram-se os actos do autor a Cirurgia Oral realizados na UCP. De um número total de 6 actos clínicos, o autor realizou 2 extracções de monorradiculares, 3 extracções de multirradiculares e um controlo.

Tabela 11 Tratamentos realizados pelo autor a Cirurgia na clínica universitária da UCP

Tratamentos Cirurgia	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Extracção de Monorradiculares	2	33,3	33,3
Extracção plurirradiculares	3	50,0	83,3
Controlo	1	16,7	100,0
Total	6	100,0	

Na **Tabela 12** encontram-se os actos do autor a Cirurgia Oral realizados na UMC. Para um total de 4 actos clínicos, o autor realizou 2 extracções de multirradiculares e duas consultas de controlo.

Tabela 12 Tratamento realizados pelo autor a Cirurgia no UMC of St Radboud

Tratamentos Cirurgia	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Extracção de multirradiculares	2	50,0	50,0
controlo	2	50,0	100,0
Total	4	100,0	

Na **Tabela 13** observam-se os actos do autor a Periodontologia realizados na UCP. De um número total de 7 actos clínicos, foram efectuadas pelo autor 6 destartarizações com recurso a ultra-sons e uma férula.

Tabela 13 Tratamentos realizados pelo autor a Periodontologia na clínica universitária da UCP

Tratamentos Periodontologia	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Destartarização ultrassons	6	85,7	85,7
Férula	1	14,3	100,0
Total	7	100,0	

Na **Tabela 14** pode-se observar os diagnósticos feitos na área de Periodontologia na clínica universitária da UCP. De entre os 7 actos clínicos efectuados, foram tratadas 4 Periodontites Crónicas Avançadas (PCA), 1 Periodontite Crónica Moderada (PCM) e outra Periodontite Crónica Leve (PCL), bem como 1 Gengivite Leve.

Tabela 14 Diagnóstico dos actos clínicos realizados a Periodontologia na clínica universitária da UCP

Diagnóstico Periodontal	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
PCL	1	14,3	14,3
PCM	1	14,3	28,6
PCA	4	57,1	85,7
Gengivite Leve	1	14,3	100,0
Total	7	100	

Na **Tabela 15** observam-se os actos do autor a Periodontologia realizados na UMC. De um número total de 9 actos clínicos efectuados, todos eles foram tartarectomias ultrassónicas.

Tabela 15 Tratamentos realizados pelo autor em Periodontologia no UMC of St Radboud

Tratamentos Periodontologia	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Destartarização com ultrassons	9	100,0	100,0

Na **Tabela 16** pode-se observar os diagnósticos feitos na área de Periodontologia na UMC. Foram tratadas 4 Periodontites Crónicas Leves (PCL), 2 Periodontites Crónicas Moderadas (PCM) e 3 Gengivites Leves.

Tabela 16 Diagnóstico dos actos clínicos realizados a periodontologia no UMC of St Radboud

Diagnóstico	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
PCL	4	44,4	44,4
PCM	2	22,2	66,7
Gengivite leve	3	33,3	100,0
Total	9	100,0	

Na **Tabela 17** estão registados os actos clínicos de Protoprontia Fixa da UCP perfazendo um total de 5 actos clínicos. Assim, foi realizada uma consulta de avaliação em Prótese Fixa, uma prova de infra-estrutura, uma cimentação de uma coroa unitária bem como de uma ponte, e ainda uma consulta de controlo.

Tabela 17 Tratamentos realizados pelo autor a Prótese Fixa na clínica universitária da UCP

Tratamentos Prótese Fixa	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
controlo	1	20,0	20,0
cimentação coroa unitária	1	20,0	40,0
cimentação de PPF	1	20,0	60,0
consulta de avaliação em PF	1	20,0	80,0
prova de infra-estrutura de coroa unitária	1	20,0	100,0
Total	5	100,0	

Na **Tabela 18** apresentam-se os tratamentos realizados em Prótese Fixa na UCM, of St. Radboud, onde apenas se realizou um acto clínico, tendo sido um controlo de uma prótese parcial fixa.

Tabela 18 Tratamentos realizados pelo autor em Prótese Fixa no UMC of St Radboud

Tratamentos Prótese Fixa	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Controlo PPF	1	100,0	100,0

Na **Tabela 19** encontram-se os actos clínicos realizados em Endodontia na UCP. Foram assim efectuadas duas restaurações pré-endodónticas, e três sessões de um tratamento endodóntico radical.

Tabela 19 Tratamentos realizado pelo autor a Endodontia na clínica universitária da UCP

Tratamentos Endodontia	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
1ª sessão	1	20,0	20,0
2ª sessão	1	20,0	40,0
3ª sessão	1	20,0	60,0
Restauração provisória pré-endodontia	2	40,0	100,0
Total	5	100,0	

Na **Tabela 20** constam os actos clínicos de endodontia realizados na UMC. Foram, tal como em Portugal, realizados 5 actos clínicos, tendo estes sido uma urgência, um controlo de um retratamento, e 3 sessões de endodontia.

Tabela 20 Tratamentos realizado pelo autor em Endodontia no UMC of St Radboud

Tratamentos Endodontia	Frequência	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Controlo Retratamento	1	20,0	20,0
1ª sessão endodontia	1	20,0	40,0
2ª sessão endodontia	1	20,0	60,0
3ª sessão endodontia	1	20,0	80,0
urgência	1	20,0	100,0
Total	5	100,0	

Na **Tabela 21** constam os actos clínicos de Medicina Oral na UCP. Aí, foram observados dois doentes, tendo-se realizado 2 primeiras consultas.

Tabela 21 Tratamentos realizados pelo autor a Medicina Oral na clínica universitária da UCP

Tratamentos Medicina Oral	Frequência	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
1ª consulta	2	100,0	100,0

Na **Tabela 22** observam-se os actos clínicos de Medicina Oral na UMC. Foram observados dois doentes, tendo-se realizado uma primeira consulta e um diagnóstico de uma lesão branca.

Tabela 22 Tratamentos realizado pelo autor a Medicina Oral no UMC of St Radboud

Tratamentos Medicina Oral	Frequência	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
1ª Vez	1	50,0	50,0
Consulta de diagnóstico de lesão	1	50,0	100,0
Total	2	100,0	

Na **Tabela 23** observam-se os doentes observados pelo autor na área de Oclusão na clínica universitária da UCP. O autor realizou 2 controlos de goteira, uma consulta de urgência e uma montagem em articulador.

Tabela 23 Tratamentos realizados pelo autor a Oclusão na clínica universitária da UCP

Tratamentos Oclusão	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Montagem em articulador	1	25,0	25,0
Urgência	1	25,0	50,0
Controlo goteira	2	50,0	100,0
Total	4	100,0	

Na **Tabela 24** podem-se observar os tratamentos que o autor realizou na área disciplinar de Oclusão na UMC of St. Radboud. Nos 3 actos clínicos, o autor executou um ajuste oclusal, uma urgência e uma consulta de controlo de goteira.

Tabela 24 Tratamentos realizados pelo autor a Oclusão no UMC of St Radboud

Tratamentos Oclusão	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Urgência	1	33,3	33,3
Ajuste Oclusa	1	33,3	66,7
Controlo goteira	1	33,3	100,0
Total	3	100,0	

Na **Tabela 25** observam-se os tratamentos realizados na área disciplinar de Odontopediatria. O único tratamento efectuado pelo autor enquanto operador foi uma pulpotomia.

Tabela 25 Tratamento realizado pelo autor a Odontopediatria na clínica universitária da UCP

Tratamento Odontopediatria	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Pulpotomia	1	100,0	100,0

Na **Tabela 26** observam-se os tratamentos realizados em Ortodontia, na clínica universitária da UCP. Assim, foi realizada uma consulta de avaliação e uma outra consulta de inserção de um aparelho removível inferior.

Tabela 26 Tratamentos realizados pelo autor a Ortodontia na clínica universitária da UCP

Tratamentos Ortodontia	Frequência	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Consulta de avaliação em Ortodontia	1	50,0	50,0
Inserção de aparelho removível com parafuso de expansão	1	50,0	100,0
Total	2	100,0	

4.2. Doentes observados pelo trinómio na clínica universitária da UCP

Na **Tabela 27** observa-se a média de idades dos doentes do trinómio. A média observada na UCP foi de 46,80 anos, com um desvio padrão de 20,279.

Tabela 27 Idade dos doentes observados pelo trinómio na clínica universitária da UCP

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	44	7	88	46,80	20,279

Na **Tabela 28** observam-se o género dos doentes observados pelo trinómio na clínica da UCP. Dos 44 doentes, 24 são do sexo Feminino e 20 do sexo Masculino.

Tabela 28 Género dos doentes observados pelo trinómio na clínica universitária da UCP

Género	Frequência	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Feminino	24	54,5	54,5
Masculino	20	45,5	100,0
Total	44	100,0	

No **Gráfico 6** observam-se as percentagens de género dos actos clínicos do trinómio 76 realizados na clínica universitária da UCP. Da população observada, 54.5% são do sexo feminino, enquanto 45.5% da população é do sexo masculino.

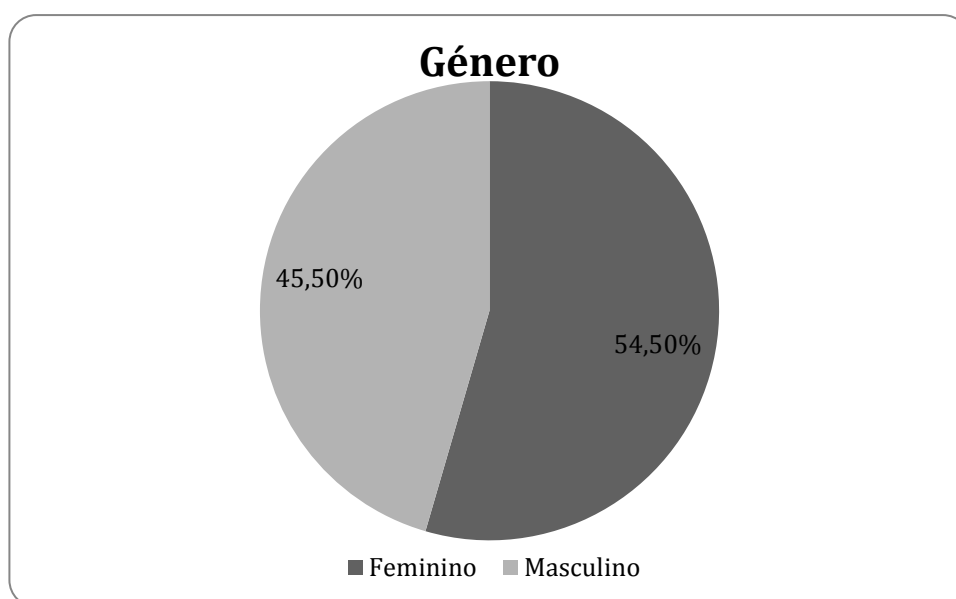


Gráfico 6 Género dos doentes observados pelo trinómio em percentagem na clínica universitária da UCP

Na **Tabela 29** estão presentes os actos clínicos do trinómio 76, consoante a área disciplinar, efectuados na clínica universitária da UCP. Assim, a área onde se realizou mais actos foi na Prótese Removível, com 27 actos clínicos efectuados, seguindo-se a Periodontologia com 20 actos, a Dentisteria Operatória com 18 actos clínicos, a Endodontia com 14, a Cirurgia Oral com 12 actos. Ainda, a Prótese Fixa com 11 actos clínicos, a Oclusão com 8 actos, a Ortodontia com 6 tal como a Medicina Oral, e por fim, com apenas 3 actos clínicos, a Odontopediatria.

Tabela 29 N° total de actos realizados pelo trinómio por área disciplinar na clínica universitária da UCP

Área disciplinar	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Prótese Removível	27	21,6	21,6
Dentisteria	18	14,4	36,0
Cirurgia	12	9,6	45,6
Periodontologia	20	16,0	61,6
Prótese Fixa	11	8,8	70,4
Odontopediatria	3	2,4	72,8
Ortodontia	6	4,8	77,6
Oclusão	8	6,4	84,0
Endodontia	14	11,2	95,2
Medicina Oral	6	4,8	100,0
Total	125	100,0	

No **Gráfico 7** constam as percentagens de actos realizados, pelo trinómio, por área disciplinar. A maior percentagem, 21.6%, corresponde à área da Prótese Removível, seguida da Periodontologia com 16% e da Dentisteria com 14.4%. Posteriormente, segue-se a Endodontia com 11.2%, a Cirurgia com 9.6%, a Prótese Fixa com 8.8%, a Oclusão com 6.4%, a Medicina Oral e a Ortodontia com 4.8% e por fim a Odontopediatria apenas com 2.4%.

Percentagem de actos realizados pelo trinómio

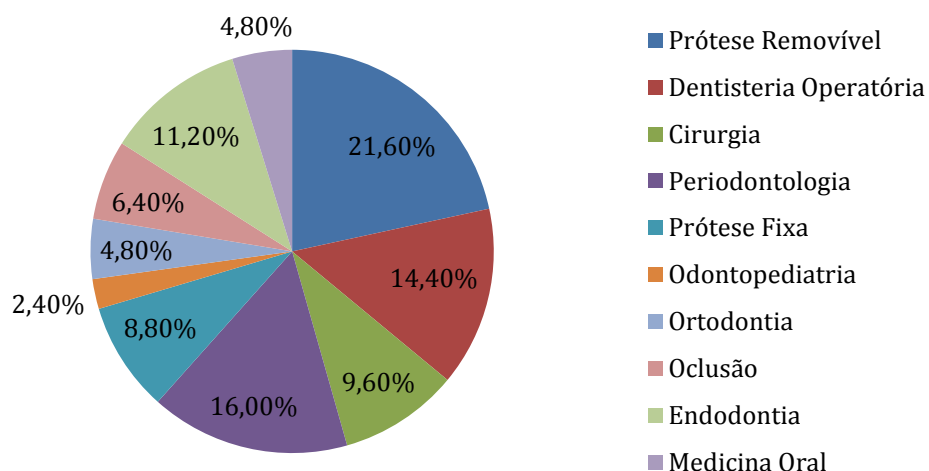


Gráfico 7 Percentagem de actos realizados pelo trinómio por área disciplinar na clínica universitária da UCP

Na **Tabela 30** observam-se o número de actos do autor, fazendo 52 vezes a função de operador e 73 vezes o papel de assistente.

Tabela 30 N° de actos do autor como operador e como assistente na clínica universitária da UCP

Função	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Operador	52	41,6	41,6
Assistente	73	58,4	100,0
Total	125	100,0	

No **Gráfico 8** é possível observar a percentagem de actos do autor no trinómio 76. Enquanto operador, trabalho em 58.4% das vezes e enquanto assistente 41.6%.

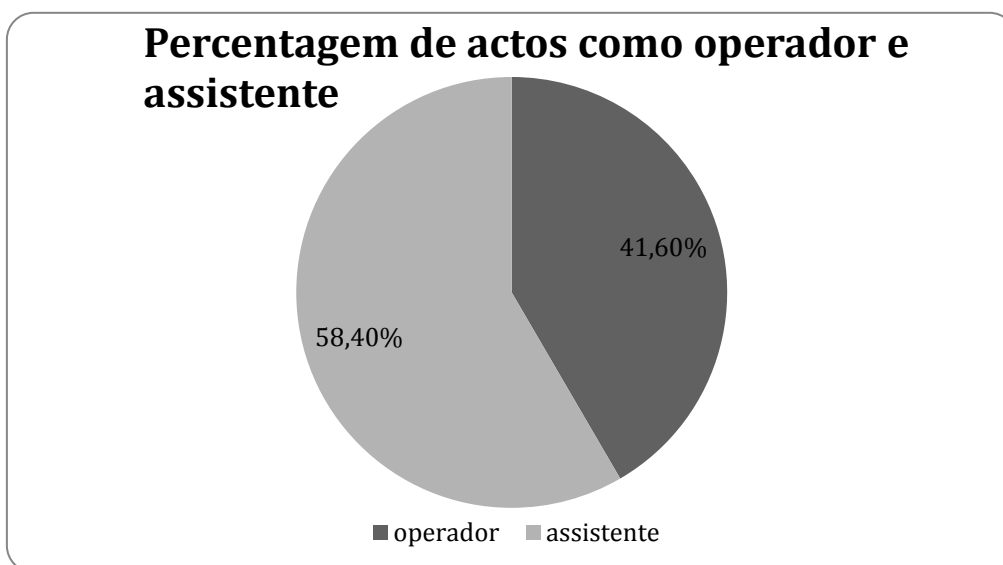


Gráfico 8 Percentagem de actos do autor como operador e assistente na clínica universitária da UCP

Na **Tabela 31** encontram-se divididos os actos do autor consoante desempenhou a função de operador ou de assistente, por área disciplinar, no trinómio. O maior número de actos, quer como operador, quer como assistente foi em Prótese Removível e na área de Periodontologia.

Tabela 31 N° de actos do autor como operador e assistente por área disciplinar na clínica universitária da UCP

		Função		Total
		Operador	Assistente	
Área disciplinar	Prótese Removível	13	14	27
	Dentisteria	7	11	18
	Cirurgia	6	6	12
	Periodontologia	7	13	20
	Prótese Fixa	5	6	11
	Odontopediatria	1	2	3
	Ortodontia	2	4	6
	Oclusão	4	4	8
	Endodontia	5	9	14
	Medicina Oral	2	4	6
	Total	52	73	125

No **Gráfico 9** observam-se os actos por área disciplinar, nos quais o autor desempenhou o papel de operador ou de assistente. Enquanto operador, o autor efectuou mais actos clínicos nas áreas de Prótese Removível, Dentisteria Operatória, Periodontologia e Cirurgia Oral, enquanto que como assistente, o autor realizou mais actos em Prótese Removível, Periodontologia e Dentisteria Operatória e na Endodontia, em virtude do número total de actos clínicos do trinómio.

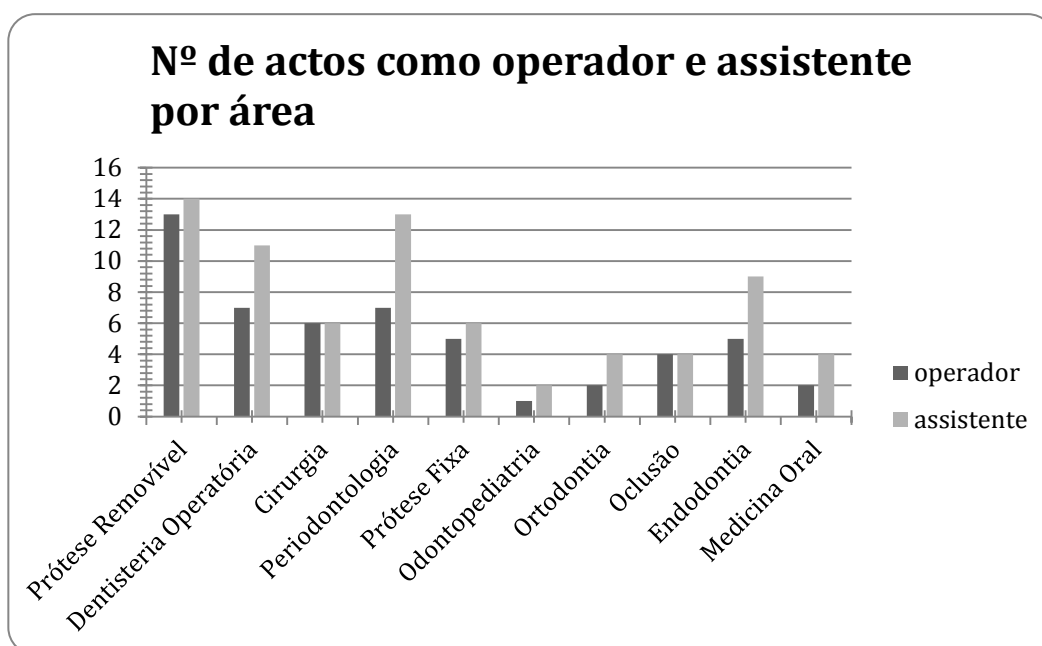


Gráfico 9 Nº de actos do autor como operador e assistente por área disciplinar na clínica universitária da UCP

)

4.3. Actividade Científica

Amelogénese Imperfecta e Bruxismo em Odontopediatria – a propósito de um caso clínico

Andrade G., Duarte A., Bexiga F., Figueiredo A., Ribeiro O. Universidade Católica Portuguesa

Introdução: A amelogénese imperfecta (AI) é um termo coletivo utilizado para um grande número de condições anormais de formação do esmalte que afeta tanto a dentição decídua como a permanente, podendo existir até 12 tipos. Independentemente do subtipo de AI, as complicações orais são semelhantes: sensibilidade dentária, pobre estética dentária e diminuição da dimensão vertical oclusal.

O bruxismo, por sua vez, tem origem controversa e multifatorial e a sua prevalência em crianças varia entre 7-15,1%, sendo mais frequentes no sexo feminino. É uma alteração de movimentos do sistema mastigatório, parafuncional e involuntária caracterizada pelo ranger e apertar de dentes, nocturno ou diurno.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, 7 anos de idade, apresentou-se na consulta de Odontopediatria da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa com queixas de “dentes escurecidos e gastos”. O exame clínico revelou incisivos centrais, laterais e primeiros molares permanentes já erupcionados. Todos os dentes (decíduos e permanentes) apresentam manchas acastanhadas (características de amelogénese imperfecta diagnosticada) bem como lesões de atricção e desgaste oclusal acentuado (bruxismo noturno severo excêntrico diagnosticado).

Discussão: A paciente apresenta selantes de fissuras nos molares definitivos e restaurações de cárie prévias, tendo começado os tratamentos na Universidade em Abril de 2013. O plano de tratamento estabelecido engloba o tratamento das cáries activas, confecção de goteiras oclusais e controlos periódicos trimestrais para acompanhamento da erupção dentária, controlo do desgaste oclusal, e prevenção de cáries.

Conclusões: A reabilitação em casos de Amelogénese Imperfecta é importante por questões estéticas, funcionais e psicológicas. Uma abordagem multidisciplinar do

caso é essencial para uma correta avaliação, diagnóstico e elaboração do plano de tratamento.

Tendo em conta as características que a Amelogénese Imperfecta confere às propriedades do esmalte, e levando em consideração o nível de desgaste dentário apresentado pela paciente, considera-se que, a longo prazo, o bruxismo poderá acentuar as alterações provocadas no tecido dentário, influenciando a estética e função e podendo trazer disfunções temporomandibulares.

5. Discussão

5. Discussão

Da amostra que o autor observou em Portugal e nos quais foi o operador, um total de 25 doentes diferentes, foram efectuados 52 actos clínicos diferentes, nas várias áreas disciplinares. A média de idades foi de 47,12 anos, considerada relativamente alta. Apenas com 3 doentes pediátricos e com o maior número de actos nas áreas de Prostodontia Removível, onde é comum encontrar doentes mais idosos, tornou a média de idades mais alta. Dentro desses 25 doentes observados, 52% foram do sexo feminino correspondendo a 13 doentes e 48% do sexo masculino, correspondendo a 12 doentes.

Por outro lado, na sua estadia na Clínica Universitária da Universidade Radboud, na Holanda, o autor teve oportunidade de observar 38 doentes, perfazendo um total de 46 actos clínicos. A média de idade situou-se nos 51,87 anos, acima do verificado na população portuguesa. Segundo o autor, a explicação para este facto prende-se com o número de check-up semestrais ou anuais ou controlos de Periodontologia e Prótese Removível efectuados, fruto da política de prevenção e constante acompanhamento que os doentes têm nos Países Baixos. Dado o grande número de doentes que possuem seguros de saúde com componente de Medicina Dentária, torna os doentes mais comprometidos com o sucesso do plano de tratamento inicialmente adoptado e que confere-lhes a qualidade de vida que pretendem e da qual não abdicam. Assim se justifica, devido à isenção conferida ao pagamento das consultas pelos doentes. Em Portugal, fruto, muitas vezes de questões sócio-económicas e de factores prioritários do dia-a-dia que se sobrepõem aos cuidados de saúde e higiene oral, deixa-se para segundo plano uma componente de prevenção, tornando muitas vezes o plano de tratamento mais oneroso e frequentemente menos conservador, uma vez que o estado de degradação da cavidade oral, com o desenrolar do tempo, se agrava.

Ainda relativamente à população observada na UMC em Nijmegen, dos 46 doentes observados, 21 eram do sexo feminino, correspondendo a 55,3% da amostra e os restantes 44,7% correspondiam a 17 doentes do sexo masculino.

Pode-se ver que quer numa ou na outra realidade, a população observada corresponde sensivelmente metade a cada sexo, dado também o reduzido numero de doentes o que não confere uma relevância estatística da qual se possam retirar conclusões relativamente ao sexo e a comparência na consulta de Medicina Dentária.

Quanto aos actos, decorridos na clínica universitária da UCP, realizados pelo trinómio que o autor integrou no presente ano, foram observados um total de 125 doentes, dos quais 52 foram actos em que o autor desempenhou a função de operador e 73 o papel de assistente. Contudo, tal como descrito nos critérios de inclusão constantes dos Materiais e Métodos, embora o trinómio 76 tenha realizado mais actos clínicos, apenas foram incluídos, neste trabalho, os actos, quer como operador, quer como assistente, aqueles em que o autor esteve presente. Sobretudo no período do segundo semestre, compreendido entre as semanas de 3 a 29 de Fevereiro e de 3 a 13 de Junho, o autor desempenhou, quase sempre, o papel de operador aumentando assim o número de actos como operador, para o mesmo aumento de actos clínicos efectuados no trinómio, em semelhante período.

Relativamente aos actos clínicos por área disciplinar em Nijmegen, o maior número foi feito na área da Prostodontia e da Dentisteria, com 11 actos clínicos cada, seguido da Periodontologia com 9, pois, conforme supra-citado, os cidadãos holandeses fazem visitas semestrais ou anuais ao Médico Dentista. Assim, são feitas tartarectomias frequentes e os controlos das próteses quer removíveis quer das próteses fixas que apresentam são frequentes e permitem o constante controlo e rastreamento precoce de possíveis lesões cariosas em dentes pilares, de restaurações infiltradas ou de lesões provocadas por próteses mal adaptadas. Dentro das 11 dentisterias operatórias realizadas, a maioria foi feita em compósito, sendo a classe II a mais frequente, com 6 casos, tendo sido ainda realizadas duas facetas estéticas de compósito e um encerramento de diastemas, com recurso a técnica directa de estratificação de resinas compostas, conforme será descrito nos casos diferenciados. Dentro da área da Cirurgia Oral foram extraídos 2 dentes multirradiculares, um com recurso a odontosecção e outro com recurso a osteotomia para remoção de uma raiz fracturada, retida no alvéolo. Quanto à área da Endodontia, foi feito um molar de 4 canais, com recurso a técnica de instrumentação rotatória, em 3 sessões, bem como um controlo de um retratamento e uma consulta de urgência onde não foi realizado qualquer intervenção, apenas medicação. A endodontia mecanizada permitiu um preparo mais rápido e uniforme dos canais do molar em questão, sujeitando a doente a menos tempo de cadeira. Relativamente às disciplinas de Ortodontia e de Odontopediatria, não fizeram parte do plano curricular do autor no período em que se encontrou na Holanda uma vez que, na Universidade de Nijmegen, são áreas de especialização apenas possíveis para alunos dessa mesma especialização, fruto dos

seis anos vigentes do curso pré-graduado holandês. Já nas consultas de Medicina Oral, foram observados dois doentes, um deles numa consulta de primeira vez e outro onde foi feito um diagnóstico de uma leucoplasia e de uma lesão hiperqueratótica compatível com uma estomatite nicotínica, fruto dos hábitos severos de fumador do doente em questão. Foi prontamente encaminhado para a consulta de cirurgia maxio-facial, protocolo corrente na Holanda, para posterior avaliação e possível biopsia. Em Oclusão, observou-se 3 doentes, tendo um sido uma urgência, um outro um controlo de uma goteira num doente com bruxismo excêntrico (noturno) e uma outra consulta de um acerto oclusal de uma coroa metalo-cerâmica com excesso de carga.

Foi um período que o autor considerou extremamente proveitoso, passado em regime de clínica integrada, percorrendo as clínicas da universidade, uma policlínica destinada a urgências e a procedimentos de emergência e ainda uma clínica exclusiva de periodontologia, onde pode assistir aos demais procedimentos de cirurgia periodontal. Aí pode intervir como observador a inúmeras cunhas distais, retalhos de widman modificado, enxertos gengivais livres e de conjuntivo, planeamentos e discussão de protocolos para doentes com reabilitações em implantes e casos de regeneração. Foi possível realizar duas semanas de período de curso de cirurgia mucogengival em mandíbulas de porco, em ambiente de pré-clínico, onde foram testadas diversas técnicas de incisões, de enxertos, de suturas e curetagens. O autor considera o período dispendido no programa de intercâmbio uma mais valia futura, com obtenção de mais alguma experiência sobretudo teórico-prática e ao nível do planeamento dos casos clínicos. Percebeu o funcionamento do sistema de saúde holandês e procurou desenvolver competências fundamentais, quer no domínio e exercício de língua estrangeira, quer no de número de doentes/carga horária que encontrou, o que permitiu a percepção da celeridade de execução inerente ao mercado de trabalho.

Quanto aos doentes que o autor observou no período relativo ao primeiro semestre, bem como no decurso no segundo semestre em que esteve presente na clínica universitária do CRB em Viseu, o autor acompanhou e realizou treze actos de Prostodontia Removível como operador. Aqui constam duas primeiras consultas, cinco consultas de controlo, entre elas das duas próteses esqueléticas colocadas durante o primeiro semestre, duas provas de infra-estrutura e provas de dentes e uma

inserção de uma prótese acrílica elaborada pelos colegas do trinómio, durante o seu período de estadia na Holanda, mas onde apenas constou a consulta de inserção bem como uma consulta de controlo. Dentro da Periodontologia, foram realizadas seis destartarizações com recurso a ultra-sons e um procimento cirúrgico com a colocação de uma férula inferior em fibra de vidro, descrita pormenorizadamente nos casos diferenciados. Na Odontopediatria, foi realizado apenas um acto clínico uma doente do sexo feminino, onde se efectuou uma pulpotomia, também ela incluída nos casos diferenciados. Relativamente à disciplina de Cirurgia Oral, foram efectuadas seis procedimentos, englobando duas extracções de dentes monoradiculares, três de dentes multiradiculares e uma consulta de controlo em que foi feita uma prótese estética acrílica imediata. Quanto às áreas restauradoras, o autor efectuou sete actos clínicos em Dentisteria operatória, com cinco classes II a corresponder a 71,4% dos actos desta área disciplinar, bem como um espigão com uma restauração estética e uma restauração provisória a perfazer os restantes 28,6%. Dentro da Endodontia, o autor efectuou o T.E.R. de um molar inferior, onde efectuou instrumentação manual dos três canais, durante três sessões, tendo ainda feito duas consultas de restaurações pré-tratamento endodontico. Na Prostodontia Fixa, o autor efectuou um prova de infraestrutura e uma prova de dentes de uma coroa unitária de um molar inferior da qual resultou mais um acto de cimentação dessa mesma coroa, tendo feito ainda uma outra cimentação de um prótese parcial fixa, isto é, uma ponte de três elementos e feito o respectivo controlo, num total de cinco actos clínicos.

Em Ortodontia, o trinómio 76 teve 6 consultas, todas elas no mesmo doente, nas quais o autor se encarregou de efectuar a primeira consulta, onde foi feita a avaliação e a elaboração de um plano de tratamento onde constasse a confecção de um aparelho inferior para impedir a mesialização do dente 3.6 e servir de recuperador de espaço, com um parafuso de expansão, e fez a inserção desse mesmo aparelho. Nas duas consultas de Medicina e Patologia Oral que o autor efectuou, foram feitas duas primeiras consultas, com preenchimento da história clínica, captação de uma radiografia panorâmica, fundamental na elaboração de um plano de tratamento e o respectivo encaminhamento para cada uma das áreas disciplinares necessárias. Já em Oclusão, o autor observou três doentes, onde realizou cinco actos clínicos. Foi feita uma consulta de primeira vez em que se fez montagem de articulador e uma outra de urgência. Os restantes três actos foram realizados na mesma doente, com controlos periódicos de goteira para controlo de Bruxismo Excêntrico (noturno), doente essa

que apresenta Amelogénese Imperfeita, alvo de um poster científico descrito pelo autor, neste trabalho.

O autor considera que pôde desenvolver maior carga de trabalho no período na Holanda, pois num menor período de tempo, teve a possibilidade de atingir um número de actos semelhante ao registado em Portugal.

5.1. Actos Diferenciados

5.1.1 Áreas de Medicina Dentária Conservadora e Restauradora

5.1.1.1 Dentisteria Operatória

Área responsável pela prevenção e tratamento da doença dentária mais comum, a par da doença periodontal, que é a cárie dentária. Questões como as fracturas dentárias, alterações de cor ou forma, as lesões físicas de abrasão, abfracção, erosão ou atricção são do domínio da Dentisteria Operatória. Tem como propóstio a restauração da forma natural dos dentes, com recurso a diversos materiais que vão desde as resistentes restaurações a amálgama, às resturações a ionomero de vidro ou à estética conferida pelos compósitos dentários utilizados hoje em dia. Faz-se valer de cada vez mais eficazes meios de adesão química por via de adesivos dentários, meios de retenção adicional como espigões metálicos ou mais recentemente espigões de fibra de vidro e sistemas de polimento de restaurações que tornam imperceptível qualquer margem de limite entre o material sintético e o dente natural.

No decurso do ensino pré-graduado que o autor frequentou na Universidade Católica Portuguesa, fizeram parte do programa curricular preparos cavitários para compósito e amálgama, segundo os princípios de Black, recorrendo ao protocolado. Foram adquiridos conceitos no que respeita a técnicas adesivas, anatomia dentária, técnicas de isolamento relativo e absoluto e de como actuar na prevenção e no tratamento de patologia e sensibilidade pulpar e traumatismo.

- PROCEDIMENTO: DENTE EXTENSAMENTE DESTRUÍDO,
RESTAURADO COM USO DE AROS DE COBRE

Nacionalidade: Portuguesa

História Clínica:

Doente, sexo feminino, 88 anos, saudável, não faz qualquer tipo de medicação, sem alergias referenciadas, sem historial de cirurgias recentes ou internamentos, com uma PCL controlada, índice de placa baixo, boa higiene oral e motivada, surgiu na consulta de Dentisteria Operatória, com necrose no dente 2.6, extensamente restaurado, tendo sido proposta uma restauração a amálgama com recurso a um aro de cobre. Foram criados amálgama-pinos no interior dos canais e posterior restauração a compósito, criando mecanismos de retenção mecânicos e químicos ao esmalte remanescente e conferindo correcta anatomia oclusal . Tratamento foi realizado em duas consultas, como forma de poder permitir que a amalgama pudesse atingir as suas propriedades de retenção ideais.

Material: Kits de material para cada área disciplinar (**ver anexo 1**);

Protocolo:

- Remoção de cárie e da restauração provisória
- Anestesia infiltrativa supra-periosteal por vestibular do dente 2.7
- Remoção da cárie com broca esférica diamantada, montada em turbina
- Uso de broca esférica laminada, montada em contra-ângulo
- Colocação de aro de cobre previamente moldado ao colo do dente

Tratamento Restaurador:

1ª consulta

- Desinfecção da cavidade com bola de algodão impregnada em clorhexidina
- Secagem da cavidade com seringa ar-água e bola de algodão seca
- Colocação de amálgama no interior do preparo e compactação
- Criação de zonas de retenção e de “pinos de amálgama”
- Brunimento pré escultura e escultura

2ª Consulta

- Condicionamento ácido com ácido fosfórico
- Lavagem da cavidade e exsicar ligeiramente dentina e esmalte remanescente
- Aplicação de camada de adesivo
- Evaporação do solvente
- Polimerização por 20 segundos
- Aplicação de segunda camada de adesivo
- Evaporação do solvente
- Polimerização de 40 segundos
- Uso de compósito *ivoclar A2*
- Polimerização entre cada camada de 20seg e final de 40seg
- Remoção do isolamento absoluto e teste da oclusão com papel articular
- Polimento da restauração
- Instrução e Motivação Higiênica

Meios auxiliares de diagnóstico:



Rx Panorâmico dente extensamente destruído



Rx inicial



Rx final

Fotografias:





Discussão:

A restauração tem bom prognóstico, foi criada retenção mecânica para a amalgama bem como adesão para o compósito no esmalte remanescente e dada a razoável higiene oral da doente, é expectável que seja um tratamento com sucesso a médio prazo, dado também a idade da doente.

Segundo Opdam et al., uma restauração a compósito dura em media 3,3-4,7 anos e uma restauração a amálgama dura em media 6,6 a 14 anos.(33)

Segundo Bernardo et al., o risco de falha por cárie secundária no compósito é 3,5 superior ao do amálgama.(34)

PROCEDIMENTO: ESPIGÃO + RESTAURAÇÃO ESTÉTICA

Nacionalidade: Portuguesa

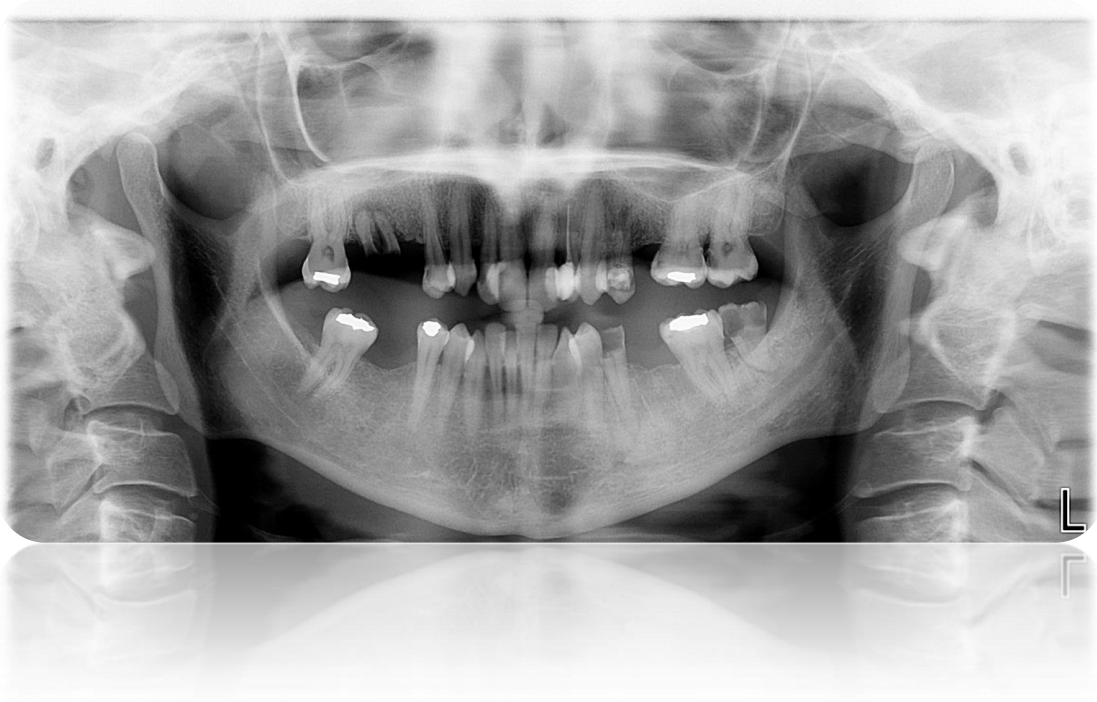
História Clínica:

Doente do sexo feminino, de 42 anos, fumadora com higiene oral pobre, faz medicação calmante e soporífera. Dente 11 com tratamento endodôntico considerado satisfatório e foi proposto o tratamento de colocação de um espigão intracanal em fibra de vidro, tendo posteriormente sido restaurado com recurso a uma restauração estética.

Protocolo:

- Exame Radiográfico para avaliar:
 - qualidade da obturação
 - condição periapical
 - comprimento da raiz
 - anatomia radicular
 - dimensão do canal radicular
 - espessura da dentina
 - estrutura radicular remanescente
- Avaliação Clínica
- Desobturação do canal com brocas de Gates.
- Preservar 3-4mm apicais
- Preparação do canal com broca calibrada para o espigão a utilizar
- Teste do espigão no canal e análise radiográfica
- Corte do espigão
- Condicionamento ácido nas paredes do canal, câmara e estrutura dentária remanescente
- Aplicação do sistema adesivo no espigão e no canal. Aplicação de silano no espigão
- Colocação de cimento resinoso.
- Inserção do espigão no canal no canal com ajuda de um lântulo

Meios auxiliares de diagnóstico:



Rx Panorâmico de dente anterior destruído com restauração provisória

Fotografias:





Discussão:

Doente motivada, embora com pobre higiene oral, comprometeu-se a deixar de fumar e a melhorar quer os hábitos de higiene oral, quer a compliance no que aos tratamentos diz respeito. O espigão de fibra de vidro utilizado tende a reduzir a possibilidade de fractura da restauração dentária realizada. Permite uma maior superfície de adesão da restauração e confere rigidez à mesma.(35, 36)

PROCEDIMENTO: ENCERRAMENTO DE DIASTEMAS

Nacionalidade: Holandesa

História Clínica:

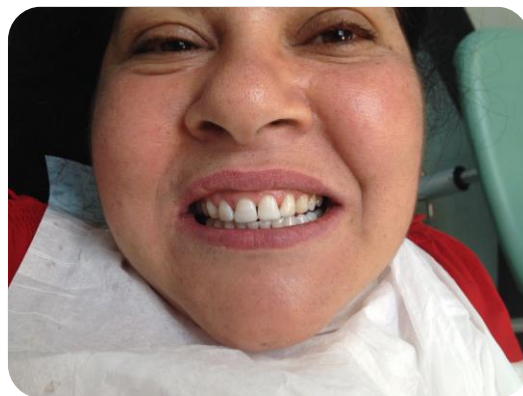
Doente de sexo feminino, de 48 anos, saudável, muito nervosa e algo impaciente, apareceu na clínica universitária da Universidade St. Radboud em Nijmegen como uma urgência, referindo que pretendia encerrar os diastemas por motivos estéticos. Doente foi questionada sobre a necessidade de planeamento do caso, com recurso a enceramento de diagnóstico e a confecção de matriz. Contudo, doente referiu urgência na resolução do caso e foi então realizado o procedimento consertado entre ambos.

Protocolo:

- Técnica directa de aplicação de compósito.
- Recurso a matriz de acetato e cunha de madeira para fixação.
- Aplicação de compósito inicialmente nas faces distais dos incisivos centrais de forma a dar uma forma mais triangular e posteriormente encerramento do diastema através da re-anatomização dos incisivos laterais.

Fotografias:





Discussão:

Doente afirmou estar desconfortável com a situação inicial e viu as suas expectativas realizadas após a conclusão deste procedimento.

O autor inicialmente sentiu alguma dificuldade relativamente ao comportamento irrequieto e impaciente da doente, que foi alterando consoante o decorrer da consulta. O uso de matriz e de enceramento de diagnóstico, ou mesmo de execução de técnica de mock-up, recorrendo a um material de confecção de restaurações protéticas provisórias como o acrílico Protemp e posterior preparo ligeiro da superfície vestibular dos incisivos superiores teria sido mais previsível o resultado final. No entanto, a paciente revelou-se agradada com o resultado final e confirmou expectativas correspondidas. O autor entende que o sucesso deste tratamento, a longo prazo, possa ser alcançado, com base em controlos periódicos de despiste de lesões de cárie secundárias e avaliações de alterações na oclusão da doente.

5.1.1.2. Endodontia

A Endodontia é a especialidade dirigida ao tratamento da patologia pulpar. (37) É fundamental nos casos de pulpites, inflamações pulpares reversíveis ou irreversíveis e de necroses dentárias, que são infecções que podem conduzir a formação de abscessos ou quistos dentários e que podem acometer várias estruturas dentárias anexas à cavidade oral. Faz uso do recente instrumental mecanizado, quer por meio de instrumentação rotatória, quer ao nível da localização apical, o que diminui a exposição do doente à radiação.

Caso diferenciado:

- Comparação entre instrumentação manual dente 37 e instrumentação rotatória de dente 36

PROCEDIMENTO: T.E.R. INSTRUMENTAÇÃO MANUAL DENTE 37

Nacionalidade: Portuguesa

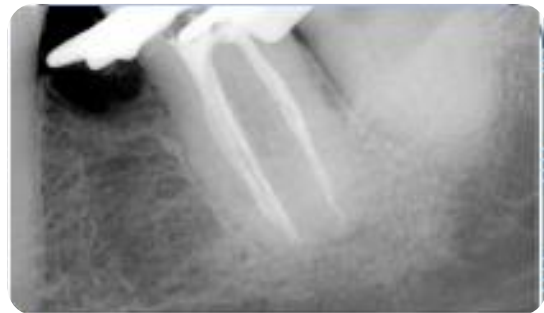
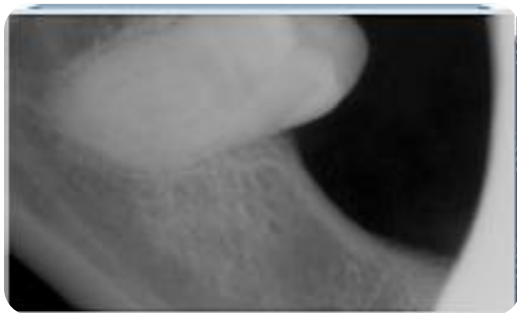
História Clínica:

Doente de 47 anos, sexo feminino, faz medicação antihipertensora e anticolestrolémica, portadora de prótese removível acrílica superior, apresentava-se na consulta de endodontia da clínica universitária da UCP para o tratamento endodôntico do dente 3.7. Assim, procedeu-se ao T.E.R, em 3 sessões, por via de instrumentação manual e obturação com técnica de condensação lateral de gutta percha e posterior restauração provisória.

Protocolo de actuação:

- Trepanação
- Abertura Camaral: triangular de base mesial
- Permeabilização canalar: molar de 3 canais
- Odontometria
- Conometria
- Obturação: técnica de condensação lateral de gutta percha

Meios auxiliares de diagnóstico:



Discussão:

O comprimento de trabalho foi respeitado durante todo o procedimento, tendo a obturação do canal distal ficado pouco compactada no seu 1/3 apical. Contudo, foi atingido o selamento apical pretendido. Como dificuldades encontradas, da 2^a para a 3^a sessão, teve que se recuperar comprimento de trabalho o que foi conseguido com sucesso.

PROCEDIMENTO: T.E.R. INSTRUMENTAÇÃO ROTATÓRIA DENTE 37

Nacionalidade: Holandesa

História Clínica:

Doente de 47 anos, sexo feminino, fotografa de profissão, saudável, não faz qualquer tipo de medicação, revelou-se um pouco ansiosa e com receio do tratamento. Foi proposto T.E.R. no dente 3.6 devido à pulpíte irreversível que apresentava fruto de grande cárie e as dores que a doente sentia. Este molar de 4 canais foi realizado em 3 sessões, com uso de instrumentação rotatória, sistema Wave one, e obturação com técnica de condensação lateral de gutta percha.

Material: Kits de material para cada área disciplinar (ver anexo 2);

Protocolo de actuação:

- Trepanação
- Abertura Camaral: triangular de base mesial
- Permeabilização canalar: molar de 4 canais
- Odontometria: sistema wave one - lima 25.08
- Conometria
- Obturação: técnica de condensação lateral de gutta percha

Meios auxiliares de diagnóstico:



Fotografias:



Discussão:

Durante a abordagem da instrumentação rotatória, foi escolhida a lima 25.08 uma vez que eram canais estreitos, bastante rectos e sendo uma biopulpectomia, não se pretendia uma alargamento muito evidente.

Em comparação com o sistema manual, o autor encontrou a rapidez e eficiência da instrumentação rotatória, ainda mais no sistema wave one, em que apenas se usa uma lima para o preparo de todo o canal.

Obtêm-se um preparo uniforme e menos sujeito a realização de falsos trajectos, quebra de instrumentos ou degraus nas paredes canalares. (38) Os instrumentos

rotatórios apresentam maior flexibilidade, sendo no entanto a remoção da smear-layer semelhante entre os dois sistemas.(37)

5.1.1.3 Odontopediatria

A Odontopediatria é a especialidade da Medicina Dentária exclusivamente dedicada à manutenção da saúde oral de crianças, adolescentes e doentes com necessidades especiais, que requerem cuidados mais especializados e recurso a técnicas de abordagem diferentes dos doentes em geral. Baseia-se numa vocação de tratamentos sobretudo preventivos e o desenvolvimento da dentição temporária e a sua mudança para a dentição definitiva. Tem um papel muito importante no despiste precoce de possíveis alterações ou disfunções, quer da fala, deglutição, respiração, postura e até mesmo défices de atenção ou de concentração. Visa assegurar uma futura dentição definitiva saudável, suportada por bons hábitos de higiene oral e visitas regulares ao Médico Dentista.

Casos Diferenciados:

- Pulpotomia.

PROCEDIMENTO: PULPOTOMIA

Nacionalidade: Portuguesa

História Clínica:

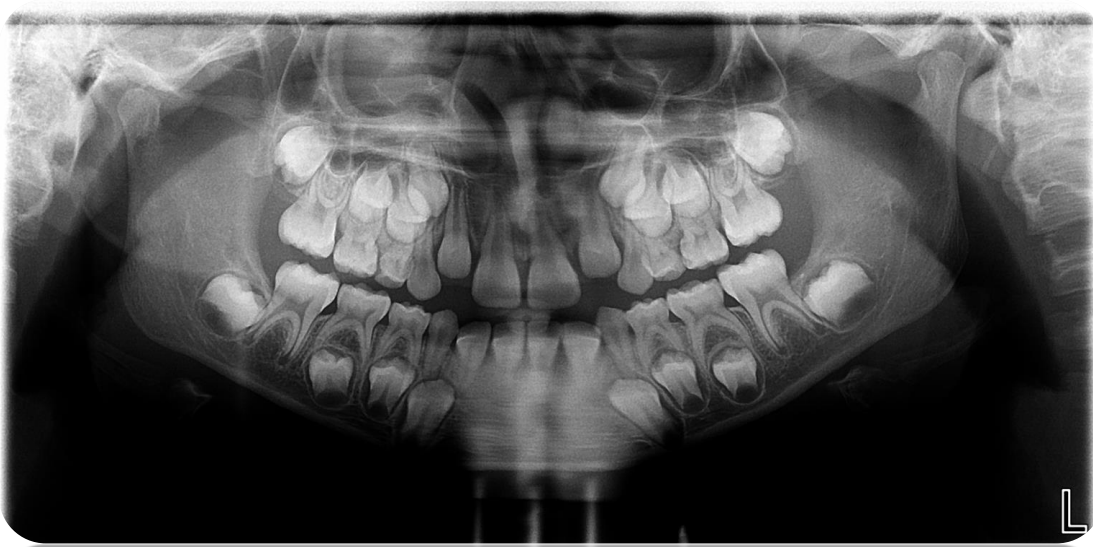
Menina, 11 anos, saudável, apresentou-se calma na consulta de Odontopediatria embora com sintomatologia álgica no dente 65. Após rx inicial e testes de vitalidade pulpar, optou-se pela execução de uma pulpotomia. O tecido camaral foi removido, o sangramento foi estancado com sulfato férrico e o dente restaurado definitivamente com amálgama.

Material: Kits de material para cada área disciplinar (**ver anexo 3**);

Protocolo:

- Radiografia pré-operatória
- Anestesia
- Isolamento Absoluto
- Remoção da dentina cariada
- Penetração na câmara pulpar por um ponto de fácil acesso
- Remoção de todo o tecto da câmara pulpar
- Hemostasia e visualização dos canais radiculares
- Avaliação do grau de hemorragia e remoção de toda a polpa remanescente
- Na presença de exsudato purulento, polpa fibrosa ou hemorragia incontrolável, considerar a extracção (não foi este o caso)
- Aplicação de bola de algodão embebida em sulfato férrico e sobre esta colocar um bola de algodão seca
- Aguardar 1-5min
- Remoção das duas bolas de algodão
- Colocação, na entrada dos canais e no solo da câmara pulpar, de oxido de zinco-eugenol
- Restauração definitiva: compósito e amálgama
- Remoção do isolamento absoluto
- Verificação da oclusão
- Polimento

Meios auxiliares de diagnóstico:

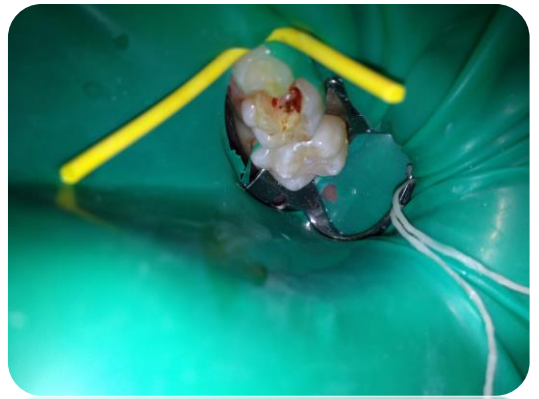
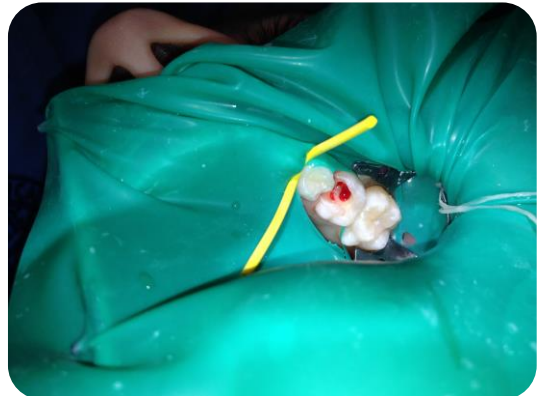
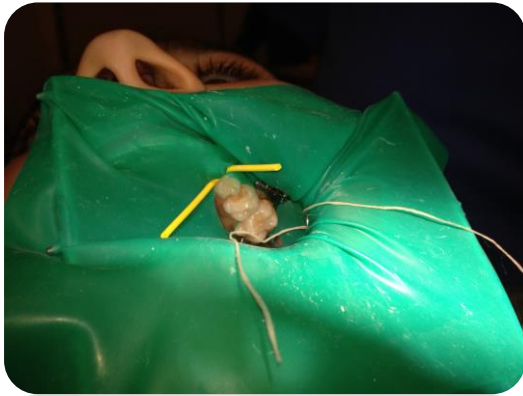


Rx Panorâmico



Rx Periapical

Fotografias:



Discussão:

Dente 26 com necessidade de controlos frequentes e de avaliação de vitalidade pulpar. Tratamento adoptado com vista ao processo evolutivo de maturação da polpa dentária e dos processos de regeneração daí decorrentes.

Prognóstico favorável, com controlo da hemorragia com sulfato férrico a ser feito em poucos segundos, o que permite que possivelmente em termos futuros não haja sensibilidade exagerada no dente em questão, nem necessidade de tratamento endodóntico radical.

5.1.2. Áreas Médico-Dentárias Cirúrgicas

5.1.2.1. Cirurgia oral

A Cirurgia Oral é a especialidade da Medicina Dentária dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações, lesões e patologias da cavidade oral e estruturas anexas.

A correcção das alterações e patologias da cavidade oral permite melhorar significativamente a capacidade estética e funcional, nomeadamente as funções fonéticas, de mastigação e deglutição, em muitos casos com resultados visíveis na autoconfiança e envolvimento social dos doentes.

5.1.2.2. Periodontologia

Área responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças que afectam o periodonto, denominação dos tecidos de suporte dentário: osso, ligamento periodontal e tecido gengival. As doenças periodontais dividem-se em: gengivite e periodontite.

A gengivite é provocada pela acumulação de placa bacteriana no sulco gengival, originando inflamação, edema e sangramento gengival espontâneo ou aquando de sondagem. Existem determinados factores como: gravidez, apinhamentos ou giroversões dentárias, uso de próteses, determinada medicação, doentes com dificuldades motoras ou problemas articulares que potenciam o aparecimento de patologia gengival e podem conduzir a periodontite, em casos mais avançados.

Assim, quando a doença evolui, com perda de inserção e perda de suporte periodontal, causando reabsorção óssea continuada fruto de uma inflamação gengival permanente, ocorre mobilidade dentária e consequente perda de peças dentárias. Problemas oclusais, má higiene oral, stress, tabaco ou doenças sistémicas como a diabetes são frequentemente apontados como factores predisponentes para o aparecimento de periodontite em adultos, que pode cursar várias severidades, dependendo da placa presente, do sangramento gengival ou da reabsorção óssea visível em radiografia.

Quando a doença surge em zonas localizadas, envolvendo apenas algumas peças dentárias específicas, em idades precoces e com baixa presença de placa bacteriana, podemos estar perante um tipo de periodontite agressiva.

- FÉRULA DE FIBRA DE VIDRO

Nacionalidade: Portuguesa

História Clínica: Paciente do sexo feminino, de 60 anos, refere sinusite e hipercolesterolémia controlada, não fumadora. Apresenta recessões de Miller classe IV no 5º sextante, com perda de inserção, ausência de gengiva queratinizada e perda de papilas e suporte ósseo, com férula em fio de aço descimentada e peças dentárias com mobilidade. Foi proposta a realização de nova férula, em fibra de vidro, e controlo da oclusão.

Material: Kits de material para cada área disciplinar (**ver anexo 4**);

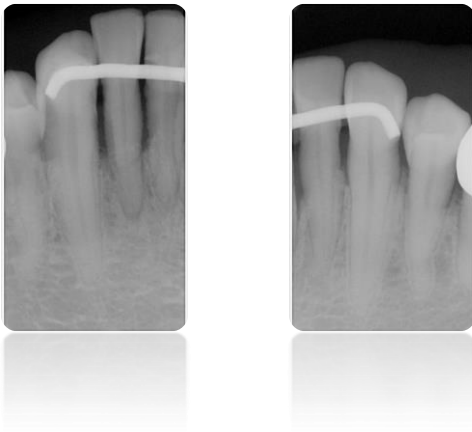
Protocolo:

- Avaliação, planeamento e selecção do material
- Isolamento absoluto com dique de borracha
- Preparação dos dentes para adesão com jacto de bicarbonato
- Colocação de fio dental nos espaços interproximais
- Medição do comprimento necessário para a férula com matriz metálica e corte da fibra
- Ataque ácido com ácido ortofosfórico durante 15 s
- Aplicação do adesivo e impregnação da fibra
- A aplicação de compósito fluido nas superfícies palatinas
- Colocação da fibra de reforço
- Adaptação da fibra de reforço nos espaços interproximais
- Polimerização de cada dente por 40 s
- Adição de compósito fluido sobre a férula para homogeneização da superfície palatina
- Regularização das superfícies para possibilitar a passagem de escovilhão interdentário
- Verificação oclusal
- Polimento com discos de acabamento

Meios auxiliares de diagnóstico:

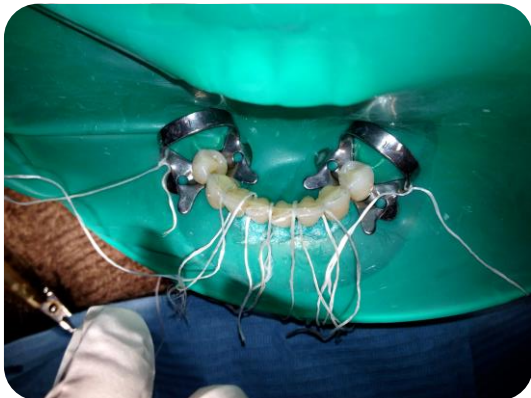
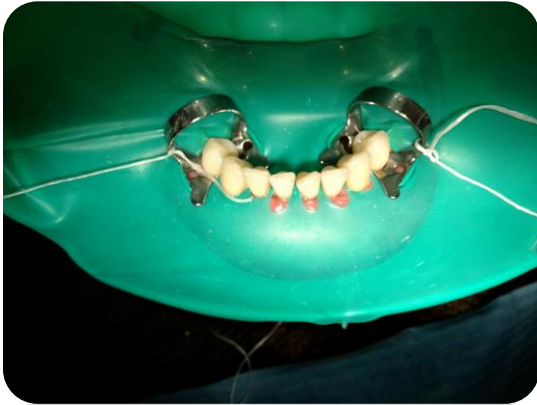


Rx panorâmico



Rx. Periapicais do 5° sextante

Fotografias:





Discussão:

Em dentes periodontalmente comprometidos, a solução de férula de fibra de vidro tem particular importância. (39) Assim, é possível distribuição uniforme das cargas mastigatórias, impedir mobilidade das peças dentárias e um reforço da sustentação dos próprios elementos dentários, uma vez que devido ao facto da doente ter uma periodontite crónica avançada, o nível de inserção ósseo não é o ideal.(40)

Contudo, com a motivação da doente, consultas regulares de controlo e tratamento periodontal de suporte, é expectável que o procedimento realizado possa ter sucesso e seja uma solução de médio prazo para a doente.

5.1.2.3. Medicina e Patologia Oral

Área da Estomatologia e da Medicina Dentária que é responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias dos tecidos moles (gingiva, mucosa oral e língua) e duros (dentes e osso) da cavidade oral e estruturas anexas (glândulas, músculos, seios, palato, lábio e pavimento da boca).

Pretende, sobretudo, despistar lesões ou alterações da normalidade que possam desencadear uma patologia que aumente as comorbilidades da resolução e do tratamento do doente.

Toda a lesão que cause dor, sangramento espontâneo, se apresente de consistência endurecida ou de cor alterada, com relevo e que não desapareça, deve ser reportada ao Médico Dentista, de forma precoce e ser observada e acompanhada. Diversos exames auxiliares de diagnóstico ou procedimentos cirúrgicos podem auxiliar o diagnóstico diferencial. A biópsia é o passo inicial mais importante a ser executado aquando do despiste de uma lesão com as características supra-mencionadas. Existem vários tipos de técnica, que se adequarão a cada localização e sintomatologia. A obtenção de um posterior relatório histológico e confirmação de um diagnóstico inicial é essencial para um correcto plano de tratamento.

Revela-se cada vez mais importante a prevenção, sobretudo, do cancro oral.

O cancro é a segunda causa de morte em Portugal, logo após as doenças cardiovasculares. O cancro oral é o conjunto de tumores malignos que afectam qualquer tecido da cavidade oral (dos lábios à faringe, incluindo as amígdalas). A sua localização mais comum é no pavimento da boca e na língua. A incidência do cancro oral é superior ao cancro do colo do útero ou da laringe, sendo o sexto mais frequente em todo o mundo. É mais frequente nos homens, acima dos 45 anos de idade, aumentando consideravelmente até aos 65 anos.

O Médico Dentista, pelo contacto regular com os seus doentes, encontra-se numa posição privilegiada para contribuir para a prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral. (9) Numa consulta de rastreio, procede-se ao exame visual e palpação de todas as estruturas orais e anexas à cavidade oral. Podem ainda ser solicitadas radiografias e outros exames complementares de diagnóstico. Quando uma lesão suspeita é

observada, a biopsia da mesma poderá ser aconselhada, permitindo a obtenção de um diagnóstico histológico concreto.

A prevenção do cancro oral assenta, fundamentalmente, na adopção de um estilo de vida saudável, com a eliminação dos factores de risco, designadamente os hábitos tabágicos e alcoólicos. Por outro lado, devem ser realizadas visitas regulares ao Médico Dentista que permitam um diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas. Note-se que, quando diagnosticado precocemente, a percentagem de sobrevivência ao fim de 5 anos pode atingir os 90%. Contudo, nos estadios mais avançados, as taxas de mortalidade ultrapassam os 60%.

- PROCEDIMENTO: DIAGNÓSTICO DE LEUCOPLASIA E ESTOMATITE
NICOTÍNICA

Nacionalidade: Holandesa

História Clínica:

Doente Holandês, de sexo masculino, 61 anos de idade, fumador pesado, saudável, não faz qualquer tipo de medicação, faz visitas regulares ao higienista oral. Relatou não saber a data de aparecimento das lesões brancas que possuía quando questionado pelo autor, nem referiu qualquer dor ou sensação de desconforto.

Condição da cavidade oral:

Doente sem lesões de cárie activa, com uma coroa metálica no dente 3.6 e uma coroa metalo-cerâmica no dente 1.5. Apresentava pigmentação característica de fumador.

Protocolo:

- Fotografia como forma de controlo;
- Envio para Consulta de Cirurgia Maxilo-Facial no Hospital Universitário UMC de Nijmegen;
- Indicação de Biopsia;
- Alertar para malefícios do tabaco, questionar queixas dolorosas e data de surgimento da lesão;

Fotografias:



Discussão:

Foi feito o diagnóstico de leucoplasia para a lesão localizada no pavimento da boca, a ser confirmado aquando da realização da biopsia. O diagnóstico diferencial constituído envolvia líquen plano oral, leucoedema, despistado com a tracção da região e nevo branco esponjoso, apesar da aparência pouco característica nesta lesão, bem como candidíase, a qual não saiu aquando de raspagem com compressa.

A primeira lesão localizada junto do canal de Warthon, no soalho da boca, ligeiramente elevada, não sangrante, não dolorosa, aproximadamente com 4 mm compatível com leucoplasia.

A segunda lesão branca, localizada na zona edêntula do dente 4.6, no bordo gengival, caracterizava-se por ser hiperqueratótica, não dolorosa, compatível com estomatite nicotínica.

A leucoplasia é a lesão potencialmente maligna mais comum na mucosa oral. É assim denominada quando mais nenhuma lesão branca a pode definir. Está intimamente relacionada com a dieta e com o tabaco e o local mais comum do seu surgimento é o pavimento da boca e a língua. (41, 42)

Neste caso concreto, o paciente apresenta duas lesões brancas na cavidade oral, de relação íntima com as alterações que o tabaco provoca nos tecidos moles e que exige acompanhamento contínuo e confirmação histológica por via de biópsia, sob pena de possível transformação maligna.

5.1.3. Áreas da Reabilitação da Função Oral e Estomatognática

5.1.4.1. Prostodontia

A Prostodontia é a especialidade da Medicina Dentária dirigida ao restabelecimento e manutenção das funções do complexo maxilo-mandibular, nomeadamente a nível mastigatório, fonético e estético. Recorre a todo o tipo de técnicas, em função de cada doente, do seu nível ósseo, de tecidos moles, de disponibilidade financeira e de destreza manual para cuidar da sua condição oral.

5.1.4.2. Oclusão

A Oclusão é a especialidade dedicada à reabilitação das disfunções neuromusculares na estrutura orofacial, nomeadamente relacionadas com a fala, deglutição, mastigação e respiração, recorrendo à Terapia Miofuncional.

Através de técnicas terapêuticas directas, esta especialidade visa o aumento da tonicidade muscular e da mobilidade orofacial, promovendo também o relaxamento e a coordenação da musculatura da cavidade oral.

5.1.4.3. Ortodontia

A Ortodontia é a área da Medicina Dentária especializada no diagnóstico, prevenção e tratamento de alterações dentárias (mau posicionamento dentário) e esqueléticas (crescimento/posicionamento incorreto dos maxilares). O termo técnico para designar essas alterações é má oclusão, que significa “má mordida”.

Os problemas de má oclusão (encaixe dos dentes superiores e inferiores) podem ser hereditários como adquiridos, quer por hábitos (o uso prolongado de chupeta ou a sucção do polegar, a interposição lingual, respiração oral,...), quer por perda precoce de dentes de leite ou definitivos, para além de outros factores, em que o doente pode apresentar diastemas, dentes apinhados, sobre mordida (dentes superiores cobrem grande parte dos inferiores), mordida aberta (dentes superiores e inferiores quase não se tocam), mordida cruzada.

PROCEDIMENTO: APARELHO INFERIOR REMOVÍVEL

Nacionalidade: Portuguesa

História Clínica:

Doente Português, do sexo masculino, de 9 anos de idade, respirador bucal, classe II dentária, braquifacial, com fâcies adenoideia e altura facial inferior diminuída. O paciente já era seguido na consulta de Ortodontia usando um aparelho removível superior, uma placa de Hawley com um parafuso de expansão e molas de protrusão para corrigir a sobremordida vertical e para fazer expansão dento-alveolar.

Meios auxiliares de diagnóstico:



Rx Panorâmico

Fotografias:



Discussão:

Doente motivado, com higiene oral razoável, que após a consulta de inserção do aparelho emigrou para a Suíça juntamente com a família, não tendo sido possível fazer mais consultas de controlo, bem como avaliar a correcta activação do parafuso de expansão do aparelho superior.

É expectável que a mola possa fazer a manutenção do espaço e até alguma recuperação, distalizando o dente 36. No aparelho superior, foi colocado um plano em rampa como forma de obrigar os incisivos inferiores a ocluir numa posição mais anterior e promover o crescimento mandibular. O aparelho inferior aliado à expansão dento-alveolar superior, poderá permitir ao doente um correcto desenvolvimento crânio-facial fruto de uma oclusão estável.

6. Conclusão

6. Conclusão

6.1. Expectativas e relevância científica e/ou clínica do tema

Os conhecimentos e a aprendizagem clínica adquiridos, quer com a elaboração deste trabalho, quer com a actividade clínica desenvolvida ao longo do período de duração deste mesmo trabalho, levam a que a ocorrência de determinados erros e ou certas abordagens tidos nesse período de prática possam ser reduzidos. Pretende-se que ocorrências como: a má interpretação de uma história clínica ou a avaliação incorrecta de determinados diagnósticos, aquando de uma situação semelhante, sejam minimizados ou, se possível, diluídas. É essa busca pela satisfação plena do Doente que se deve fixar no horizonte do Clínico.

Os objectivos propostos por cada área disciplinar, bem como os objectivos a que o autor se auto-propôs espera-se que possam ser atingidos e servir de base a um processo evolutivo constante quer académico, quer clínico.

A comparação relativa ao funcionamento da prestação de cuidados de saúde no publico, na Holanda e no privado, em Portugal, permitirão perceber alguma possível influência na adesão e na motivação da população, para o plano de tratamento proposto, sem absentismo e na compreensão da facilidade do acesso aos cuidados médico-dentários.

6.2. Comparação Portugal-Holanda

Nas duas realidades que o autor deste trabalho pode viver e onde conheceu um pouco da experiência de dois sistemas totalmente diferentes, quer de abordagem dos planos de tratamento dos casos clínicos, quer da própria mentalidade dos doentes fruto dos meios que tem ao seu dispor para atender às consultas de Medicina Dentária, pode-se perceber que os seguros de saúde existentes na Holanda permitem aos doentes, muitas vezes a escolha entre uma reabilitação fixa e uma removível, sem quaisquer custos adicionais, sem que o doente se aperceba sequer dos valores dos orçamentos. Já em Portugal, sendo muito poucos os doentes que apresentam esses mesmos seguros de saúde, e não constando nenhum na amostra que o autor observou na Universidade Católica Portuguesa, revelou-se expectável que em termos de reabilitação os doentes optem por Próteses parciais removíveis ao invés de próteses parciais fixas.

Por um lado, na Holanda, houve casos em que foram feitas extracções de elementos dentários em doentes que não possuíam seguro de saúde e que optaram

pela cirurgia ao invés de um tratamento endodôntico. Por outro lado, em Portugal, houve casos em que determinadas extracções não foram feitas porque o doente não possuía meios económicos para suportar o custo de mais extracções.

Percebe-se que uma maneira geral, em qualquer que seja a realidade, para umas pessoas a estética e a saúde oral é certamente uma prioridade e uma questão que se sobrepõem a muitas decisões da vida diária mas o autor também foi confrontado com tomadas de decisão baseadas, muitas vezes, mais em motivos financeiros do que propriamente nas melhores soluções ao seu alcance para resolver problemas dos doentes, mas aos quais essas mesmas questões financeiras o alhearam.

Relativamente a questões relacionadas com a prescrição de antibióticos, os holandeses suportam o seu não uso destes fármacos com a não necessidade, muitas vezes e o facto de não melhorar em nada o processo de reparação e de reabilitação do doente. Contudo, em Portugal, para determinados procedimentos, sobretudo cirúrgicos, a prescrição é vista como algo que estando protocolado, se deve cumprir e que indubitavelmente para determinados casos, é uma mais valia para a melhoria do estado de saúde presente do doente. Quanto a questões como a radiologia e a captação de uma radiografia panorâmica para cada doente com vista á análise geral do estado de saúde oral do doente, os holandeses não consideram que sejam uma prática a ser empregue de forma global, ao passo que em Portugal, sobretudo em ambiente académico e assente nas melhores práticas de discussão e diagnóstico, é uma prática comum e tida como extremamente útil para a redacção e planeamento de planos de tratamento completos e minuciosos.

6.3. Reflexão

Para o autor, este trabalho consistiu numa forte componente prática, de observação e de experiencia, em que foram patentes divergências e diversidades culturais entre dois países e duas realidades muito distintas. As situações que o autor enfrentou, as tomadas de decisão que teve que empregar, por vezes com total autonomia, outras vezes ao abrigo do ambiente protegido que uma universidade oferece aos seus formandos, beneficiou a forma como o autor visualiza a sua prática futura e que se assemelhará à realidade que irá encontrar no mercado de trabalho.

Como se pôde observar nos indicadores relativos aos números da OMD 2013, pode-se classificar a classe como sendo uma classe profissional jovem, com poucas perspectivas de que a geração actual empregada se renove a curto prazo e reforme

brevemente, abrindo pouco espaço à fixação do crescente números de jovens médicos dentistas e de estudantes ainda em formação.

7. Referências Bibliográficas

7. Bibliografia

1. Organization WH. Constitution of the world health organization. Basic Documents. 2006;45:18.
2. Dentistas Odm. Colégios de Especialidade 2014. Available from: <http://www.ond.pt/especialidades>.
3. Dentistas Odm. Os números da Ordem - Estatísticas de 2013. Ordem dos médicos dentistas. 2013;1:35.
4. Alkan A., Ramoglu I., Yagan G., Kiliç B., Periodontics and orthodontics team-work in the treatment of gingival recession: Two case reports. J Ortho Res. 2014;1(3):6.
5. Dentistas Odm. Código Deontológico. Diário da República. 2006;II(143):11.
6. Paranhos L., Torres F., Pereira A., da Silva R., Ramos A.. Avaliação do perfil dos profissionais da área de Ortodontia quanto às condutas legais. Dental Press J Orthod. 2011;16(5):8.
7. Almeida R., Lima C., Faria I., Santos P., Bordalo C.. Associação entre doença periodontal e patologias sistémicas. Rev Port Clin Geral. 2006;22:12.
8. Canjau S., T. Carmen, Topala F., Rusu L., Paraschivescu E., Podoleanu. A, Optical Coherence Tomography As An Alternative Method for Excisional Biopsy in Oral Pathology. Rev Chim (Bucharest). 2013;64(7):3.
9. Vaz D., Lopes R., Costa E Silva A., Pereira J.. Concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. RPG Rev Pós Grad. 2011;18(4):8.
10. Madeiro A., Figueiredo C., The interrelationship between inflammatory periodontal disease and diabetes. Odon Clín-Científ. 2005;4(1):6.
11. Braga S., Soares S., Diabetes Mellitus e Periodontite – um Caso de Saúde Oral. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2009;50:7.
12. TD-S, FOC, EGZ, RVS, Santana TD. Impact of periodontal disease on quality of life for dentate diabetics. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):7.
13. Rincón I., Tambay M., Moreno J., Osteonecrosis of the jaws and bisphosphonates. Report of fifteen cases. Therapeutic recommendations. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12:5.
14. Pechalova P., Zaprianov Z., Vladimirov B., Poriazova E., Zheleva A., Hadjigeorgiev G., Goranova-Marinova V., Goranov S., Bisphosphonate- associated osteonecrosis of the jaw - report of three cases in Bulgaria. Acta Clin Croat 2011;50:7.
15. McKenna G., Woods N., O'Mahony D., DaMata C., Cronin M., A preliminary report of the cost-effectiveness of tooth replacement strategies for partially dentate elders. Gerodont. 2012;10:7.
16. Almeida C., André S., Toscano A. Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. Comun Dent Health. 2003;20:6.
17. Afb, Map, Dez, Sez, Antunes J. Social stratification in epidemiological studies of dental caries and periodontal diseases: a profile of the scientific literature in the 1990s. Cad Saúde Pública. 2005;21(3):5.
18. Spencer AJ. An Evidence-Based Approach to the Prevention of Oral Diseases. Med Princ Pract. 2003;12(1):9.
19. Elderton RJ. Preventive (Evidence-Based) Approach to quality General Dental Care. Med Princ Pract. 2003;12(1):10.
20. Reibel J. Tobacco and Oral Diseases. Med Princ Pract. 2001;12(1):11.

21. Reibel J. Tobacco and Oral Diseases - Update on the Evidence, with Recommendations. *Med Princ Pract.* 2003;12(1):11.
22. Pires F., Oliveira J., Tavares A., da Luz P., dos Santos T.. Oral squamous cell carcinoma: clinicopathological features from 346 cases from a single Oral Pathology service during an 8-year period. *J Appl Oral Sci.* 2013;21(5):8.
23. Daling J., McKnight B., et al. The relationship of human papillomavirus-related cervical tumors to cigarette smoking, oral contraceptive use, and prior herpes simplex virus type 2 infection. *Am Assoc Cancer Res.* 1996;5:8.
24. Castro T. Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e na orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(2):11.
25. Machado A., de Araújo T., Gandini Jr L.. The role of orthodontics as an auxiliary tool to lip augmentation. *An Bras Dermatol.* 2011;86(4):5.
26. Grimaldi N., Provedel L., de Almeida D., da Cunha S. Dental care in prevention and treatment of osteoradionecrosis: literature review. *Rev Bras de Cancer.* 2005;51(4):6.
27. Conduto J., Coltro P., Busnardo F., Ferreira M.. Osteoradionecrosis in face: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):7.
28. Ship M.. Dry Mouth and Its Effects on the Oral Health of Elderly People. *J Am Dent Assoc.* 2007;138:6.
29. Romagna R, Fonseca R, Gassen H, Júnior A, Hernández P. Antibiotic prophylaxis of postoperative infection on pre and postoperative periods in third molars surgery. *RFO.* 2008;13(3):7.
30. Zanatta F, Richter E, Pedroso A, Rosink C. Clinical usage of antibiotics for teeth extractions. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2011;v.59(n.2):7.
31. Alvarenga F., Souza L. Cirurgia Oral em Pacientes sob Terapia com Anticoagulantes Oraís: Revisão da Literatura e Apresentação de Dois Casos Clínicos. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac,* 2010;51(4):6.
32. Silva S. A contribuição da perícia odontológica na identificação de cadáveres. Tese de Mestrado em Ciências Forenses. 2007:135.
33. Opdam N BE, Roeters J, Loomans B. . A retrospective clinical study on longevity of posterior composite and amalgam restorations. *Dent Mater.* 2007;23:7.
34. Bernardo M., Martin M., Leroux B., Rue T., Leitão J., DeRouen A. Survival and reasons for failure of amalgam versus composite posterior restorations placed in a randomized clinical trial. *J Am Dent Assoc* 2007;138:9.
35. Le Bella A., Kangasniemi I., Vallittua P.. Bonding of fibre-reinforced composite post to root canal dentin. *J Dent.* 2005;33:7.
36. Lucas Villaça Zogheib J., do Valle A., de Oliveira J., Pegoraro L. Fracture Resistance of Weakened Roots Restored with Composite Resin and Glass Fiber Post. *Braz Dent J.* 2008;19(4):5.
37. Majid R, Kanji S., Pannoizzo S., McDonough C., Duronio M.. An evidence-based analysis of the use of manual and rotary instrumentation in endodontic treatment. University of Toronto. 2006:13.
38. Gary S., Cheung C. A Retrospective Study of Endodontic Treatment Outcome between Nickel-Titanium Rotary and Stainless Steel Hand Filing Techniques. *J Endod.* 2009;35(7):6.
39. Sekhar L., Shankar B., Gopinath A. A comparative Study Of Temporary Splints: Bonded Polyethylene Fiber Reinforcement Ribbon and Stainless Steel Wire + Composite Resin Splint in Treatment of Chronic Periodontitis. *J Contemp Den Prac.* 2011;12(5):7.

40. Strassler HE. Tooth Stabilization Improves Periodontal Prognosis: A Case Report. *Dentistry Today*. 2009;117:53.
41. I. van der Waal, van der Meij Smeele L. Oral Leukoplakia: a Clinicopathological Review. *Oral Oncology*. 1997;33(5):11.
42. Schepman K., Smeele L., I. van der Waal. Malignant transformation of oral leukoplakia: a follow-up study of a hospital-based population of 166 patients with oral leukoplakia from The Netherlands. *Oral Oncol*. 1998;34:6.

8. Anexos

8. Anexos

8.1. Material para grande restauração

1. Espelho
2. Sonda
3. Seringa ar/água
4. Pinça universitária
5. Anestesia: lidocaína com vasoconstritor (epinefrina 1: 80 000)
6. Agulha 30G de 24mm
7. Carpule
8. Dique de borracha
9. Perfurador do dique
10. Fio dentário
11. Arco facial
12. Wedget
13. Turbina
14. Contra-ângulo
15. Broca esférica diamantada
16. Broca esférica multilaminada
17. Broca tronco-cônica de cone invertido multilaminada de contra-ângulo
18. Bolas de algodão
19. Copo com clorohexidina
20. Escavador de dentina
21. Matriz metálica
22. Porta matriz
23. Hidróxido de Cálcio
24. Ionosseal (ionómero de vidro)
25. Ataque ácido
26. Sistema Adesivo
27. Fotopolimerizador
28. Compósito ivoclar vivadent A2
29. Espátula acção lateral
30. Brunidor
31. Compactador

32. Broca de arkansas
33. Broca taça de polimento
34. Papel oclusal

8.2. Material para Endodontia Mecanizada

1. Espelho
2. Sonda
3. Seringa ar/água
4. Pinça universitária
5. Anestesia: lidocaina com vasoconstritor (epinefrina 1: 80 000)
6. Agulha 30G de 24mm
7. Carpule
8. Dique de borracha
9. Perfurador do dique
10. Fio dentário
11. Arco facial
12. Wedget
13. Turbina
14. Contra-ângulo
15. Broca esférica diamantada
16. Broca esférica multilaminada
17. Broca tronco-cônica de cone invertido multilaminada de contra-ângulo
18. Bolas de algodão
19. Copo com clorhexidina
20. Escavador de dentina
21. Kit de limas manuais
22. Régua endodontica
23. Hipoclorito de sódio
24. Motor endodontico
25. Lima 30.06 wave one
26. Cones de papel
27. Cones de gutta percha

28. Spreader
29. Plugger
30. Lamparina

8.3. Material para Pulpotomia:

1. Espelho
2. Sonda
3. Espelho
4. Sonda
5. Seringa ar/água
6. Pinça universitária
7. Anestesia
8. Agulha 30G de 24mm
9. Carpule
10. Dique de borracha
11. Perfurador do dique
12. Fio dentário
13. Arco facial
14. Wedget
15. Turbina
16. Contra-ângulo
17. Broca esférica diamantada
18. Broca esférica multilaminada
19. Broca tronco-cônica de cone invertido multilaminada de contra-ângulo
20. Bolas de algodão esterilizadas
21. Copo com clorhexidina
22. Escavador de dentina
23. Sulfato Férrico
24. IRM
25. Espátula de acção lateral
26. Brunidor

27. Cápsulas de amalgama
28. Vibrador de amalgama
29. Chapéu de chinês
30. Papel oclusal

8.4. Material para a férula em fibra de vidro

1. Espelho
2. Sonda Periodontal
3. Pinça
4. Destartarizador
5. Curetas 5-6
6. Dique de borracha
7. Furador de dique
8. Arco facial
9. Fio dentário
10. Clamp
11. Wedjet
12. Cunhas de madeira
13. Matriz metálica
14. Fibra de vidro
15. Opaldam
16. Pincel
17. Microbrush
18. Tesoura
19. Ácido fosfórico
20. Adesivo
21. Compósito flow
22. Bisnaga de Compósito A3
23. Fotopolimerizador
24. Broqueiro
25. Turbina
26. Papel oclusal