



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

## RELATÓRIO DE ACTIVIDADE CLÍNICA

Apresentação à Universidade Católica Portuguesa  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por

Paulo André Martins Dias

Viseu, 1 de setembro de 2014





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## RELATÓRIO DE ACTIVIDADE CLÍNICA

Apresentação à Universidade Católica Portuguesa  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador: Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Por

Paulo André Martins Dias

Visu, 1 de setembro de 2014



***“Nem só de pão viverá o homem (...)”***

*Mt 4,4*



## **Agradecimentos**

**Ao Professor Doutor Rui Amaral Mendes**  
Por toda a ajuda e dedicação demonstrada

**Aos meus Pais e Irmã**  
Pela confiança, apoio e ajuda incondicional



## **Resumo**

A Medicina Dentária é uma ciência médica que envolve a prestação de cuidados de saúde ao nível da cavidade oral, maxilares e estruturas ancas. O seu exercício visa o diagnóstico das mais diversas patologias que comprometem o normal funcionamento dessas estruturas e, portanto, do corpo humano. O seu leque de atuação é vasto, as terapêuticas efetuadas têm como intuito a prevenção e o tratamento. A cárie, as doenças periodontais, a desarmonia dento-maxilar, as disfunções temporo-mandibulares, são só algumas das unidades onde esse trabalho é feito. A estética, aliada à função, é, cada vez mais, requisito obrigatório por parte do doente. As reabilitações orais extensas são cada vez mais comuns. Assim, deve o aluno, futuro clínico, receber a formação teórica e prática adequada, dispondo dos meios para que a sua prática clínica seja polivalente, crítica e competente.

Este trabalho reflete não só a forma como se processa o ensino da Medicina Dentária, na Universidade Católica Portuguesa, como demonstra o funcionamento interno da Clínica Universitária. Assim, através destes dois fatores, serão interpretados os protocolos de atuação em cada área disciplinar e a base teórica que os antecede, e a forma como surge a oportunidade, ao aluno, de os colocar em prática.

Foi feita uma análise estatística das diferentes variáveis em estudo, analisando, a distribuição dos pacientes pelos diferentes grupos de trabalho e interdisciplinaridade, nas diferentes áreas disciplinares. A par registaram-se os valores para análise descritiva, onde recolhemos e interpretámos, na amostra (n=63), o número de consultas ao longo das diferentes áreas médico-dentárias.

Verificámos que a Medicina Dentária, na Universidade Católica é, maioritariamente, lecionada com base numa componente multidisciplinar. O correto diagnóstico e a relação que o aluno, enquanto operador, consegue estabelecer com o doente, transmitindo-lhe a possível necessidade de cuidados; são as ferramentas base. Daí, a possibilidade de exercício das mais diversas áreas clínicas será tanta quanto a capacidade, num contexto em que exista necessidade de tratamento, do operador alertar e mobilizar o doente.



## ***Abstract***

Dentistry is a medical area which provides services within the field of the stomatognathic system. Its exercise aims at diagnosing varied pathologies which compromise the normal functioning of that system and consequently the human body. Its scope of action is broad the therapies have made the intention to prevention and treatment t. Caries, periodontal diseases, dento-maxilar disharmony, temporomandibular dysfunctions are but some of the units upon which that work is performed. Aesthetics, alongside with function, is increasingly a compulsory requisition from the patient's side. Extensive oral rehabilitations are more and more common. Thus, the student, a future physician, should receive the necessary theoretical training and have the technical means for his clinical practice to be polyvalent, critical and competent.

This paper reflects not only the way the teaching of Dentistry is processed at Universidade Católica Portuguesa, but it also demonstrates the internal functioning of the University's Clinic. Therefore, through these two factors, we will interpret the performance protocols, in each disciplinary area and the theoretical basis preceding them, as well as the way the opportunity arises for the student to put them into practice.

A statistical analysis of the different variables at study was carried out, analyzing the distribution of the patients throughout the different work groups and interdisciplinarity within the varied disciplinary areas. Simultaneously the values were registered for descriptive analysis, where we collected and interpreted, on sample (n=63), the number of appointments throughout the different areas of dentistry.

We have concluded that Dentistry at Universidade Católica is mainly taught on a multidisciplinary component basis. The correct diagnosis and the relationship which the student, as an operator, manages to establish with the patient, transmitting the need for medical care, are the base tools. Hence the possibility to exercise the most varied clinical areas will be as much as the capacity of the operator to alert and mobilize the patient in a context in which treatment is needed.



## Índice

Resumo .....	IX
<i>Abstract</i> .....	XI
INTRODUÇÃO .....	19
1. Introdução .....	21
OBJETIVOS .....	25
2. Objetivos .....	27
METODOLOGIA .....	29
3. Metodologia .....	31
3.1. Seleção da amostra .....	31
3.2. Critérios de inclusão .....	31
3.3. Variáveis em estudo .....	32
3.4. Análise estatística .....	32
3.4.1. Teste de Shapiro-Wilk .....	33
3.4.2. Teste de Homogeneidade de Variâncias .....	33
3.4.3. Teste de Kruskal-Wallis .....	33
RESULTADOS .....	35
4. Resultados .....	37
4.1. Análise descritiva da amostra .....	37
4.2. Análise descritiva por área disciplinar .....	39
4.2.1. Medicina Oral .....	39
4.2.2. Periodontologia .....	40
4.2.3. Endodontia .....	40
4.2.4. Dentisteria Operatória .....	41
4.2.1. Cirurgia Oral .....	42
4.2.2. Odontopediatria .....	42
4.2.3. Prótese Removível .....	43
4.2.4. Prótese Fixa .....	43
4.2.5. Oclusão .....	44
4.2.6. Ortodontia .....	44
4.3. Análise estatística da amostra .....	45
4.4. Análise da variável Urgências .....	46
DISCUSSÃO .....	49

5.	Discussão .....	51
5.1.	Medicina Oral.....	51
5.2.	Periodontologia .....	52
5.3.	Endodontia .....	53
5.4.	Dentisteria Operatória .....	54
5.5.	Cirurgia Oral .....	55
5.6.	Odontopediatria.....	56
5.7.	Prótese Removível.....	56
5.8.	Prótese Fixa .....	57
5.9.	Oclusão.....	58
5.10.	Ortodontia.....	59
	CONCLUSÃO .....	61
6.	Conclusão.....	63
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67
7.	Referências bibliográficas.....	69

## Índice de Tabelas

Tabela I - Resumo da atividade clínica exercida ao longo do ano letivo .....	37
Tabela II - Frequência da assiduidade do paciente a consulta de Medicina Dentária ....	38
Tabela III - Exposição do número de pacientes em função dos atos por área clínica ....	39
Tabela IV - Designação dos tratamentos realizados em Medicina Oral.....	39
Tabela V - Designação dos tratamentos realizados em Medicina Oral .....	40
Tabela VI - Designação dos tratamentos realizados em Endodontia.....	40
Tabela VII - Designação dos tratamentos realizados em Dentisteria Operatória.....	41
Tabela VIII - Designação dos tratamentos realizados em Cirurgia Oral .....	42
Tabela IX - Designação dos tratamentos realizados em Odontopediatria .....	42
Tabela X - Designação dos tratamentos realizados em Prótese Removível .....	43
Tabela XI - Designação dos tratamentos realizados em Prótese Fixa .....	43
Tabela XII - Designação dos tratamentos realizados em Oclusão.....	44
Tabela XIII - Designação dos tratamentos realizados em Ortodontia .....	44
Tabela XIV - Distribuição dos atos clínicos nas áreas disciplinares .....	45
Tabela XV - Avaliação da interdisciplinaridade.....	45
Tabela XVI - Designação dos tratamentos realizados em consulta de urgência .....	46



## RELATÓRIO DE ACTIVIDADE CLÍNICA



# INTRODUÇÃO



## 1. Introdução

A prática clínica, no curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, é de extrema importância. O ensino da Medicina Dentária seria impraticável se à componente teórica não fosse associada uma vertente prática e clínica. Estas vertentes possibilitam consolidar conceitos, que se traduzem em crescimento da linha de aprendizagem, e incentivam uma abordagem crítica dos protocolos estabelecidos nas áreas clínicas.

Neste relatório pretendemos analisar a forma como em cada área se aborda o doente; não só explanando a sua especificidade como relatando os modos de atuação que lhes são característicos. Será ainda analisada a capacidade do aluno de adaptar-se aos diversos diagnósticos e de responder à necessidade de tratamento, refletindo sobre os conhecimentos adquiridos com a garantia de prestação de cuidados de saúde competentes.

A componente prática é autorizada em um regime tutorial que privilegia o espírito crítico. O aluno é colocado numa posição que o obriga, não só a mostrar competências práticas, no exercício clínico, como é constantemente posto à prova face aos seus conhecimentos teóricos, pretendendo-se, assim, a aquisição das competências necessárias ao exercício clínico autónomo da Medicina Dentária

Em primeira instância o aluno adquire conhecimentos face às normas e funcionamentos da Clínica Universitária, isto é, aprende um comportamento que o instrui sobre a sua proteção em ambientes clínicos. A proteção pessoal é conseguida através do uso dos consumíveis de que dispõe, luvas e máscara, bem como pela desinfeção das superfícies do ambiente de trabalho: a separação correta dos lixos e esterilização do material. A prática clínica está sempre associada a um ambiente clínico com algum risco de contaminação; os agentes patogénicos existem e podem ser foco de infeção e contágio, por isso nunca devem ser negligenciados.

Os métodos preventivos têm ocupado na prática da Medicina Dentária e, obviamente, na Clínica Universitária, um espaço relevante. A prevenção é feita na consulta, através da instrução de cada paciente, bem como nas mais diferentes campanhas de alerta e sensibilização levadas a cabo pela instituição. A prevenção tem como expectativa produzir uma comunidade com uma boa saúde oral e, portanto, melhor qualidade de vida.

A consulta de Medicina Dentária, no contexto atual, deve ser encarada como ferramenta para um diagnóstico precoce que o paciente deve encarar como um serviço de rotina. Um tratamento prematuro poderá, muitas vezes, constituir um tratamento curativo, quando, em

situações adversas, de patologias mais avançadas, o tratamento será apenas de suporte ou manutenção.

A prática médico-dentária baseia-se na tríade formada por médico, assistente e doente e requer, do clínico, o conhecimento dos direitos e deveres de cada um, bem como o potencial do seu assistente e do doente. O exercício clínico é inerente à comunicação, para um bom funcionamento da tríade, com vista ao melhor tratamento, num ambiente confortável e de confiança. Desta forma obtêm-se, do doente, sinais e sintomas por vezes ocultos na história clínica e, do assistente, cooperação que se exprime num ato clínico mais eficaz.





## OBJETIVOS



## **2. Objetivos**

Caracterizar a componente prática na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, com análise aos seguintes parâmetros;

- Distribuição dos atos ao longo do ano em cada área disciplinar
- Relação o número de consultas em cada área clínica e o número de vezes que o paciente foi atendido na Clínica Universitária
- Atos clínicos efetuados ao longo do ano letivo enquanto operador
- Assiduidade do paciente
- Número de pacientes em cada área disciplinar face ao total de consultas efetuadas pelo aluno



## METODOLOGIA



### **3. Metodologia**

Considerando os nossos objetivos, contabilizaremos os atos clínicos ao longo do ano, distribuídos pelos diferentes doentes e as respetivas áreas médico-dentárias. Os dados recolhidos possibilitam a descrição de como essas atuaram. Verificaremos qual a resposta do paciente ao tratamento, traduzível pela sua assiduidade face à necessidade terapêutica que se colocara, e de que forma isso contribui para a carga horária do aluno com, conseqüente, maior contributo para a sua aprendizagem.

Estes dados serão ainda agrupados procurando-se analisar a relação entre as áreas clínicas e o total de atos anuais. Este estudo tem como objetivo avaliar/comentar o percurso do paciente, na Clínica Universitária, ou seja, demonstrar como se relacionam as diferentes modalidades com o pretexto de fornecer um tratamento direcionado e adequado.

#### **3.1. Seleção da amostra**

Para este estudo foram observados 63 pacientes da Universidade Católica Portuguesa, os quais foram sujeitos aos critérios de inclusão a seguir descritos.

#### **3.2. Critérios de inclusão**

Todos os pacientes incluídos neste estudo devem respeitar as seguintes normas:

- ser atendidos, pelo menos uma vez, pelo trinómio;
- apresentar informação referente ao ato efetuado no histórico da clínica;
- existir uma história clínica completa e atualizada, no caso de Medicina Oral;
- ter o índice de sangramento e placa bacteriana e o diagnóstico referente à saúde periodontal, para Periodontologia;
- possuir, na Endodontia, informação referente às peças dentárias nas quais foram efetuados tratamentos endodônticos;
- descrever o material utilizado e a peça dentária restaurada, em Dentisteria Operatória;
- verificar, em Cirurgia Oral, se o paciente tem a identificação do dente extraído;
- apresentar uma descrição que possibilite ao observador identificar, claramente, o tratamento efetuado na consulta de Odontopediatria;

- apresentar, no âmbito da Prótese Removível, a identificação do tratamento efetuado e/ou, quando colocada, as características da prótese, acrílica ou esquelética, realizada;
- possuir, em Prótese Fixa, informação referente ao tratamento efetuado no contexto de reabilitação oral ou controlo de elementos protéticos existentes;
- incluir, em Oclusão, todos os atos realizados;
- contabilizar como Urgência sempre que, face ao problema diagnosticado, não seja possível realizar tratamento no imediato, por imperativos que se prendem ao leque de atuação de cada área disciplinar.

### **3.3. Variáveis em estudo**

A análise estatística teve por base uma amostra finita com 63 pacientes da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa. Os dados recolhidos para o estudo são, quanto à forma, observacionais, quanto ao tempo, históricos; e, quanto à ordem, transversais.

### **3.4. Análise estatística**

Os dados recolhidos foram trabalhados com o programa IBM SPSS v.22.0® (New York, EUA), onde realizámos toda análise estatística.

Considerando os objetivos deste estudo pretendemos analisar:

- Como a variável área disciplinar é influenciada pela variável total de consultas por paciente, para o total da amostra (n=63);
- De que modo a área disciplinar faz a distribuição dos pacientes tendo em conta o total de vezes que doente veio à consulta de Medicina Dentária, para a amostra completa (n=63).

Os seguintes testes de hipóteses foram aplicados nas variáveis categóricas e nas variáveis contínuas (para rejeitar/aceitar a hipótese nula, H<sub>0</sub>):

- Teste de Shapiro-Wilk

- Teste de Homogeneidade de Variâncias
- Teste Kruskal-Wallis

### **3.4.1. Teste de Shapiro-Wilk**

Para este teste, todas as variáveis mostraram não estarem distribuídas de acordo com a normalidade ( $p < 0,05$ ), logo serão aplicados testes não paramétricos.

### **3.4.2. Teste de Homogeneidade de Variâncias**

A Tabela XIV apresenta-nos um teste de homogeneidade de variâncias para um valor de significância com  $p < 0,05$ . Avaliámos de que forma os atos são distribuídos nas áreas disciplinares.

H0: “Existe homogeneidade da distribuição do número total de consultas de cada paciente em cada área disciplinar.”

### **3.4.3. Teste de Kruskal-Wallis**

A Tabela XV mostra-nos os valores obtidos para um teste não paramétrico, Teste Kruskal-Wallis, relacionando o número de consultas feitas pelo paciente a uma dada área clínica com o total de consultas na Clínica Universitária. Este teste permite-nos avaliar, e concluir, para um índice de confiança a 95%, o funcionamento e a interdisciplinaridade de cada área médico-dentária, no trinómio em causa.

H0: “Não existe relação entre o número de consultas em cada área clínica e o número de vezes que o paciente foi atendido na Clínica Universitária.”



## RESULTADOS



## 4. Resultados

Foram analisados 63 pacientes num intervalo de idades entre, mínimo, 9 anos, e, máximo, 75 anos. Nestes pacientes foram efetuados agrupamentos por área disciplinar.

Os dados foram agrupados e formatados em folhas de cálculo no programa Microsoft Excel<sup>®</sup>2013 (Redmond WA, EUA), para posterior análise estatística.

### 4.1. Análise descritiva da amostra

A Tabela I é referente aos atos clínicos efetuados ao longo do ano letivo, subdividindo-o em dois grupos: um identificativo das consultas como operador e outro representando o fluxo laboral, no total dos 63 pacientes.

**Tabela I - Resumo da atividade clínica exercida ao longo do ano letivo**

Área clínica	Atos por trinómio	Atos como operador	Fluxo laboral (%)
Medicina Oral	14	5	6,8
Periodontologia	25	8	10,8
Endodontia	26	9	12,2
Dentisteria Operatória	37	10	13,5
Cirurgia Oral	20	6	8,1
Odontopediatria	7	3	4,1
Prótese Removível	41	14	18,9
Prótese Fixa	14	5	6,8
Oclusão	6	2	2,7
Ortodontia	5	5	6,8
Urgências	12	7	9,5

Podemos verificar que não só existe uma disparidade entre o número de atos como isso se traduz na componente prática clínica enquanto operador. Assim, interpreta-se, fluxo laboral, como a relação de atos, numa área clínica, face ao total de atos na função de operador em qualquer consulta de Medicina Dentária, devolvendo a percentagem de quanto isso representa na totalidade.

Lemos que Oclusão, Odontopediatria e Ortodontia, Prótese Fixa e Medicina Oral, estes três últimos com igual frequência, são, no conjunto, por ordem crescente, as áreas onde foram realizadas menos consultas e, naturalmente, menor componente prática desenvolvida. Sobre a forma de frequência acumulada, verificámos que representa 27,2% de toda a prática clínica.

Por outro lado, as cinco áreas clínicas que ocupam mais, de toda a prática clínica, são, por ordem decrescente, Prótese Removível, Dentisteria Operatória, Endodontia, Periodontologia e, por último, a Cirurgia Oral. Acumulam 63,3% da componente prática desenvolvida no Mestrado de Medicina Dentária ao longo deste ano.

Importa ainda referir que 9,5% dos atos efetuados, pelo aluno como operador, foram ocupados com situações de urgência que, por vários motivos, surgiram durante as mais diversas áreas médico-dentárias.

A Tabela II apresenta-nos cinco grupos, com uma amplitude de 2, duas consultas, correspondendo a uma ou duas vindas do doente à clínica, até nove, ou mais, consultas para a amostra completa.

**Tabela II - Frequência da assiduidade do paciente a consulta de Medicina Dentária**

<b>Afluência de pacientes</b>	[1-2]	[3-4]	[5-6]	[7-8]	≥9
Frequência absoluta	34	19	2	4	4
Frequência relativa (%)	54,0	30,0	3,2	6,5	6,3
	84,0%		16,0%		

Esta tabela procura elucidar o clínico para vários fatores. As conclusões podem ser várias desde que se procure, junto do histórico da Clínica Universitária e a história clínica do paciente, saber as razões que trazem, ou não, os pacientes à consulta de Medicina Dentária.

Contudo, com uma avaliação rápida dos dados, representados na tabela, vemos que 84,0% dos doentes, durante um ano, não acorreram a mais do que quatro intervenções. Este valor colide com 16,0% referente aqueles que vêm a mais do que cinco consultas.

A Tabela III organiza em função do número de atos efetuados, em cada disciplina médico-dentária, o número de pacientes. Atribuindo uma frequência relativa representativa da probabilidade do paciente, depois de vir à primeira consulta, de uma dada área disciplinar, voltar a essa. Temos ainda uma média, consulta por paciente, representativa do número de vezes que este; repete a consulta. A consulta pode ser repetida por vários motivos, para o mesmo tratamento e/ou conclusão de tratamento em curso e/ou controlo e/ou outro, como urgências ou recolha de dados clínicos pontuais.

**Tabela III - Exposição do número de pacientes em função dos atos por área clínica**

Área clínica	Atos por trinómio	Número de pacientes	Frequência relativa (%)	Consulta por paciente
Medicina Oral	14	12	14,3	1,2
Periodontologia	25	16	36,0	1,6
Endodontia	26	10	61,5	2,6
Dentisteria Operatória	37	17	54,1	2,2
Cirurgia Oral	20	11	45,0	1,8
Odontopediatria	7	4	41,9	1,8
Prótese Removível	41	9	78,0	4,6
Prótese Fixa	14	10	28,6	1,4
Oclusão	6	5	16,7	1,2

Nesta tabela analisámos de que modo o número de atos por trinómio, ao longo do ano, se relaciona com o número de diferentes pacientes que atendeu nas diversas áreas disciplinares. Podemos recolher a frequência relativa que estabelece, sob a forma de valor percentual, a probabilidade dum paciente depois de vir a um consulta de uma determinada área disciplinar voltar a ser atendido na mesma durante o ano letivo.

Identificámos, aqui, duas áreas clínicas que se distinguem. Num extremo, a Medicina Oral, com uma probabilidade de 14,3% correspondente a uma média de 1,2 atos anuais, para o total de pacientes observados face ao total de consultas no trinómio. Noutra extremo, a Prótese Removível, onde, em média, por ano, o doente vem 4,6 vezes o que se traduz numa probabilidade de 78% do paciente, depois da primeira consulta, voltar. A Ortodontia não foi introduzida nesta tabela uma vez que, na área disciplinar, não é feita a distinção entre operador e assistentes e apenas foi atendido o mesmo paciente.

## 4.2. Análise descritiva por área disciplinar

### 4.2.1. Medicina Oral

**Tabela IV - Designação dos tratamentos realizados em Medicina Oral**

Consultas por trinómio (anual)	Consultas como operador (anual)	Tratamento/Ato clínico
14	5	Elaboração de história clínica 4
		Outros motivos 1 Síndrome Boca Ardente

Em Medicina Oral, ao longo do ano, enquanto operador, foram realizadas cinco consultas. Dos atos clínico realizados quatro tiveram como propósito fazer uma recolha da história clínica, sem que quaisquer sinais ou sintomas, prévios, impulsionassem a vinda do paciente à consulta de Medicina Dentária e, apenas, um ato médico surgiu num contexto com sinais e sintomas referidos. As histórias clínicas foram feitas tanto em doentes que se dirigiram à Clínica Universitária pela primeira vez, como para atualização da ficha clínica quando o paciente já dera entrada nos serviços anteriormente. Por interdisciplinaridade inerente à prática da Medicina Dentária, um paciente, foi referenciado para a consulta de Medicina Oral onde lhe seria diagnosticado Síndrome de Boca Ardente.

### 4.2.2. Periodontologia

Tabela V - Designação dos tratamentos realizados em Medicina Oral

Consultas por trinómio (anual)	Consultas como operador (anual)	Tratamento/Ato clínico	Diagnóstico
25	8	Fase Higiénica/Destartarização	1 Gengivite
			2 Periodontite Crónica Leve
			2 Periodontite Crónica Moderada
			2 Periodontite Crónica Avançada
		Curetagem	1 Periodontite Crónica Avançada

Na área clínica de Periodontologia, ao longo do ano, somei um total de oito atos. Dos quais, baseado no diagnóstico, uma gengivite e sete situações de periodontite, de leve a avançada. Os tratamentos compreenderam desde curetagens de estruturas anexas lesadas a fases higiénicas, instrução dos pacientes e destartarizações.

### 4.2.3. Endodontia

Tabela VI - Designação dos tratamentos realizados em Endodontia

Consultas por trinómio (anual)	Consultas como operador (anual)	Tratamento/Ato clínico	Diagnóstico
26	9	Tratamento endodôntico radicular	Abcesso periapical Lesão combinada <sup>(1)</sup>

Em Endodontia, o tratamento endodôntico realizado em dois pacientes ocupou o equivalente a nove sessões. O primeiro tratamento, um abscesso periapical, tratou-se de um retratamento endodôntico com um período de cerca de dois meses de “follow-up”, em controlos quinzenais. O segundo ato, onde observamos uma lesão combinada<sup>(1)</sup>, foi conseguido em quatro sessões.

#### 4.2.4. Dentisteria Operatória

Tabela VII - Designação dos tratamentos realizados em Dentisteria Operatória

Consultas por trinómio (anual)	Consultas como operador (anual)	Tratamento/Ato clínico	Peça dentária	Técnica/Materiais
37	10	Restauração definitiva	16	MO Ionoseal®+Compósito B1
			45	VD Ionoseal®+Compósito A3,5
			42	V Ionoseal®+Compósito A3
			41	V Ionoseal®+Compósito A3
			18	MO Ionoseal®+Compósito A3,5
			11	M Compósito A2/B2
			12	P Compósito A2/B2
		Restauração estética	22	MV HRi® OA+UD2+UD3
		Restauração provisória	47	MO Cresophene + IRM
			17	OD Hidróxido de cálcio + IRM

Na prática de Dentisteria Operatória intervim, como operador, dez vezes. Sendo que cinco dos tratamentos efetuados foram de alguma complexidade dada a perda de estrutura dentária pela cárie existente, identificáveis pelo uso de Ionoseal® na técnica restauradora. Em apenas uma restauração se impôs o exercício de protocolo de restauro com compósitos estéticos para dentes anteriores já que, em outras duas restaurações de dentes anteriores, se utilizaram os compósitos com combinação de cor A2/B2. Durante o ano foram efetuadas duas restaurações provisórias, uma associada a um tratamento de espera com vista a formação de dentina terciária e outra, como protocolado, após evicção pulpar.

## 4.2.1. Cirurgia Oral

Tabela VIII - Designação dos tratamentos realizados em Cirurgia Oral

Consultas por trinómio (anual)	Consultas como operador (anual)	Tratamento/Ato clínico	Peça dentária		Motivo da exodontia		
					Cárie	Periodontal	Sintomatologia
15	6	Extrações simples	36	1	MOD	Não	Presente
			26	1	OD	Sim	Presente
			23	2	P	Sim	Presente
					Ausente	Sim	Ausente
			11	1	Ausente	Sim	Ausente
			18	1	Ausente	Não	Presente

Durante o ano, em Cirurgia Oral, foram realizadas 6 extrações por técnica fechada. Os motivos das extrações foram vários: cáries extensas que impossibilitam, por vários fatores, a reabilitação da peça dentária, grau de mobilidade elevado, inflamação local acompanhada por surtos intermitentes de dor referida, ou outros.

## 4.2.2. Odontopediatria

Tabela IX - Designação dos tratamentos realizados em Odontopediatria

Consultas por trinómio (anual)	Consultas como operador (anual)	Tratamento/Ato clínico	Peça dentária		Motivo da consulta
Restaurações	16	MO	Cárie com sintomatologia ausente		
	84	D	Cárie com sintomatologia ausente		

Em Odontopediatria foram realizadas duas restaurações, uma num molar definitivo e outra em molar decíduo, e uma extração, um canino superior decíduo extraído por motivos ortodônticos.

### 4.2.3. Prótese Removível

Tabela X - Designação dos tratamentos realizados em Prótese Removível

Consultas por trinómio (anual)	Consultas como operador (anual)	Tratamento/Ato clínico
41	14	3 Primeiras consultas
		2 Impressões definitivas
		2 Registo intermaxilar
		1 Prova de esqueleto
		2 Prova de dentes
		2 Inserção de prótese
		2 Controlo

Em catorze consultas como operador, realizadas sete próteses, nenhum dos passos protocolados pela área disciplinar de Prótese Removível, primeira consulta, impressões definitivas, registo intermaxilar, prova de esqueleto, quando aplicável; prova de dentes, inserção da prótese e controlos, deixaram de ser, pelo menos uma vez, praticados. Levando a cabo três atos de primeira consulta que se viriam a traduzir em dois pacientes reabilitados.

### 4.2.4. Prótese Fixa

Tabela XI - Designação dos tratamentos realizados em Prótese Fixa

Consultas por trinómio (anual)	Consultas como operador (anual)	Tratamento/Ato clínico	Motivo da consulta
14	5	Avaliação	Espaço edêntulo
			Dente extensamente destruído
		Controlo	Ponte (11-13)
			Ponte (34-37)
		Outro	Reparação de cerâmica

Em Prótese Fixa, foram realizadas duas consultas de avaliação, dois controlos de elementos protéticos fixos já existentes, não colocados pelo trinómio, e a reparação de uma coroa total cerâmica do 11; durante o ano.

## 4.2.5. Oclusão

Tabela XII - Designação dos tratamentos realizados em Oclusão

Consultas por trinómio (anual)	Consultas como operador (anual)	Tratamento/Ato clínico
6	2	Avaliação da extrusão dentária Inserção de goteira, ajustes necessários e instrução

Em Oclusão, como operador, dos seis casos, realizei dois, ao longo do ano, um para avaliar a viabilidade da restauração de um pré-molar superior e outro onde, após confeção de uma goteira oclusal, foi feita a prova de inserção, com ajustes necessários e instrução do paciente.

## 4.2.6. Ortodontia

Tabela XIII - Designação dos tratamentos realizados em Ortodontia

Consultas por trinómio (anual)	Tratamento/Ato clínico
5	3 Placa de <i>Hawley</i> com parafuso de expansão
	2 Nova avaliação

Este ano, em Ortodontia, realizámos cinco consultas, três onde foram feita as ativações do parafuso de expansão da placa de *Hawley* e o “follow-up, e duas para uma nova avaliação ortodôntica. Todas estas consultas dizem respeito a um único doente. As consultas de avaliação só foram realizadas após ter sido atingido o seu máximo de expansão.

### 4.3. Análise estatística da amostra

Tabela XIV - Distribuição dos atos clínicos nas áreas disciplinares

**Teste de Homogeneidade de Variâncias  
(Teste de Levene)**

Área clínica	Significância ( $p < 0,05$ )
Medicina Oral	0,000
Periodontologia	0,000
Endodontia	0,000
Dentisteria Operatória	0,000
Cirurgia Oral	0,175
Odontopediatria	0,000
Prótese Removível	0,000
Prótese Fixa	0,000
Oclusão	0,000
Ortodontia	0,000
Urgências	0,011

Este teste devolve-nos dois dados importantes, um de vertente matemático-estatística, os pressupostos dos testes estatísticos, e outro que nos permite avaliar a homogeneidade da distribuição dos pacientes e, conseqüentemente, dos atos clínicos realizados. A nível dos pressupostos dos testes estatísticos, iremos aceitar que apenas uma das variáveis supracitadas respeita o princípio da homogeneidade: Cirurgia Oral ( $p=0,175$ ).

Tendo isto em consideração, a par com o teste de normalidade, iremos relacionar as variáveis através de métodos não paramétricos: teste de Kruskal-Wallis.

Tabela XV - Avaliação da interdisciplinaridade

<b>Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes</b>			
Odontopediatria	0,827	Endodontia	0,048
Cirurgia Oral	0,545	Dentisteria Operatória	0,044
Medicina Oral	0,392	Ortodontia	0,029
Prótese Fixa	0,279	Oclusão	0,017
Urgências	0,130	Periodontologia	0,012
		Prótese Removível	0,002

Os dados devolvidos por este teste não paramétrico de amostras independentes, Kurskal-Wallis, são de extrema relevância. Demonstram, estatisticamente, para um  $p < 0,05$ , de que forma o funcionamento de uma dada área clínica é estanque ou se relaciona com as outras.

Temos, no topo da lista, a Odontopediatria ( $p=0,827$ ), seguido por Cirurgia Oral ( $p=0,525$ ), Medicina Oral ( $p=0,392$ ), Prótese Fixa ( $p=0,392$ ) e Urgências ( $p=0,130$ ), este último engloba todos os doentes atendidos em qualquer área disciplinar quando a intervenção realizada foge ao seu leque de atuação designado.

Por outro lado, Endodontia, Dentisteria Operatória, Ortodontia, Oclusão, Periodontologia e Prótese Removível ( $p < 0,05$ ) mostram que a sua prática é exercida num contexto multidisciplinar.

#### 4.4. Análise da variável Urgências

Tabela XVI - Designação dos tratamentos realizados em consulta de urgência

Consultas por trinómio (anual)	Número de pacientes (anual)	Consultas como operador (anual)	Área disciplinar
			1 Odontopediatria
			1 Endodontia
			2 Dentisteria Operatória
			4 Prótese Fixa
			3 Cirurgia Oral
			1 Periodontologia
12	10	7	

O total de consultas que o trinómio efetuou nas diferentes áreas disciplinares, em situações de urgência, perfazem doze atos médicos. São contabilizadas como urgências todas as consultas que, não havendo uma marcação prévia ou sinalização na agenda do grupo de trabalho, foram realizadas fora do contexto para o qual a área disciplinar, em curso, estaria destinada. Entenda-se que marcações de “última hora” ou doentes que foram transferidos entre trinómios não são aqui contabilizados. Quando o paciente vem, numa situação de urgência, e, por coincidência, a área disciplinar em curso é direcionada ao tipo de tratamento que necessita, ou pelo qual ele aguardava, não são, aqui, contabilizados como urgência. Motivos extraordinários para entrega e colocação de trabalhos finais de Prótese Removível fora do horário definido para esta área disciplinar também não são contabilizados.

Assim, a Tabela XVI resume, qualquer tratamento, desde a elaboração de uma história clínica e a prescrição de medicação ou a realização de evicções pulpares ou exodontias ou outros atos médicos, fora da área em que, previsivelmente, esse tratamento deveria ser efetuado.

No entanto, não devemos observar estes dados como que as diferentes áreas médico-dentárias apresentadas na Tabela XVI oferecessem um serviço negligente. Analisando o teste de Kruskal-Wallis, Tabela XV, verificámos que as consultas realizadas no contexto de urgência ( $p=0,130$ ) parecem, apesar de não terem significância estatística, oferecer um serviço de diagnóstico e referência de pacientes. Um dos motivos que pode estar a condicionar o valor da significância poderá ser o facto de vários pacientes que surgem no contexto de urgência, tanto a Endodontia como a Cirurgia Oral, por vezes, quando há inflamação local aguda que impossibilita o tratamento, passam por uma fase de medicação pré-operatória e regressam à respetiva área médica contribuindo assim para uma menor interdisciplinaridade.



## DISCUSSÃO



## 5. Discussão

No sentido de apreciarmos a importância das várias vertentes da Medicina Dentária e de compreendermos a demanda de cada uma e sua interdisciplinaridade, iremos, caracterizar, numa autoavaliação crítica, as terapêuticas exercidas para as várias problemáticas que foram surgindo na prática clínica.

Os modos de atuação serão comentados, clarificando o tipo de intervenção, e justificados, expondo os critérios que levaram a um dado exercício clínico em função da história clínica realizada.

A evolução dos conhecimentos e a sua contextualização, traduzida na capacidade de intervenção do aluno serão igualmente medidos e interpretados no sentido de compreender a sua experiência de aprendizagem.

### 5.1. Medicina Oral

A Medicina Oral é, sem mais, uma área da Medicina Dentária que, na Clínica Universitária, visa realizar a triagem de todo e qualquer paciente que se dirige à consulta.

Assim sendo, a correta história clínica, minuciosa e atenta, deve ser efetuada. O aluno possui como orientação para este trabalho, “um guião”, a história clínica em formato eletrónico, útil, mas que deve carecer sempre de questões adicionais. Aqui, a capacidade de percepção e interpretação do aluno face ao que o doente lhe relata é, evidentemente, importante. Certos sinais ou sintomas poderão ser relatados deste modo quando, por vezes, não o seriam caso o aluno procurasse, única e exclusivamente, respostas para os parâmetros de preenchimento da história clínica estandardizada.<sup>(2)</sup>

Durante a entrevista, o conhecimento do aluno vai sendo posto à prova. Este deve conhecer bem a anatomia da cabeça e pescoço e a fisiologia, esta, por oposição, torna-se útil a identificar situações por vezes sinalizadores de patologias. A isto acresce ainda o relato de certos sintoma e/ou medicação em curso e/ou internamentos hospitalares e/ou outros.

Por fim, a sequência lógica das questões colocadas deve resultar numa história clínica que traduza a saúde geral e a saúde oral do doente. Estabelecendo-se potenciais de risco, avaliam-se patologias existentes e, por fim, essa informação é clarificada ao paciente. O clínico pode ainda recorrer à biópsia quando, para obtenção do diagnóstico, tal se coloca necessário.

Nesta área disciplinar, ao longo do ano, como operador, assiná-lo com particular relevo o diagnóstico de síndrome da boca ardente numa paciente de 55 anos. A paciente referia ardor no dorso da língua após a entrada na menopausa, há cerca de três anos; bem como xerostomia. À data da consulta, a doente, encontrava-se medicada com *Midazolam*, referindo que após a

toma deste ansiolítico existia um alívio dos sintomas referidos, até à noite, quando os sintomas se mostrariam mais ativos, corroborando com o período de toma da medicação e o efeito da mesma. Nenhum tipo de lesão, edema ou alteração existia nas diversas áreas da língua. A terapêutica recomendada foi a aplicação Bioxtra® gel e a manutenção da medicação.

Quanto ao exercício da Medicina Oral, sabemos que não existe, como seria de esperar, uma proporção que mostre que o funcionamento da área disciplinar está, efetivamente, relacionado com o número de pacientes atendidos pelo trinómio. Como indica a Tabela III, apenas 12 dos 63 pacientes foram referenciados após a primeira consulta em Medicina Oral, mostrando não ter existido um funcionamento interdisciplinar significativo ( $p=0,392$ ). Sabemos também que apenas 14,3% dos pacientes voltaram à consulta de Medicina Oral durante o período de um ano.

Assim, para o grupo de trabalho em causa, podemos dizer que não há uma relação estatisticamente significativa entre o número total de atos a Medicina Oral que se refletisse no total de atos efetuados para qualquer consulta no âmbito da Medicina Dentária.

Obviamente, dado o funcionamento característico da Medicina Oral, na Clínica Universitária, não será de assumir que a seleção dos pacientes ou o direcionamento dos tratamentos não estão a ser feitos. Devemos antes explicar estes dados por três fatores: primeiro, existe, na realidade, a entrada de pacientes em contexto de urgência que, obviamente, dando entrada na Clínica Universitária serão atendidos e direcionados às mais diversas áreas disciplinares; segundo, o facto da Medicina Oral não ser exclusivamente a “porta de entrada” a quem procura os cuidados médicos oferecidos pela instituição, temos, por exemplo, a Gerodontologia e a Medicina Dentária Preventiva; terceiro, a existência dum acompanhamento efetuado ao longo de vários anos de alguns pacientes, uma vez que os valores, em cima descritos, apenas traduzem o funcionamento da Medicina Oral durante o ano letivo (2013/2014).

## **5.2. Periodontologia**

A Periodontologia estuda a forma como a peça dentária se suporta na arcádia dentária. Identifica estruturas anexas ao dente, estruturas de suporte, e outras, que contribuem para a sua preservação na arcada dentária.<sup>(3)</sup>

Esta área clínica procura tratar e resolver qualquer patologia associada às doenças que acometem aos tecidos moles, inflamações gengivais e ligamento periodontal, e tecidos duros, diminuição vertical e horizontal da cortical óssea até a reabsorção radicular com envolvimento do cimento dentário.<sup>(3)</sup>

Para efeitos de diagnóstico, na Clínica Universitária, a área de Periodontologia, mune-se com os seguintes elementos de diagnóstico: “status” radiográfico, índice de placa bacteriana, quantificação do sangramento à sondagem, medição das bolsas periodontais e, com recurso à sonda de *Nabers*, avalia o grau de envolvimento da furca; assim serão recolhidos ao doente todos os dados necessários para um correto diagnóstico.

O “status” radiográfico procura avaliar a condição dos tecidos duros, sendo importante para o diagnóstico diferencial da severidade das doenças periodontais. O índice de placa bacteriana, bem como a sondagem, tanto com sonda periodontal como com sonda de *Nabers*, quando necessária, foram sempre executados e os valores de sangramento à sondagem registados. Isto permite acompanhar o tratamento ou a progressão da doença diagnosticada, traduzindo o “compliance” do paciente.<sup>(4)</sup>

Além disto, a história clínica permite avaliar o estado geral da saúde do paciente e a medicação que poderá estar a fazer e se estes condicionam a saúde periodontal.

Durante o ano, enquanto operador, os tratamentos compreenderam, maioritariamente, passos relativos à instrução do paciente e fase higiénica, destartarização, 7 das 8 consultas realizadas, como operador, e apenas uma, se dedicou a um intervenção mais avançada, onde foi realizada uma curetagem total dos tecidos de suporte lesados.

Enquanto operador, Periodontologia, representa 10,8% das consultas efetuadas ao longo do ano.

Para o total de 16 pacientes existe, no espaço temporal de um ano, 36,0% de probabilidade de cada um ter realizado mais do que uma consulta. Sendo que o valor mínimo desejado, tendo em conta a saúde periodontal destes doentes, seria, em média, de 50%, correspondendo a pelo menos uma consulta de meio em meio ano para cada doente. Isto traduz, não só, a incapacidade de, por vezes, o aluno motivar o paciente face ao tratamento, como, acima de tudo, mostra o descuido ou desinteresse do doente face ao tratamento realizado, refletindo-se assim na sua assiduidade.

Contudo, verificamos que o funcionamento da Periodontologia é inevitavelmente inserido num contexto interdisciplinar ( $p=0,012$ ); este valor mostra aquilo que foi prática clínica de todos os elementos do trinómio. Podemos referir que existe uma relação entre o facto de o paciente ter vindo à consulta de Periodontologia e, posteriormente, ter sido tratado num outra área disciplinar.

### **5.3. Endodontia**

Nesta área disciplinar, Endodontia, avaliámos a anatomia local, trajeto endodôntico e estruturas anexas; a fisiologia, e as patologias que podem acometer a peça dentária, comprometendo a sua vitalidade e permanência na arcada. O diagnóstico, por parte do clínico, deve ser imediatamente sucedido com um plano de tratamento ajustado. Para isso, o conhecimento da morfologia canalar e as suas variações e o conhecimento, domínio e enquadramento clínico das técnicas endodônticas disponíveis, é extremamente relevante. De forma a tornarem mais precisas as abordagens do médico dentista, importa contextualizar os vários fenómenos patognomónicos locais que denominam a entidade a tratar. As lesões endodônticas serão compreendidas em par com as periodontais, para assim clarificar e interceder de forma direcionada e potencialmente mais eficaz.<sup>(1, 5, 6)</sup>

Assim sendo, na Clínica Universitária, fazemos uso dos meios auxiliares de diagnóstico, recolhemos os sinais e os sintomas locais e avaliámos a história clínica a fim de concretizar a avaliação mais correta e fornecer o tratamento mais adequado.

O protocolo do tratamento é acompanhado sempre com confirmação radiográfica, dividido em cinco passos: diagnóstico, confirmação da odontometria de referência, confirmação da odontometria de trabalho, a conometria e a radiografia final, para avaliarmos a qualidade do tratamento.

Como operador, Endodontia, ocupou cerca de 12,2% da carga horária efetiva. Sabemos ainda que, em média, a probabilidade do paciente ter feito uma segunda consulta é de 61,5. Isto mostra que depois de iniciado o tratamento, quando este não é possível de terminar numa só sessão, o doente dá continuidade ao tratamento. Em média, dos diferentes pacientes atendidos, cada um fez 2,6 consultas em Endodontia.

#### **5.4. Dentisteria Operatória**

A Dentisteria Operatória é, por excelência, a área da Medicina Dentária que recorre aos diferentes tipos de materiais e técnicas para promover a manutenção da peça dentária, dando-lhe a forma original quando esta foi comprometida por algum fator, por exemplo, cárie ou trauma. Os materiais restauradores, existentes na atualidade, são selecionados com base em diversos fatores. Consoante o caso clínico, os requisitos que o material restaurador deve preencher vão sendo diferentes; as características importantes vão desde a estética, propriedades ótimas do material às propriedades físicas, que traduzem a capacidade do material aguentar certas cargas mastigatórias.<sup>(7, 8)</sup>

Nesta área disciplinar realizei sete restaurações definitivas, das quais cinco, dada a extensão da cavidade ou suspeita de proximidade da polpa dentária, confirmado por radiografia; obrigaram a realização de um “forramento” da base da cavidade com uma camada fina de ionómero de vidro, Ionoseal®.

De dez consultas, apenas uma das restaurações foi realizada com compósitos desenhados para restaurações estéticas (protocolo baseado nas instruções da Ena®HRi®). O dente restaurado, um incisivo lateral superior, utilizou três tipos de compósitos estéticos HRi®: *Opalescent Amber*, rotulado como AO, utilizado para a camada referente ao esmalte, e *Universal Dentin*, identificado como UD, sendo utilizados UD2 e UD3 para restaurar a porção de dentina.

Duas restaurações provisórias foram efetuadas. Numa situação, após a remoção de todo o tecido cariado, tornou-se visível a polpa à transparência, sem que houvesse sangramento. Aqui o protocolo de restauro foi feito com dois materiais, com controlo feito às seis semanas: uma base de pasta de hidróxido de cálcio, pelas propriedades de indução à formação de dentina terciária, e, a restante extensão, restaurada com IRM®. Na outra situação, houve a necessidade de realizar uma evicção pulpar, no seguimento da consulta de Dentisteria Operatória, e, portanto, a restauração provisória foi antecedida pela colocação, na entrada dos canais, duma

bola de algodão esterilizada mergulhada em Cresophene, este último importante pelas suas propriedades antibacterianas<sup>(9)</sup>.

## 5.5. Cirurgia Oral

A área de Cirurgia Oral trata, pelo meio de cirurgias dento-alveolares, a saúde, oral e sistémica, do paciente.<sup>(10)</sup>

Todo e qualquer tratamento levado a cabo nesta consulta de Medicina Dentária é antecedido por uma revisão pormenorizada da história clínica, onde sinais e sintomas, face ao problema referenciado ou identificado, são confirmados e atualizados à histórica clínica. O ato cirúrgico é sempre antecedido por uma radiografia de confirmação do diagnóstico.

Quaisquer situações relevantes na histórica clínica que possam contraindicar a intervenção médica, doenças sistémicas ou medicação, são, quando existem, previamente controladas ou resolvidas.

O doente que procura este tipo de cuidado médico, recorre à consulta de Cirurgia Oral essencialmente sempre que o dente em causa se apresenta irrecuperável ou passível de interferir/comprometer o adequado restabelecimento do equilíbrio do sistema estomatognático.

No total das consultas realizadas surgiu, ao trinómio, a oportunidade de preparar um campo operatório diferenciado. Dado o doente referir ser portador duma doença infetocontagiosa foram tomadas medidas de acordo com o protocolo de atuação, da Clínica Universitária, nessas circunstâncias.<sup>(11)</sup>

Importa referir que esta é a única área clínica que mostra distribuição homogénea dos pacientes ( $p=0,175$ ), para o teste de Levene; o que traduz a forma como a Cirurgia Oral organiza e distribui os atos. A nenhum aluno, ou trinómio, foi dada a oportunidade de ter mais atos que qualquer outro. Apesar de existirem mínimos obrigatórios para as várias áreas clínicas, nem todas conseguem fazer este tipo de distribuição; existe, por vários fatores, uma “fidelização” de um dado doente a um trinómio. Entenda-se que, muitas vezes, associado aos tratamentos em curso esta fidelização é mandatária, por exemplo, em Prótese Removível.

Esta área disciplinar representa 8,1% do tempo como operador ao longo do ano.

Sabemos ainda que, em média, cada paciente atendido pelo trinómio extraiu 1,8 dentes; na mesma, ou em outra, consulta durante o período de um ano.

No entanto, a Cirurgia Oral, estatisticamente, é a segunda área clínica onde parece existir menor interdisciplinaridade ( $p=0,545$ ). O facto de alguns dos pacientes atendidos em Cirurgia Oral serem mais tarde direcionados para outros grupos de trabalho, faz com que se perca o conceito de um tratamento interdisciplinar. Aliando a isto temos o facto de um número elevado de pacientes que recorre à Cirurgia Oral, quando referenciado, não volta para dar continuidade ao tratamento necessário. O doente vê nesta área o “fim dos problemas” no que toca à sua saúde oral não procurando a reabilitação.

## **5.6. Odontopediatria**

Em Odontopediatria, especialidade da Medicina Dentária, realiza-se um tratamento diferenciado de pacientes até uma idade máxima de 16 anos. Aqui fazemos o preenchimento da história clínica e, conseqüente, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento das doenças que atingem a cavidade oral em pacientes com dentição decídua e mista. Dada a faixa etária sobre que se debruça, esta especialidade assume um papel importante na prevenção e instrução dos doentes, sendo que, nestas idades, o doente é, tanto pelo médico-dentista como pelos pais ou outros encarregados de educação, “moldável”, onde a sensibilização e o alerta podem contribuir bastante para a saúde oral no presente e no futuro.<sup>(2, 12)</sup>

Na Clínica Universitária, o exercício desta especialidade, obriga, antes de mais, a que o operador consiga obter, por parte da criança, um comportamento que torne o tratamento o mais eficaz possível. Para isso o operador deve reconfortar a criança recorrendo primeiramente a técnicas não farmacológicas, como a modelação da voz, de demonstração ou restrições físicas, esta última desaconselhada; e, em casos mais drásticos, farmacológicas, como a sedação.<sup>(13)</sup>

Conseguido o comportamento desejado, o operador, deve preencher a história clínica da criança, este processo necessitará, frequentemente, de ser realizado na presença do responsável pela criança que poderá/deverá ser questionado. Quanto aos exames complementares de diagnóstico, a realização de ortopantomografias é, por norma, em Odontopediatria, na Clínica Universitária, exclusividade para pacientes com idade igual ou superior a 6 anos.

A Odontopediatria é, de todas, a área disciplinar que apresenta o menor valor de interdisciplinaridade ( $p=0,827$ ), comparativamente a todas as outras vertentes da Medicina Dentária. Este dado é explicável pelo facto da disciplina, em si, compreender um tratamento multidisciplinar à exceção da realização de avaliações ou tratamentos ortodônticos.

Como operador, realizei uma extração e duas restaurações (Tabela IX). A Odontopediatria é a segunda área disciplinar onde foram feitos menos atos clínicos, ocupando apenas 4,1% de toda a atividade clínica desempenhada.

## **5.7. Prótese Removível**

A Prótese Removível, como área disciplinar, procura, avaliar a saúde oral do paciente, suportando-se em todos os seus dados clínicos existentes e recolhendo todos os que possam ser necessários, aferindo a viabilidade da reabilitação oral.

O protocolo para a realização de uma prótese é amplo e moroso; são diversas as variáveis que devem ser analisadas para que, no fim, o elemento protético seja estável, confortável e consiga reabilitar a estética e as funções de mastigação e fonética.

Na Tabela X podemos verificar os passos que dizem respeito ao atendimento em Prótese Removível e o número de consultas realizadas, como operador, nas diferentes sessões.

Assim, tendo em conta que, ao longo do ano, foi possível confeccionar sete próteses, acrílicas e esqueléticas, e, dada a organização interna do trinómio, enquanto operador foi possível intervir em cada um dos passos pelo menos uma vez; perfazendo um total de catorze consultas.

A área disciplinar de Prótese Removível é, de todas, aquela que apresenta uma maior interdisciplinaridade ( $p=0,002$ ). Este dado evidencia o funcionamento da área médico-dentária, uma vez que, todos os pacientes, antes, durante e após as consultas de reabilitação oral são referenciados, conforme as necessidades de cada um, para as mais diversas áreas da Medicina Dentária. Pretende-se que, aquando da inserção do elemento protético, o paciente esteja livre de qualquer foco infeccioso e quaisquer doenças crónicas periodontais devem estar controladas.

Esta é a área disciplinar onde se realizaram mais consultas, 18,9% do total, onde em média, cada paciente atendido, realizou 4,6 consultas. Estes valores explicam-se pela extensão do protocolo clínico desde a avaliação inicial à inserção da prótese e, seguintes, consultas de controlo, que, não só obrigam o paciente a ser assíduo como garantem um maior número de atos a realizar.

## **5.8. Prótese Fixa**

A Prótese Fixa vem, no contexto da Clínica Universitária, oferecer uma forma de reabilitação fixa. À semelhança da Prótese Removível, procura tratar diversas alterações funcionais e estéticas.

Os elementos protéticos da Prótese Fixa são vários em função do tratamento necessário. As técnicas, os materiais de confeção e a arquitetura da peça de prótese fixa serão consequência de um diagnóstico prévio que possibilite a tomada de decisão, face a essas variáveis.

Esta área clínica oferece não só uma possibilidade de restauração quando, por vezes, a extensão de tecido dentário perdido a inviabiliza em Dentisteria Operatória, coroa unitária; como utiliza os remanescentes dentários para o preenchimento de espaços edêntulos oferecendo, estes, um suporte fixo ao elemento protético, pântico.

Na Clínica Universitária, o protocolo para a reabilitação obriga aos seguintes passos: uma consulta de avaliação, onde se realizam impressões de estudo; enceramento, prospetivo do elemento protético fixo; execução dos preparos das peças dentárias e elementos protéticos acrílicos provisórios e cimentação provisória; prova de infraestrutura, quando existe; escolha da cor dos dentes; prova de cerâmica e, por fim, a cimentação definitiva.

Durante o ano, foi possível realizar duas consultas de controlo e duas de avaliação, uma para cobrir um espaço edêntulo, no setor posterior, e outra num dente extensamente destruído. Estas consultas de avaliação não viriam, posteriormente, a traduzir-se em reabilitação fixa. É de salientar um quinto ato que consistiu numa reparação de uma coroa total cerâmica dum incisivo central superior direito, com recurso a compósitos e a ácido fosfórico, apesar dos materiais indicados não serem aqueles que deviam ser os utilizados tanto pelas propriedades

físicas pobres do compósito, comparativamente à cerâmica, como pelo acondicionamento, fraco, da superfície cerâmica com ácido fosfórico. O ato foi realizado devido a dois pressupostos: um económico, colocado por parte do doente e outro, clínico, a necessidade de repor a estética. Não sendo o protocolo o mais indicado, o prognóstico não é, de todo, desfavorável, uma vez que a paciente apresenta mordida aberta não existindo qualquer contacto oclusal nesta região.<sup>(8, 14)</sup>

Esta área disciplinar representou 6,8% do trabalho como operador. Dado que, segundo o protocolo clínico da área disciplinar, desde a avaliação até a reabilitação final seriam necessárias, pelo menos, para cada paciente, seis consultas, o valor médio de 1,4 consultas por paciente mostra que, no ano, nenhum paciente realizou qualquer tipo de reabilitação fixa. Este facto verifica-se também na inexistência de interdisciplinaridade ( $p=0,279$ ), como seria de esperar, já que nenhum tratamento foi iniciado.

## 5.9. Oclusão

A área disciplinar de Oclusão versa, além do mais, as disfunções temporomandibulares, estuda a dinâmica do sistema estomatognático no seu todo, isto é desde os contactos dentários inter-arcadas à implicação que os mesmos têm em situações de alteração funcional. Debruça-se quer sobre os próprios dentes, gengiva e esqueleto envolvente, até aos músculos e articulações e a presença ou ausência de hábitos parafuncionais. De sublinhar é a extrema complexidade do sistema mastigatório quer nos seus componentes mais elementares, os dentes, quer nos componentes esqueléticos, ou ainda, no sistema que permite todos os movimentos, o sistema muscular, e a forma como sistema neurológico opera.<sup>(15)</sup>

Na área de Oclusão o paciente é avaliado primeiramente pelas suas queixas. Depois pela aplicação do RDC/TMD<sup>(16)</sup> e, para completar o diagnóstico, as arcadas dentárias do paciente são replicadas e montadas em articulador.

O diagnóstico, segundo o RDC/TMD, é elaborado da seguinte forma: é feito um questionário da história clínica, e, seguidamente, é realizado um exame clínico de palpação muscular e articular e medição de amplitude de movimentos mandibulares. Esta recolha de dados permite-nos obter informações em dois eixos, o primeiro corresponde a diagnósticos de desordens musculares ou de desarranjos do disco e o segundo diz respeito à presença ou ausência de dor crónica, ao nível de depressão e apresenta uma escala de sintomas, por gravidade, assim como quantidade de limitação de movimentos mandibulares.

O RDC baseia-se num modelo de dor experimentada, isto é, segundo a localização da dor sentida, o diagnóstico tende para disfunção muscular ou articular. O que acontece é que a dor, tendo carácter biopsicossocial, ou seja, não tem a mesma apresentação em todas as pessoas; carece da associação a método imagiológico para um diagnóstico, por vezes, mais correto.

Com a montagem em articulador semi-ajustável, temos maior e melhor visibilidade das relações oclusais, nas faces linguais e de vistas posteriores, podendo avaliar uma grande quantidade de movimentos excêntricos e a existência, por exemplo, de contactos prematuros.

Posto isto, considerando as consultas efetuadas como operador, temos duas consultas: uma, na qual foi feita a montagem em articulador semi-ajustável para um doente onde era necessário, antes de qualquer intervenção futura, avaliar a posição relativa dos dentes nas arcadas; e outra, segunda, onde, após a confecção de um goteira oclusal, foi feita a inserção da mesma e a instrução do paciente para o uso correto do dispositivo médico.

A área disciplinar foi, de todas, a que menos carga letiva ocupou, representa 2,7% do total de consultas como operador. Onde, em média, ao longo do ano, apenas 16,7% dos pacientes regressou, após a primeira consulta. Estes dados explicam-se por um terceiro, pois, esta área disciplinar enquadra-se no contexto de interdisciplinaridade ( $p=0,017$ ). Assim, vemos que ao longo do ano, os pacientes foram referenciados à área disciplinar não só para realizarem os tratamentos possíveis como, recorrendo aos meios de diagnóstico exclusivos da Oclusão, um meio auxiliar de diagnóstico às restantes áreas disciplinares de reabilitação, com relevo, à Prótese Removível e Prótese Fixa.

## 5.10. Ortodontia

A Ortodontia tratando-se de uma especialidade da Medicina Dentária, no mestrado integrado, apresenta algumas limitações de atuação. No entanto, importa referir, que em caso algum, o doente deixou de receber o tratamento adequado; quer diretamente, quando o tratamento foi realizado na Clínica Universitária, quer indiretamente, quando, após uma avaliação ortodôntica, o doente foi referenciado.

Nesta área disciplinar o diagnóstico, a par com a história clínica, é sempre feito com base em três parâmetros de análise: um, recorrendo à telerradiografia, é a cefalometria ou outros dois, com recurso a modelos de gesso, são a análise de *Moyers* e a de *Bolton*. Existe ainda um protocolo para a realização das fotografias extraorais e intraorais bem como para a conceção dos modelos de gesso.

Durante o ano acompanhamos sempre a mesma paciente. O motivo da primeira consulta surgiu no seguimento do controlo de uma placa de expansão de *Hawley* e ativação da mesma. À terceira consulta, das cinco que se iriam realizar, o aparelho ortodôntico removível atingiu o máximo de expansão para o qual estava concebido; optando-se por deixar o aparelho ortodôntico inativado até à consulta de avaliação ortodôntica que seria realizada.

Para recolha de elementos de diagnóstico, supracitados, foram realizadas duas consultas. Em seguida, após a avaliação ortodôntica, sugerimos que, dado a obtenção da expansão dentoalveolar<sup>(17)</sup> inicialmente proposta, o tratamento a efetuar, em seguida, seria a extração seriada dos dentes decíduos que, segundo o diagnóstico, estariam a provocar alterações à erupção dentária. O paciente foi então referenciado para a área de Odontopediatria a fim de concluir o tratamento.

Esta área disciplinar, no contexto clínico, ocupou 6,8% da componente prática efetiva ao longo do ano. Mostrando, dada a natureza do diagnóstico concretizado pelo trinómio, existir interdisciplinaridade ( $p=0,029$ ).



## CONCLUSÃO



## 6. Conclusão

Com este relatório de atividade clínica pretendeu-se não só avaliar as áreas disciplinares para as quais o aluno estará mais apto, como também interpretar o funcionamento de cada uma no contexto da prática da Medicina Dentária.

A área disciplinar de Cirurgia Oral mostra ser a única que faz uma distribuição homogénea dos pacientes ( $p=0,175$ ); isto acontece, pois os doentes que acorrem à cirurgia são tratados por qualquer aluno em função do somatório dos atos que possa já ter efetuado; independentemente de quem possa ter referenciado o doente.

As restantes áreas disciplinares não apresentam homogeneidade uma vez que nelas existe o “princípio da fidelização e acompanhamento” do doente. Ou seja, o mesmo paciente, a fim de obter o melhor tratamento é, durante o tempo necessário, e quando as terapêuticas ou reabilitações em curso assim o obrigam, acompanhado estritamente pelo mesmo grupo de trabalho.

Na Medicina Dentária, a abordagem multidisciplinar do doente, a fim de proporcionar o melhor tratamento, é prática comum. Neste estudo concluímos que seis das dez áreas clínicas mostram laborar segundo esse pressuposto ( $p<0,05$ ).

Das quatro que, estatisticamente, parecem escapar temos: a Odontopediatria ( $p=0,827$ ), que, *per si* oferece um tratamento multidisciplinar aos seus utentes, logo, não se coloca a necessidade de referenciar pacientes a outras áreas disciplinares; a Cirurgia Oral ( $p=0,545$ ), onde o valor de significância deve ser interpretado com bastante atenção, pois, como concluímos, os pacientes que aqui são atendidos mostram, por vezes, desinteresse face aos tratamentos, posteriormente, referenciados; a Medicina Oral ( $p=0,392$ ), que, como descrevemos, parece, neste grupo de trabalho, não ter sido representativa da forma como foi feita a captação, diagnóstico e triagem do doente; e, por último, a Prótese Fixa ( $p=0,279$ ), contrariamente à doutrina da prática clínica, no entanto, o resultado, é explicável pelo facto de nenhuma das consultas de avaliação ter resultado em reabilitação efetiva, logo, não houve a necessidade de referenciar outras áreas. Posto isto, contudo, podemos concluir que o princípio de interdisciplinaridade é prática assente na Clínica Universitária.

Neste estudo, podemos verificar ainda a forma como as diferentes áreas clínicas, face ao total de atos realizados, pelo aluno, enquanto operador, se distribuem. Com estes dados vemos a percentagem de consultas efetuados pelo aluno na sua prática de Medicina Dentária. Sabe-se que, no total das dez áreas clínicas, Oclusão (2,7%), Odontopediatria (4,1%) e Medicina Oral, Prótese Fixa e Ortodontia (6,8% cada) representam apenas 27,2% de toda atividade clínica. Explicável tanto pelos protocolos inerentes aos tratamentos que nelas foram realizados, tratamentos de uma só sessão, como pela especificidade da área de atuação que limita, portanto, o número de pacientes que requerem esse tipo de intervenção especializada.

Por outro lado, representativo de 63,3% da prática clínica temos, por ordem crescente, Cirurgia Oral (8,1%), Periodontologia (10,8%), Endodontia (12,2%), Dentisteria Operatória (13,5%) e, no topo, Prótese Removível (18,9%). Vemos que, com exceção para a Cirurgia Oral,

todas as áreas médico-dentárias aqui referidas mostraram  $p < 0,05$  para o teste estatístico à interdisciplinaridade. Assim, deste cruzamento de dados, podemos não só concluir a existência de fluxo de doentes entre estas áreas, bem como verificar o respeito, por parte do doente, pelo protocolo de funcionamento, tanto da instituição como das terapêuticas em curso, já que as quatro áreas que mostram maior fluxo de doentes são, muitas das vezes, representativas do percurso terapêutico do doente na Clínica Universitária. Tanto a Prótese Removível referênciada, com base na reabilitação que pretende, pacientes à Periodontologia, Dentisteria Operatória e Endodontia, como estas três últimas, várias vezes, se completam.<sup>(6)</sup>

Por fim, face aos atos realizados, ao longo do ano, e aos diagnósticos obtidos, e, por vezes, situações emergentes, onde era imperativa a necessidade de tratamento, podemos afirmar que, dos 63 pacientes, apenas parte deles procurou melhorar a sua saúde oral geral.

No total dos pacientes, 84,0% realizaram menos de quatro consultas, durante o ano, e os restantes 16,0% realizaram cinco ou mais consultas. Sendo que 54,0% realizou apenas uma ou duas consultas, dada a severidade de alguns casos, podemos afirmar que alguns pacientes, apesar de terem sido aconselhados a realizarem um tratamento continuado procuraram apenas resolver aquele que era, no momento, o “problema importante”, o foco de sintomatologia álgica. Sabemos também que desses 84,0% fazem parte aqueles pacientes que realizaram, num ano, entre três a quatro consultas; 30,0% deste valor representa, sobretudo, aqueles doentes que ou apresentando uma boa saúde oral vão aparecendo em consultas de rotina, ou aparecem para os mais diversos controlos das diferentes áreas disciplinares.

Os pacientes que preenchem os restantes 16,0%, com cinco ou mais consultas feitas num ano são aqueles que, após um diagnóstico inicial e explicitada a necessidade de tratamento, iniciaram terapia no âmbito da Medicina Dentária.

Importa ainda referir que, além de toda a atividade clínica realizada de acordo com as mais diversas áreas médico-dentárias, as consultas efetuadas em contexto de urgência representam 9,5% do total de atos, bastante superior a algumas áreas clínicas. Este dado deverá ser interpretado com atenção, pois poderá indicar algum tipo de serviço em falta e potencialmente útil, tanto para a Clínica Universitária e os seus utentes como para a prática clínica do aluno. Esta tipo de consulta, estando a ser encarada como última instância, consegue, mesmo assim, mostrar-se superior a outras áreas no que toca ao encaminhamento de pacientes.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## 7. Referências bibliográficas

1. Al-Fouzan KS. A new classification of endodontic-periodontal lesions. *International journal of dentistry*. 2014;2014:919173.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Council on Clinical A. Guideline on record-keeping. *Pediatric dentistry*. 2012;34(5):181-8.
3. Barros FC, Braga FF, Fischer RG, Figueredo CM. Effects of nonsurgical periodontal treatment on the alveolar bone density. *Brazilian dental journal*. 2014;25(2):90-5.
4. Franke M, Broseler F, Tietmann C. Patient-related Evaluation After Systematic Periodontal Therapy - A Clinical Study on Periodontal Health-related Quality of Life (PHQoL). *Oral health & preventive dentistry*. 2014.
5. da Frota MF, Filho IB, Berbert FL, Sponchiado EC, Jr., Marques AA, Garcia Lda F. Cleaning capacity promoted by motor-driven or manual instrumentation using ProTaper Universal system: Histological analysis. *Journal of conservative dentistry : JCD*. 2013;16(1):79-82.
6. Estrela C, Holland R, Estrela CR, Alencar AH, Sousa-Neto MD, Pecora JD. Characterization of successful root canal treatment. *Brazilian dental journal*. 2014;25(1):3-11.
7. Fehmer V, Muhlemann S, Hammerle CH, Sailer I. Criteria for the selection of restoration materials. *Quintessence international*. 2014;45(9):723-30.
8. Re D, Augusti G, Amato M, Riva G, Augusti D. Esthetic rehabilitation of anterior teeth with laminates composite veneers. *Case reports in dentistry*. 2014;2014:849273.
9. Ayhan H, Sultan N, Cirak M, Ruhi MZ, Bodur H. Antimicrobial effects of various endodontic irrigants on selected microorganisms. *International endodontic journal*. 1999;32(2):99-102.
10. Steed MB. The indications for third-molar extractions. *Journal of the American Dental Association*. 2014;145(6):570-3.
11. Ortega KL, Rezende NP, Araujo NS, Magalhaes MH. Effect of a topical antimicrobial paste on healing after extraction of molars in HIV positive patients: randomised controlled clinical trial. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*. 2007;45(1):27-9.
12. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance: A systematic review. *Journal of the American Dental Association*. 2014;145(8):817-28.
13. Lee HH, Milgrom P, Starks H, Burke W. Trends in death associated with pediatric dental sedation and general anesthesia. *Paediatric anaesthesia*. 2013;23(8):741-6.

14. Jain S, Parkash H, Gupta S, Bhargava A. To evaluate the effect of various surface treatments on the shear bond strength of three different intraoral ceramic repair systems: an in vitro study. *Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2013;13(3):315-20.
15. Davies S, Gray RM. What is occlusion? *British dental journal*. 2001;191(5):235-8, 41-5.
16. de Lucena LB, Kosminsky M, da Costa LJ, de Goes PS. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. *Brazilian oral research*. 2006;20(4):312-7.
17. Corbridge JK, Campbell PM, Taylor R, Ceen RF, Buschang PH. Transverse dentoalveolar changes after slow maxillary expansion. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*. 2011;140(3):317-25.



