



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Atividade Clínica

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

Por:

Ana Sofia Pereira Branco

Viseu, 2015



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ÁREA DE CONHECIMENTO

PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA

Relatório de Atividade Clínica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador: Professor Doutor Rui Amaral Mendes

Coorientador : Mestre Miguel Cardoso

Por:

Ana Sofia Pereira Branco

Viseu, 2015

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Rui Amaral Mendes e ao Mestre Miguel Cardoso pela orientação e coordenação.

Aos meus pais, Augusto e Céu, por todos os valores inculcados, compreensão incondicional, pelo apoio, pela ajuda na concretização dos meus sonhos, por serem um modelo a seguir.

À minha irmã, Eugénia, por me ensinar as verdadeiras definições de amor e tolerância, por todo o carinho e toda a sua presença na minha vida. Um dia, irmã mais velha, hoje, irmã mais nova, serás sempre um exemplo de lealdade, ternura e de alegria genuínas.

Ao meu irmão, Filipe, por me ensinar o verdadeiro significado de sabedoria, por me inculcar um espírito pragmático e por me "obrigar" a melhorar, todos os dias.

Agradeço ao meu binómio, Edgar, por todas as memórias, pelo apoio, por acompanhar e contribuir para o meu crescimento como pessoa e profissional.

Agradeço à Stefanie por ser uma grande amiga, uma pessoa sensata e, acima de tudo, ser uma "espécie" de mentora. Obrigada por seres aquela representante que todos os anos desejavam ter.

Agradeço à Bárbara e espero que, para além deste *plot twist*, existam muitos mais na tua vida e que te possa proporcionar alguns deles.

À Carolina e à Rita, por me fazerem ficar "agarrada" a esta cidade, por serem a razão pela qual eu aceitei Viseu como uma casa, pelas memórias e por todas aquelas histórias.

Aos TITE's por serem aquela família em Viseu que escolhi e por me proporcionarem grandes momentos na minha vida académica. Desejo-vos muita sorte a todos, neste novo percurso que nos aguarda.

Aos restantes Professores pelos conhecimentos transmitidos e pela enorme contribuição na minha formação.

Aos Funcionários pela disponibilidade e pela sua presença no meu percurso académico.

Resumo

O presente documento é o relato das competências teórico-práticas obtidas, no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa. Tem o intuito de analisar, criticamente, toda a atividade clínica, realizada por mim, durante o 5ºano, constituindo uma reflexão acerca da minha progressiva formação, tendo em vista o desenvolvimento de aptidões sociais e técnicas, que visam a melhoria da prestação de serviços ao paciente.

O Relatório de Atividade Clínica engloba toda a prática clínica, caracterizando os pacientes atendidos nas diferentes áreas disciplinares. Trata-se de uma análise quantitativa e qualitativa dos atos clínicos realizados, com uma descrição do decurso do tratamento e patologia associada. A caracterização do atendimento prestado facilita um espírito crítico, desenvolvendo uma visão mais ampla relativamente às diferentes possibilidades de diagnóstico, à multidisciplinariedade do nosso ramo e à necessidade de avaliar o paciente na sua totalidade. Esta abordagem permite ao aluno expandir a sua experiência clínica e proporciona uma consolidação do conhecimento teórico, adquirido ao longo do percurso universitário.

As competências obtidas, ao longo destes 5 anos, são os alicerces para a futura prática clínica e integração no mercado de trabalho. É essencial, que a atividade clínica integrada desenvolvida, seja o ponto de partida para uma formação continuada, com a aplicação dos fundamentos substanciais aprendidos e a incorporação de novos conhecimentos, relevantes para otimização clínica na área de Medicina Dentária.

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

Abstract

This document is an account of the theoretical and practical skills obtained during the Master's Degree in Dentistry at the Universidade Católica Portuguesa. Aims to examine critically all the clinical activity, performed by me during the 5th year, being a reflection on my progressive training, having in mind the development of social and technical skills, aimed at improving the service to the patient.

The Clinical Activity Report includes all the clinical practice and it characterizes the patients seen in the different clinical subjects. This is a quantitative and qualitative analysis of the clinical activity performed, with a description of the course of treatment and associated pathology. The characterization of the service provided facilitates critical thinking and develops a broader view on the various possibilities of diagnosis, multidisciplinary need in our area and the requirement of the evaluation of the patient as a whole. This approach allows students to expand their clinical experience and provides a consolidation of the theoretical knowledge acquired during their academic studies.

The skills obtained during these five years are the foundation for future clinical practice and the integration in the labour market. It is essential to view that the developed integrated clinical activity is the starting point for a continued training, to the application of substantial learned fundamentals and the incorporation of new knowledge relevant to clinical optimization in the field of dentistry.

Keywords: Clinical Activity, Surgery, Operative Dentistry, Endodontics, Oral Medicine, Occlusion, Paediatric Dentistry, Periodontology, Prosthodontics

Índice Geral

1 - INTRODUÇÃO	3
2 - OBJETIVOS	9
3 - MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
4 - RESULTADOS.....	17
4.1 - CARATERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA	17
4.2 - CARTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE OBTURAÇÃO	23
4.3 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CADA ÁREA DISCIPLINAR.....	24
4.3.1 - MEDICINA ORAL	25
4.3.2 - CIRURGIA ORAL.....	26
4.3.3 - PERIODONTOLOGIA	27
4.3.4 - PRÓTESE FIXA.....	28
4.3.5 - PRÓTESE REMOVÍVEL	29
4.3.6 - OCLUSÃO	31
4.3.7 - DENTISTERIA OPERATÓRIA	31
4.3.8 - ENDODONTIA	32
4.3.9 - ODONTOPEDIATRIA	33
4.3.10 - ORTODONTIA	34
5 - CASOS DIFERENCIADOS.....	37
5.1 - CASO CLÍNICO 1.....	37
5.2 - CASO CLÍNICO 2.....	42
5.3 - CASO CLÍNICO 3.....	47
6 - ATIVIDADE CIENTÍFICA	57
6.1 - PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA I.....	57
6.2 - PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA II	59
6.3 - PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA III	60
7 - DISCUSSÃO	65
7.1 - DISCUSSÃO DO PROGNÓSTICO DOS CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS.....	72
8 - CONCLUSÃO	77
9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
10 - ANEXOS	87

Índice de Gráficos

<i>Gráfico 1 - Percentagem de pacientes por género.....</i>	<i>17</i>
<i>Gráfico 2 - Distribuição de pacientes por faixa etária</i>	<i>17</i>
<i>Gráfico 3 - Distribuição de pacientes pela classificação ASA.....</i>	<i>18</i>
<i>Gráfico 4 - Distribuição de pacientes por número de patologias.....</i>	<i>19</i>
<i>Gráfico 5 - Distribuição de pacientes por patologias.....</i>	<i>19</i>
<i>Gráfico 6 - Percentagem de grupos farmacológicos presentes na amostra</i>	<i>20</i>
<i>Gráfico 7 - Percentagem de hábitos de higiene oral na amostra</i>	<i>21</i>
<i>Gráfico 8 - Percentagem de pacientes por presença de tratamento endodôntico e verificação do género prevalente no tratamento endodôntico.....</i>	<i>22</i>
<i>Gráfico 9 - Distribuição de tratamentos endodônticos pelo tipo dentário</i>	<i>22</i>
<i>Gráfico 10 - Distribuição do número de canais pela qualidade de obturação realizada fora e no âmbito da Clínica Universitária</i>	<i>24</i>
<i>Gráfico 11 - Distribuição de atos como Operador e Assistente.....</i>	<i>25</i>
<i>Gráfico 12 - Distribuição de atos por Área Disciplinar</i>	<i>25</i>
<i>Gráfico 13 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente no âmbito da Cirurgia Oral.....</i>	<i>26</i>
<i>Gráfico 14 - Distribuição de consultas de operador e assistente no âmbito da Periodontologia.....</i>	<i>27</i>
<i>Gráfico 15 - Distribuição de consultas por atos realizados pelo binómio no âmbito da Prótese Fixa.....</i>	<i>29</i>
<i>Gráfico 16 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente em Prótese Fixa</i>	<i>29</i>
<i>Gráfico 17 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente</i>	<i>30</i>
<i>Gráfico 18 - Caraterização dos tratamentos executados como operadora no âmbito da Dentisteria Operatória</i>	<i>32</i>
<i>Gráfico 19 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente em Endodontia</i>	<i>33</i>

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 - Frequência de pacientes em relação à medicação</i>	<i>20</i>
<i>Tabela 2 - Frequência de pacientes polimedicados</i>	<i>20</i>
<i>Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto aos tabagismo</i>	<i>21</i>
<i>Tabela 4 - Percentagem de dentes endodonciados por setor dentário</i>	<i>22</i>
<i>Tabela 5 - Percentagem dos canais pela qualidade de obturação realizada fora e no âmbito da Clínica Universitária.....</i>	<i>24</i>
<i>Tabela 6 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente no âmbito de Medicina Oral</i>	<i>26</i>
<i>Tabela 7 - Distribuição de atos como operadora em Periodontologia.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabela 8 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabela 9 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente em Oclusão.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabela 10 - Distribuição de consultas como operador e assistente em Dentisteria Operatória</i>	<i>32</i>
<i>Tabela 11 - Distribuição de atos como operador e assistente em Odontopediatria.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabela 12 - Distribuição de atos como operador e assistente em Ortodontia.....</i>	<i>34</i>

Índice de Imagens

<i>Imagem 1 - Remoção de restauração provisória e gengivectomia</i>	40
<i>Imagem 2 - Fotografia pré-operatória do dente 2.5</i>	40
<i>Imagem 3 - Preparo da margem palatina, remoção inicial da restauração infiltrada e preparo inicial da cúspide vestibular</i>	40
<i>Imagem 4 - Remoção de restauração provisória com colocação de matrizes e cunhas para protecção dos dentes adjacentes</i>	40
<i>Imagem 5 - Fotografia por vestibular de preparo finalizado</i>	40
<i>Imagem 6 - Colocação de porta-matriz e cunhas</i>	41
<i>Imagem 7 - Fotografia após escultura completa</i>	41
<i>Imagem 8 - Fotografia após ajuste oclusal, acabamento e polimento</i>	41
<i>Imagem 9 - Resultado global</i>	42
<i>Imagem 10 - (a) Radiografia pré-operatória; (b) Radiografia pós-operatória</i>	42
<i>Imagem 11 - Raio-x antes do alongamento coronário</i>	44
<i>Imagem 12 - Raio-x após alongamento coronário e após colocação de espigões</i>	44
<i>Imagem 13 - Cimentação de espigões e colocação de AutoMatrix; (a) vista vestibular; (b) vista oclusal</i>	45
<i>Imagem 16 - Preparo dentário</i>	45
<i>Imagem 14 - Raio-x após núcleo de amálgama</i>	45
<i>Imagem 15 - Vista lingual do preparo</i>	45
<i>Imagem 17 - Enceramento para confecção da chave para o provisório</i>	46
<i>Imagem 18 - Impressão definitiva</i>	46
<i>Imagem 19 - Coroa metalocerâmica no modelo</i>	46
<i>Imagem 20 - Resultado global</i>	46
<i>Imagem 21 - Cimentação definitiva</i>	46
<i>Imagem 22 - Ortopantomografia</i>	47
<i>Imagem 23 - Raio-x inicial do 4.8</i>	48
<i>Imagem 24 - Controlo da hemorragia pulpar e colocação do AutoMatrix®</i>	51
<i>Imagem 25 - Remoção da restauração provisória e verificação de exposição pulpar de cerca de 1mm</i>	51
<i>Imagem 26 - Condensação e escultura da restauração</i>	51
<i>Imagem 27 - Restauração final a Biodentine™</i>	51
<i>Imagem 28 - Radiografia após restauração com Biodentine™</i>	52

<i>Imagem 32 - Vista vestibular da restauração definitiva a compósito.....</i>	<i>53</i>
<i>Imagem 29 - Preservação de cerca de 3mm de base de Biodentine™.....</i>	<i>53</i>
<i>Imagem 30 - Restauração com Biodentine™ após 2 meses: (a) vista vestibular; (b) - vista oclusal.....</i>	<i>53</i>
<i>Imagem 31 - Vista oclusal da restauração definitiva a compósito.....</i>	<i>53</i>
<i>Imagem 33 - Radiografia final.....</i>	<i>54</i>

Lista de Abreviaturas

ASA - *American Society of Anesthesiologists*

BOP - Hemorragia à Sondagem

CRB - Centro Regional das Beiras

GUN - Gengivite Ulcerativa Necrosante

MTA - *Mineral Trioxide Aggregate*

OMD - Ordem dos Médicos Dentistas

PCA - Periodontite Crónica Avançada

PCL - Periodontite Crónica Leve

PSR - *Periodontal Screening and Recording*

PUN - Periodontite Ulcerativa Necrosante

RAR - Raspagem e Alisamento Radicular

T.E.R - Tratamento Endodôntico Radical

UCP - Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

A Medicina Dentária é um ramo da Medicina que envolve a avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento (não-cirúrgico, cirúrgico ou procedimentos relacionados) de patologias, desordens e/ou condições da cavidade oral, área maxilofacial e/ou estruturas associadas e adjacentes, como também o seu impacto no corpo humano.¹

Um resultado realista, no âmbito da Medicina Dentária, deve ser uma saudável cavidade oral com uma dentição sadia. O tratamento dentário deve visar não só a manutenção do estado de saúde, com o tratamento da patologia ativa, como também se deve focar na prevenção da doença futura. Esta área do ramo da Medicina envolve o tratamento dos pacientes que necessitam reabilitação dos tecidos orais e das peças dentárias.

A manutenção da saúde oral é importante para um conjunto de funções, tais como, a alimentação e fonação. Contudo, na nossa sociedade, a estética assume um carácter prioritário, para a maioria da população portuguesa. Dados recentes da OMD revelam que 92% dos inquiridos concordam que um sorriso bonito é importante. Contudo, cerca de 70% dos portugueses têm falta de dentes naturais e 20% têm falta de mais de 10 dentes, tratando-se de percentagens muito elevadas, relativamente aos valores obtidos na restante Europa Ocidental.² Além da funcionalidade e estética, problemas psicossociais, bem como sistémicos podem advir da precária saúde oral. Contudo, ainda existe uma compartimentação, vendo a cavidade oral separadamente do resto do corpo.³ É de elevada importância reforçar os impactos da má saúde oral no estado de saúde geral, qualidade de vida e bem-estar do paciente, com o seu reforço através de campanhas de sensibilização que visem a necessidade da prevenção.

O clínico deve ter discernimento no processo de diagnóstico e na decisão do plano de tratamento. Deve possuir determinados conhecimentos, de modo a intervir e retificar problemas que possam afetar o estado de saúde do paciente. O paciente pode apresentar-se com um problema ou uma situação clínica que pode não lhe parecer prioritária, contudo, ser de importante intervenção. O sucesso é obtido através de uma história clínica cuidada, associada a uma progressão lógica de encontro com o diagnóstico. A descrição da queixa principal do paciente deve ser tida em conta, sendo

esta registrada com base no seu relato. A anamnese cuidada é feita neste estágio, de modo a aferir o estado de saúde geral do paciente. Determinadas condições médicas podem afetar a terapêutica do paciente e devem ser identificadas, antes do delineamento do plano de tratamento. O médico dentista deverá ter conhecimentos clínicos suficientes para identificar patologias sistêmicas e correlacionar a existência de determinadas manifestações orais relacionadas com possíveis problemas de saúde geral. Assim que a história clínica é finalizada, o exame clínico, que inclui tanto o exame extra como intra-oral, pode ser iniciado. Na examinação extra-oral estão incluídas a observação e investigação da região cervicofacial. No exame intra-oral são avaliados os tecidos moles e duros da cavidade oral. Realizar uma cuidada história clínica e um exame clínico objetivo, com o intuito de aferir um diagnóstico correto, é fulcral para uma visão holística do plano de tratamento. Tais princípios são incutidos no âmbito da Clínica Universitária. O aluno deve preencher e atualizar a história clínica (Anexo I), a ficha de risco (Anexo II) e indicar o estado inicial da dentição, com o devido preenchimento do odontograma (Anexo III).

A terapia deverá ter como finalidade a integração das diferentes possibilidades de tratamento, tendo em consideração as necessidades do paciente. O médico dentista deverá ter consciência das suas limitações e o seu julgamento e conduta devem validar o Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas. O cruzamento das diferentes áreas, tais como Medicina Oral, Periodontologia, Dentisteria Operatória, Endodontia, Cirurgia Oral, Ortodontia, Oclusão e as Prostodontias Fixa e Removível, asseguram os pressupostos, previamente, descritos.

A Medicina Oral é uma especialidade que se debruça na prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões, tanto na cavidade oral, como nas regiões cervico-facial e maxilofacial. Segundo a *American Academy of Oral Medicine*, é a disciplina da Medicina Dentária que se preocupa com a saúde oral de pacientes clinicamente complexos, incluindo o diagnóstico e tratamento de condições médicas que acometem a região oral e maxilofacial.⁴ O clínico deve reconhecer a interação entre saúde oral e sistémica, identificando as possíveis manifestações, na zona maxilofacial, de patologias sistémicas, bem como o reverso, fazer um levantamento de diferentes sinais e sintomas que possam indicar a presença de determinadas doenças. Deve, ainda, investigar a etiologia e tratamento de doenças da cavidade oral, através da ciência empírica e pesquisa clínica e prevenir, definir e cuidar doenças das glândulas salivares, dor

orofacial e outras desordens neurossensoriais e desordens da mucosa oral.⁵ Para tal, é importante ter noções do que é anatomicamente fisiológico, de modo a distinguir características, possivelmente, patológicas.

A Cirurgia Oral é a área responsável por um número de procedimentos cirúrgicos que envolvem a dentição, a maxila e a mandíbula. Relaciona-se com todos os atos que envolvem extrações dentárias, sempre que os dentes não apresentem possibilidade de serem mantidos na cavidade oral. Estão indicados para exodontia dentes danificados nos seus componentes anatómicos, não suscetíveis a recuperação mediante terapia conservadora, periodontal, protética ou cirúrgica, ou quando a sua conservação não parece oportuna, após avaliação geral do paciente ou da situação local. São "candidatos" a extração dentes: afetados por lesões de cárie avançada, impossíveis de reabilitar através de tratamento endodôntico e/ou restaurador; com doença periodontal grave; com mobilidade acentuada; envolvidos em traumatismos (fraturas alveolares ou mandibulares, dentes em focos de fratura, fraturas dentárias longitudinais, radiculares ou múltiplas); raízes ou fragmentos dentários; inclusos ou supranumerários; envolvidos em processos patológicos como a osteomielite, quistos, tumores ou necrose óssea; que possam ser focos de infeção em doentes de risco (por exemplo, portadores de endocardite infecciosa); envolvidos em campos de radiação terapêutica.⁶ O médico dentista deve ter noções teóricas e práticas de modo a prever o melhor procedimento cirúrgico a ser realizado, com o intuito de evitar problemas pré, intra e pós-operatórios.

A Periodontologia foca-se na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças que afetam o periodonto. Numa primeira fase é feito o diagnóstico com o recurso à história médica e oral do paciente, exame clínico, exame periodontal e exame radiológico. No exame periodontal é feita uma avaliação da profundidade das bolsas e pseudo bolsas, altura da gengiva aderida, quantidade de perda de inserção do ligamento periodontal, da altura e largura das recessões, presença de hemorragia à sondagem (BOP) e são determinados os graus de envolvimento de furca e mobilidade das peças dentárias, assim como o índice de placa do paciente. O exame radiográfico completo é composto por ortopantomografia e um status radiográfico. Deve permitir a medição da altura do osso alveolar, a determinação do trabeculado ósseo, verificar as áreas de destruição óssea, depurar a perda óssea na zona de furca, observar o espaço periodontal, apreciar a relação entre a coroa e a raiz, bem como as formas das raízes, permitindo inspecionar a possível presença de lesões periapicais.⁷ O plano de tratamento nesta área

consiste em 3 fases fundamentais: fase higiênica, correção cirúrgica das possíveis alterações dos tecidos (moles ou duros) provocadas pela doença e prevenção da possibilidade de recidiva, através de um controlo periódico. É importante determinar a progressão da patologia, com o registo atualizado do periograma, que inclui índice de placa, índice de sangramento, o PSR, graus de envolvimento de furca e mobilidade, profundidade de bolsas e altura das recessões gengivais. Também não são de todo desvalorizáveis a *compliance* e as instruções de higiene oral que devem ser dadas ao paciente, em todas as consultas.

A Prótese Fixa é uma área da Prostodontia relacionada com próteses dentárias permanentemente fixas. Este tipo de reabilitação inclui restaurações indiretas, tais como coroas unitárias e pontes parciais fixas, *inlays*, *onlays* e facetas. Os seus objetivos primordiais são a restituição e manutenção de funções, tais como, a mastigação e a fonética, bem como a melhoria do padrão estético. Quando um dente é perdido, é rompida a integridade estrutural de toda a arcada dentária, com o conseqüente realinhamento dos dentes num novo estado de equilíbrio, desencadeando-se alterações tanto a nível das arcadas como do sistema estomatognático.⁸ Desta forma, é possível, com o uso de restaurações fixas, conceber uma terapia corretiva e de suporte para o tratamento de problemas relacionados com a articulação temporomandibular e os seus componentes neuromusculares. Por outro lado, com um tratamento impróprio da oclusão, existe a possibilidade de criar uma desarmonia e dano ao sistema estomatognático.⁹ Deste modo, o clínico tem um papel fulcral na interpretação de cada caso, devendo potenciar o prognóstico do tratamento, a partir de um cuidado planeamento.

A Prótese Removível é uma especialidade da Medicina Dentária que se refere ao diagnóstico, plano de tratamento, à restauração e manutenção de funções orais (conforto, estética e saúde oral) do paciente, com condições clínicas associadas com a reabilitação de dentes naturais e/ou substituição de dentes perdidos e tecidos orais.¹⁰ Apresenta os mesmos pressupostos que a Prótese Fixa como terapia corretiva e de suporte, contudo, faz uso de próteses removíveis.

A Oclusão é a área que diagnostica, previne e trata os problemas relacionados com más oclusões e disfunções temporomandibulares, com o recurso a medidas terapêuticas adequadas.¹¹ O Médico Dentista deve possuir conhecimentos científicos,

práticos e clínicos, de modo a diagnosticar disfunções temporomandibulares quanto à sua etiologia, controle e terapia, avaliando e diferenciando a dor, pelo seu tipo e mecanismo. Deve, ainda, reconhecer a necessidade da integração desta área nos diferentes procedimentos que executa, não desfasando, assim, a sua multidisciplinariedade.

A Dentisteria Operatória engloba a prevenção, diagnóstico e tratamento das peças dentárias, de forma conservadora e com recurso a um elemento restaurador direto. Aplica métodos restauradores de modo a tratar dentes com lesão de cárie, fraturados, com alterações de forma ou cor, de modo a impedir a progressão da patologia presente e melhorar a estética do sorriso.

A Endodontia é a área da Medicina Dentária que estuda a morfologia, fisiologia e patologia da polpa dentária e tecidos perirradiculares. Desta forma, encarrega-se do estudo da biologia da polpa saudável, da etiologia das suas patologias, bem como diagnóstico e prevenção das mesmas.¹² É importante que o clínico visualize e tenha conhecimentos da anatomia interna dos canais e das suas relações, antes do tratamento endodôntico. A complexidade e variação anatómica do sistema de canais apresenta-se como um dos maiores desafios na Endodontia. O reconhecimento desta dificuldade é confirmada desde 1925, quando Hess e Zurcher publicaram o seu primeiro estudo.¹³ Infelizmente, este trabalho bem como outras publicações similares têm sido amplamente negligenciadas por médicos dentistas, que ainda pressupõem o conceito de um único canal radicular independente por raiz, não reconhecendo a infinidade de possibilidades de variação anatómica. Assim, o médico dentista deve reconhecer as suas próprias limitações, bem como as dos instrumentos que tem a seu dispor.

A Odontopediatria é uma especialidade que inclui os cuidados de saúde oral, tanto preventivos como terapêuticos, de crianças até a adolescência e pacientes com necessidades especiais.¹⁴ Enquadra-se na promoção e educação para a saúde oral dos pacientes, bem como dos seus pais e tutores.

A Ortodontia é uma especialidade cuja demarcação está, fundamentalmente, determinada pela orientação terapêutica: é a ciência que estuda e se ocupa do desenvolvimento da oclusão e da sua correção, através da utilização de aparelhos mecânicos que exercem forças físicas sobre a dentição.¹⁵ Também inclui o tratamento e controle de vários aspetos do crescimento facial (ortopedia dentofacial) e a forma e

desenvolvimento mandibular. O seu ensino, no âmbito da Clínica Universitária, passa pelo correto diagnóstico e pelo tratamento preventivo, intercetivo e corretivo, com o recurso a aparelhos removíveis.

O Relatório de Atividade Clínica faz uma alusão ao trabalho realizado nas diferentes áreas disciplinares do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras. São descritos o primeiro e segundo semestres do 5º ano. É efetuada uma avaliação crítica de toda atividade clínica realizada, ao longo deste percurso, visando a consolidação dos conhecimentos teóricos e práticos, previamente, adquiridos.

OBJETIVOS

2 - OBJETIVOS

O Relatório de Atividade Clínica é um elemento representativo da prática clínica realizada pelo autor, durante o ano letivo de 2014/2015. Assim, é demonstrada uma série de casos clínicos que contribuem para a contínua formação acadêmica, representando a aquisição de um conjunto de aptidões que servirão como sustentáculo para a futura profissão. No final deste percurso, o aluno deve ter as seguintes competências:

- Saber realizar uma história clínica completa;
- Ser preciso no exame clínico;
- Ser objetivo no uso de meios complementares de diagnóstico;
- Expor, debater e definir diferentes diagnósticos;
- Saber delinear diagnósticos diferenciais;
- Projetar, de forma intuitiva, um plano de tratamento, que vá de encontro às necessidades apresentadas, não descartando a possibilidade de um tratamento multidisciplinar;
- Saber correlacionar possíveis manifestações orais de doenças sistêmicas, bem como deter conhecimentos sobre a implicância de determinadas patologias na terapia do paciente;
- Deter conhecimentos acerca da administração, posologia e possíveis interações de medicamentos;
- Apresentar aptidões comunicativas, de compreensão e espírito crítico;
- Delinear de forma realista o prognóstico do tratamento;
- Respeitar as normas de conduta ética.

MATERIAIS E MÉTODOS

3 - MATERIAIS E MÉTODOS

Este relatório faz uma análise da atividade clínica do binómio 93, desenvolvida na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional das Beiras (CRB), em Viseu. O período temporal avaliado será entre os dias 15 de Setembro de 2014 e 22 de Maio de 2015.

Os dados integrantes deste documento foram recolhidos a partir do sistema informático da clínica. A ficha, história clínica e histórico dos pacientes foram obtidos através do programa informático *Newssoft® 2.0*, sendo que todos os meios auxiliares de diagnóstico, nomeadamente, radiografias, foram recolhidas com o recurso ao *Dimaxis®*. Foi criada uma base de dados no programa *Microsoft® Excel*.

Os doentes são categorizados quanto ao seu género, faixa etária, classificação ASA, patologias sistémicas associadas, medicação, hábitos de higiene oral e tabágicos e presença de tratamento endodôntico radicular, não existindo critérios de exclusão.

Todos os pacientes que apresentavam tratamentos endodônticos foram analisados, individualmente, sendo verificado tipo dentário mais comumente tratado e avaliada a obturação dos canais radiculares. Para tal, foram utilizadas as radiografias periapicais disponíveis no sistema informático.

As radiografias analisadas eram determinadas pelos seguintes critérios de inclusão:

- Dentes com ápices radiculares fechados;
- Dentes com ausência de cáries radiculares;
- Radiografias legíveis, com ápex nítido.

As obturações são avaliadas quanto ao comprimento da obturação do canal radicular e quanto à densidade de material obturador. Relativamente ao comprimento, as obturações dos canais radiculares são classificadas como: adequadas, se estas estiverem entre os 0 e os 3mm do ápice radicular; sobreobturados os que estavam para além do ápice radiográfico; subobturados os que se encontram aquém do limite dos 3mm do ápice radiológico.¹⁶ Foi, ainda, caracterizada a densidade de material obturador, pela radiopacidade da obturação.¹⁷ Para além de se registar a qualidade de obturação dos canais, fez-se também o registo se estes tinham sido tratados pelos alunos ou fora do âmbito da Clínica Universitária.

Todos os atos clínicos são ainda caracterizados, por área disciplinar. Para cada área são quantificados os atos executados pelo binómio, sendo distinguidos as funções de operador e assistente e relatado o tratamento executado, enquanto assumindo o papel de operadora.

RESULTADOS

4 - RESULTADOS

4.1 - Caracterização Geral da Amostra

Durante o período referido, foram recolhidas todas as informações referentes aos atos clínicos realizados pelo binómio 93, da Clínica Universitária da UCP, durante o tempo referido, anteriormente. Foi contabilizado um total de 75 pacientes, cujas idades se encontravam compreendidas entre os 7 e os 88 anos de idade. Verificou-se que 52% dos pacientes eram do sexo feminino, sendo que os de sexo masculino representavam cerca 48% da amostra (Gráfico 1). Quanto à idade, verificamos que a faixa etária que apresenta maior número de pacientes é a entre os 40 e os 49, com 18 doentes, e as faixas etárias menos prevalentes são as compreendidas entre os [0-9], [10-19] e os [80-89]. As faixas etárias entre os [50-59] e os [60-69] também apresentam um grande número de pacientes (Gráfico 2). A média das idades obtida da amostra analisada foi de 51,43 anos.

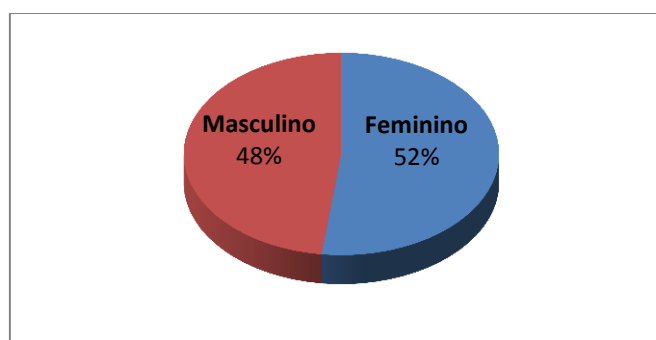


Gráfico 1 - Percentagem de pacientes por género

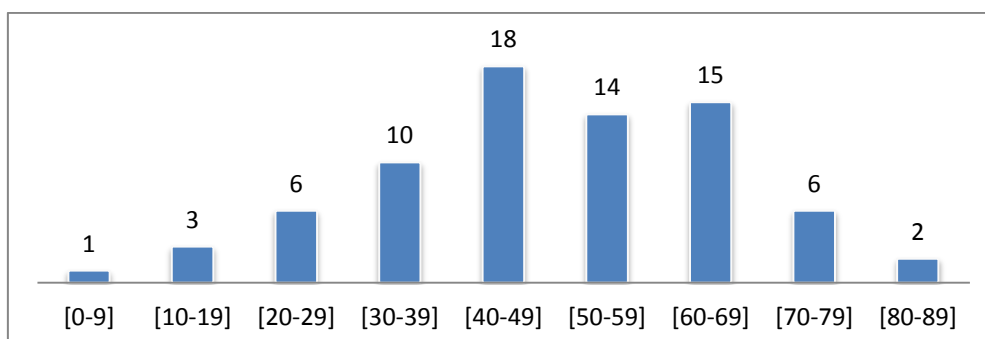


Gráfico 2 - Distribuição de pacientes por faixa etária

Relativamente à ficha de risco do paciente (classificação ASA), verifica-se que a classificação ASA II é a mais prevalente, sendo 39 pacientes assim categorizados. Foram contabilizados 0 pacientes ASA IV, 10 pacientes ASA III e 26 pacientes ASA I (Gráfico 3).

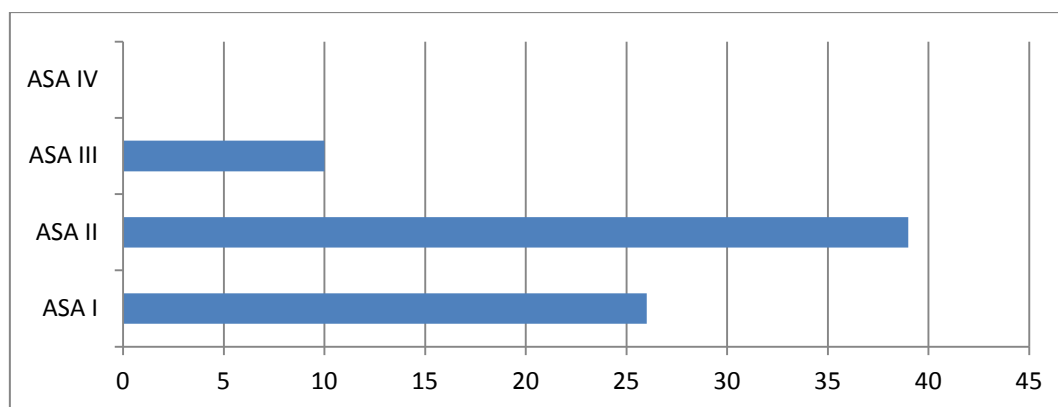


Gráfico 3 - Distribuição de pacientes pela classificação ASA

Na referida amostra também foram contabilizadas as patologias sistémicas de cada paciente. É de notar que 26 pacientes não reportaram quaisquer doenças e 23 revelaram uma patologia, sendo estes os valores de maior predomínio, e a prevalência de 4 patologias sistémicas apresenta menor ordem (Gráfico 4). As patologias mais prevalentes são a hipertensão arterial (24 doentes), 17 pacientes apresentam hipercolesterolemia e foram contabilizados 9 casos de Diabetes tipo II. As doenças cardíacas contabilizam um total de 8 pacientes. Pacientes com distúrbios psiquiátricos (depressão, crises de ansiedade e esquizofrenia) perfazem uma amostra de 7 pacientes. As doenças reumáticas (6 casos) integram a osteoartrite, artrite reumatóide, osteoporose e outras patologias ósseas que o paciente não sabia especificar. Contabilizaram-se 3 casos de patologias da tiroide, sendo que 2 pacientes não souberam especificar a patologia e que 1 paciente apresentava doença nodular da tiroide. Foi registado um caso de Lúpus Eritmatoso Sistémico, um caso de Mielite Transversa (associada a episódios de epilepsia), um caso de demência e um de epilepsia isolada, inserindo-se nos distúrbios neurológicos, um caso de Síndrome de Gilbert, fazendo parte das patologias hepáticas e um caso de HIV (Gráfico 5).

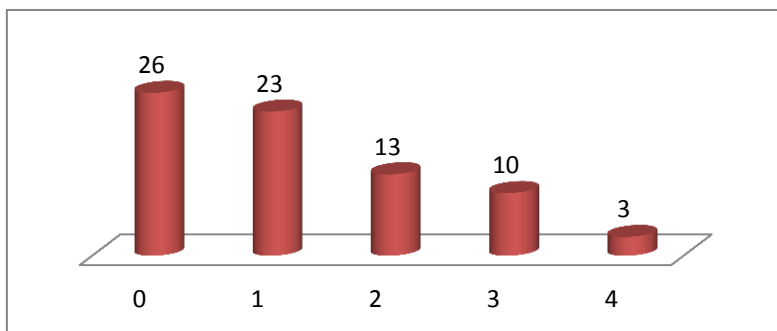


Gráfico 4 - Distribuição de pacientes por número de patologias

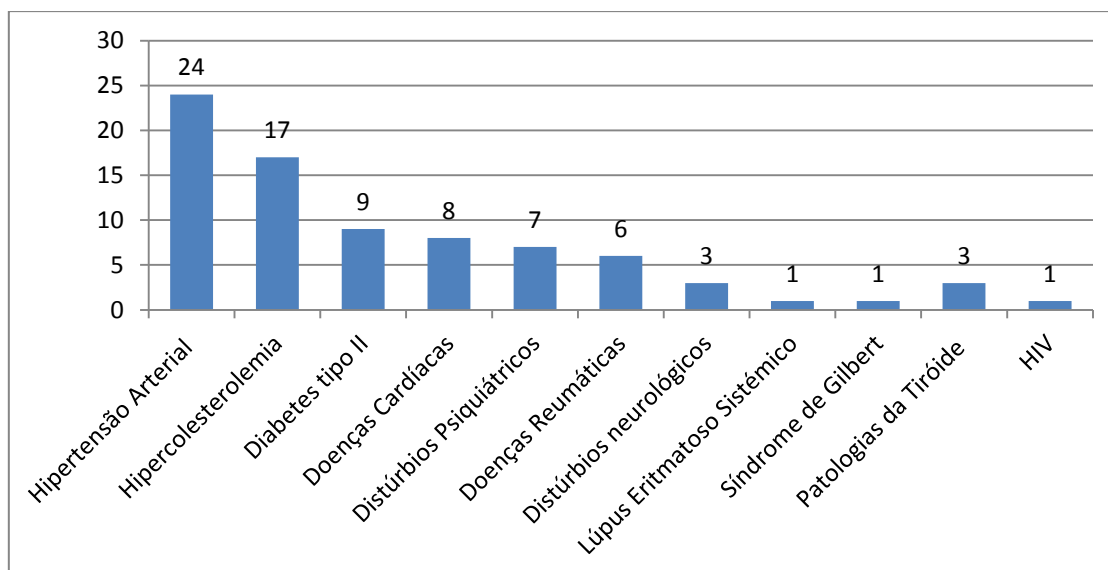


Gráfico 5 - Distribuição de pacientes por patologias

No que diz respeito a medicação, os doentes foram classificados em relação à toma ou não regular de medicamentos. Denota-se que 27 pacientes não apresentam medicação e 48 pacientes responderam positivamente a esta questão (Tabela 1). Dentro do grupo que referiu apresentar medicação, determinou-se o número de pacientes que eram polimedicados. Cerca de 29 dos doentes é polimedicado, sendo que 19 doentes faz toma exclusiva de um só medicamento (Tabela 2). É de notar que número significativo de pacientes apresenta hipertensão arterial. Todos eles demonstram a tensão arterial controlada com anti-hipertensores, sendo o grupo de medicamentos mais prevalente na amostra (31%). É importante realçar que 2 pacientes fazem o controlo da hipertensão arterial com terapia tripla e 1 paciente faz o seu controlo com uma terapia de dois medicamentos. Seguem-se, então, os antidepressivos com 12% e os antidiabéticos orais e os antidislipídicos com 8% cada. Os antiépiléticos, antieméticos e antivertiginosos,

anticoagulantes e os venotrópicos orais são os grupos farmacológicos que apresentam menor ordem (Gráfico 6).

Tabela 1 - Frequência de pacientes em relação à medicação

Toma regularmente algum medicamento?	Nº de pacientes
Sim	48
Não	27

Tabela 2 - Frequência de pacientes polimedicados

Polimedição	Nº de pacientes
Polimedicado	29
Toma exclusiva de 1 medicamento	19

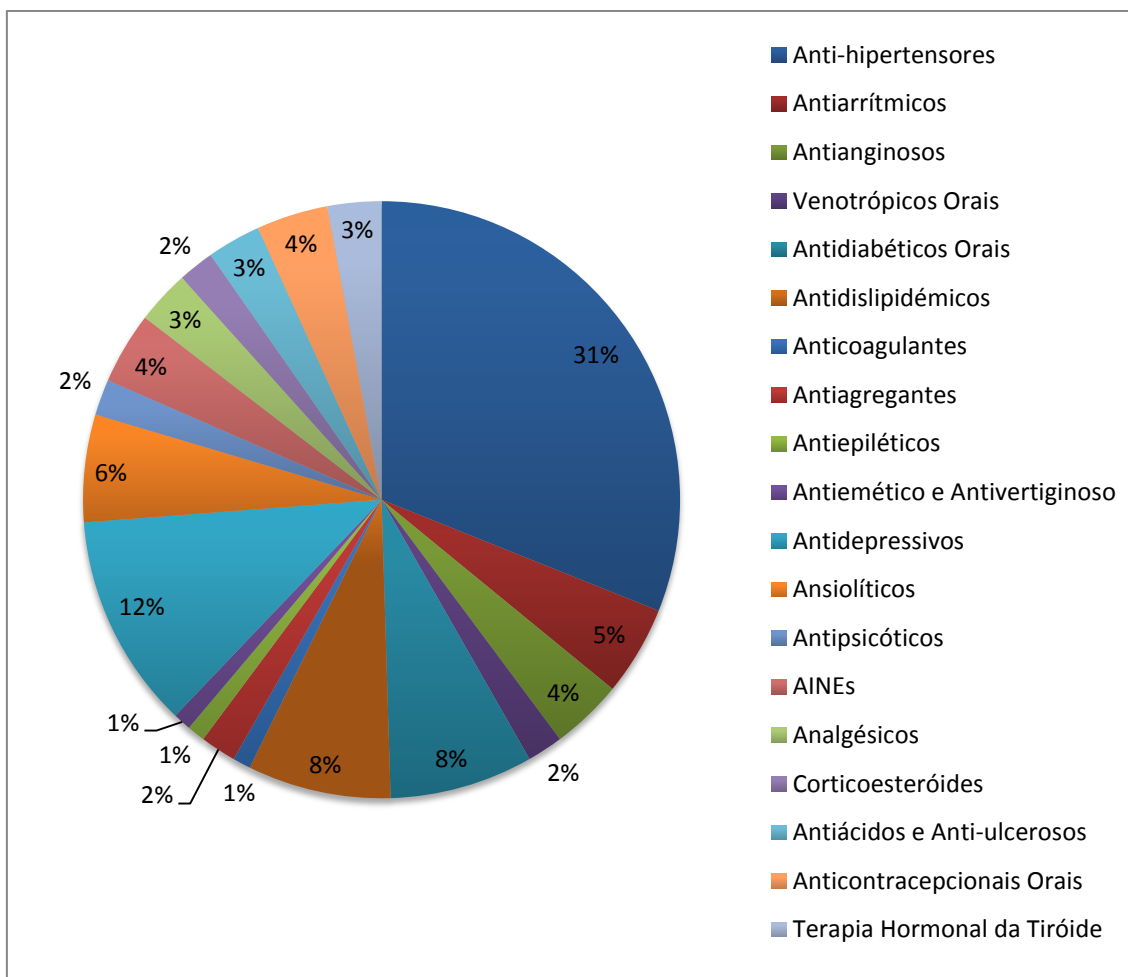


Gráfico 6 - Percentagem de grupos farmacológicos presentes na amostra

A amostra foi ainda quantificada relativamente aos hábitos de higiene oral e aos hábitos tabágicos. Quanto à higiene oral, verificou-se que cerca de 48% dos doentes refere escovar os dentes duas vezes diariamente, 32% faz uma única escovagem e 15% três escovagens diárias. Somente, 4 pacientes (5% da amostra) relataram não fazer qualquer escovagem diária (Gráfico 7). Efetuou-se a análise da amostra quanto ao tabagismo. Denotou-se que 16 doentes são fumadores regulares e que 57 não exibem hábitos tabágicos (Tabela 3).

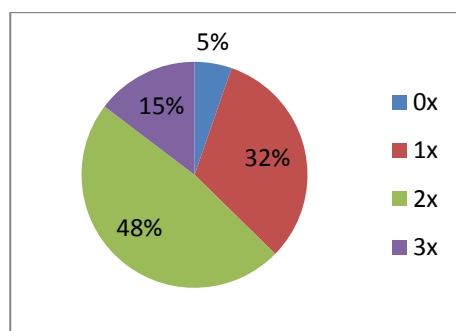


Gráfico 7 - Percentagem de hábitos de higiene oral na amostra

Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto aos tabagismo

Hábitos tabágicos	Nº de pacientes
Sim	16
Não	59

Foi feito o levantamento de todos os pacientes que possuíam tratamentos endodônticos. Verificou-se que 45% dos pacientes não possuíam dentes endodonticamente tratados, sendo que 55% dos doentes apresentavam tratamentos endodônticos (Gráfico 8). Na amostra dos 55%, verificou-se o género mais prevalente, sendo que 22 eram pacientes do sexo masculino (cerca de 54%) e 19 eram do sexo feminino (46%). Quantificou-se ainda o tipo de dente que era sujeito a tratamento endodôntico. No total, foram contabilizados 104 dentes, sendo que o 2º pré-molar superior era o que aparecia mais vezes endodonciado e, dentro da referida amostra, não foram contabilizados nenhuns tratamentos endodônticos de caninos inferiores, nem 3ºs molares superiores (Gráfico 9). A tabela 4 representa a percentagem de dentes endodonciados pelo setor dentário na arcada.

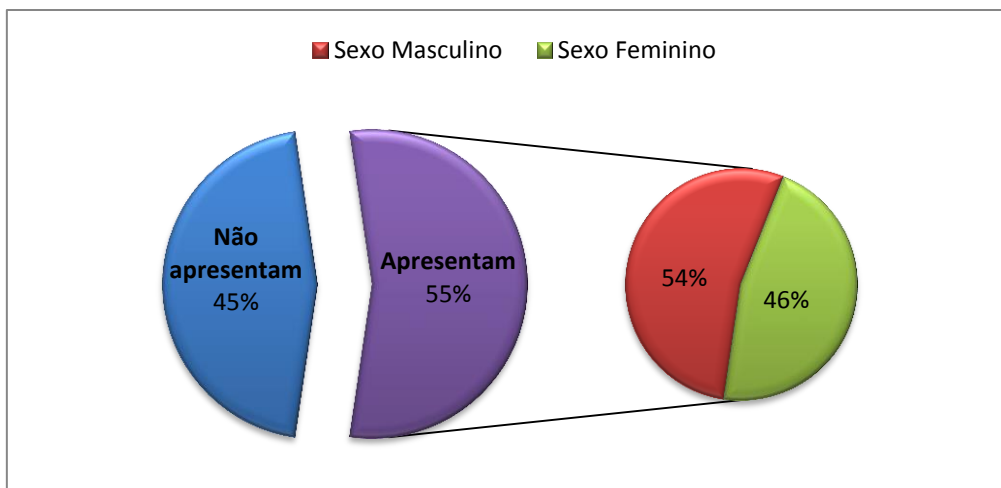


Gráfico 8 - Percentagem de pacientes por presença de tratamento endodôntico e verificação do gênero prevalente no tratamento endodôntico

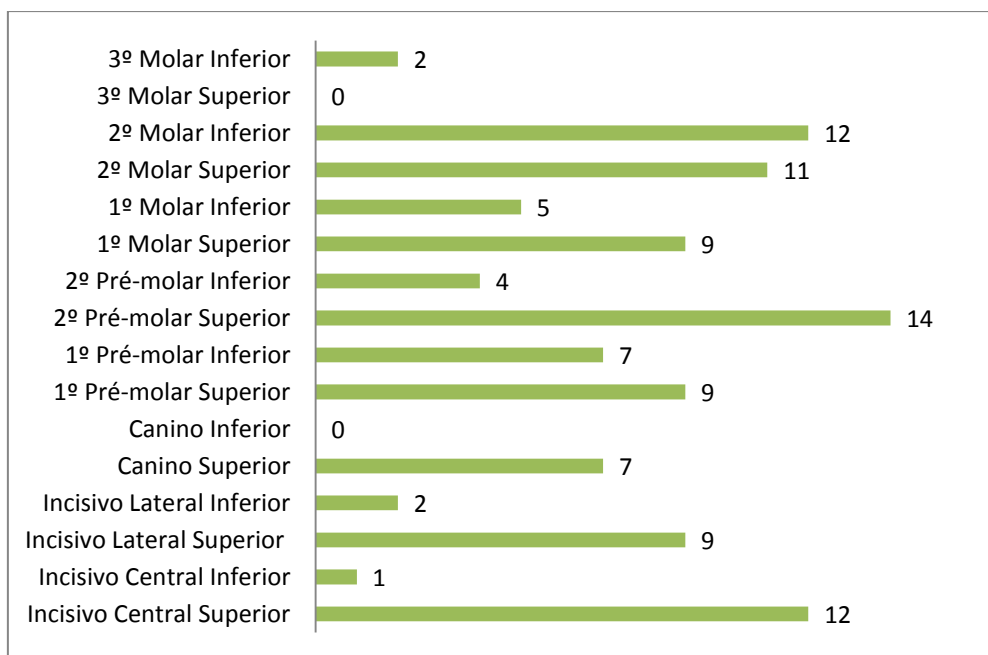


Gráfico 9 - Distribuição de tratamentos endodônticos pelo tipo dentário

Tabela 4 - Percentagem de dentes endodonciados por setor dentário

Setores dentário	Percentagem de dentes
Dentes anteriores	29,81%
Pré-molares	32,69%
Molares	37,50%

4.2 - Caracterização da Qualidade de Obturação

Os 41 pacientes com tratamentos endodônticos foram avaliados individualmente. Foi feita uma análise das radiografias periapicais disponíveis no sistema Dimaxis®, bem como o histórico de endodontias realizadas na Clínica Universitária da UCP, através do sistema *Newssoft® 2.0*. No total foram analisadas 88 radiografias periapicais. Note-se que alguns dos dentes sujeitos a tratamento endodôntico radicular, não apresentavam qualquer radiografia ou estes não cumpriam os critérios de inclusão. Em cada radiografia foi avaliada a qualidade de obturação de cada canal radicular, na sua individualidade. No final da avaliação geral, verificou-se que existia um maior número de tratamentos endodônticos executados fora do âmbito da Clínica Universitária. Houve a necessidade, de forma aleatória, equalizar o número de canais radiculares tratados pelos alunos e o número de canais que haviam sido tratados fora da Clínica Universitária. Desta forma, obtiveram-se dois grupos:

- Grupo 1: 74 canais radiculares tratados na Clínica Universitária;
- Grupo 2: 74 canais radiculares tratados fora da Clínica Universitária.

Quanto aos resultados, verificou-se que foram quantificados um maior número de canais com qualidade adequada. Denotou-se que o número foi maior no âmbito da Clínica Universitária (36 canais) do que fora desta (25 canais). É notório que o maior erro de obturação entre os alunos é a falta de material de obturação, pela fraca condensação, sendo contabilizados 20 canais com esta característica e os tratamentos realizados fora da Universidade revelam como maior erro a subobturação, perfazendo este parâmetro um total de 23 canais. A sobreobturação foi o evento menos encontrado na amostra e verificou-se uma combinação entre subobturação e fraca densidade de material de obturação em 10 canais radiculares, sendo menos prevalente em obturações executadas pelos alunos (Gráfico 10). A Tabela 5 representa a percentagem de canais pela qualidade de obturação na referida amostra.

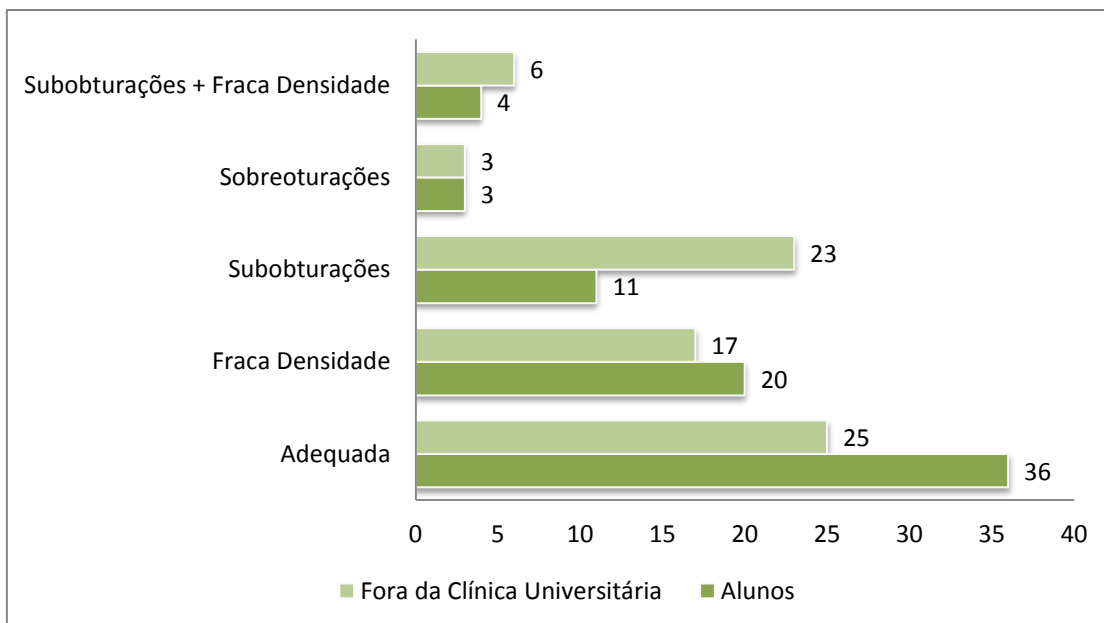


Gráfico 10 - Distribuição do número de canais pela qualidade de obturação realizada fora e no âmbito da Clínica Universitária

Tabela 5 - Percentagem dos canais pela qualidade de obturação realizada fora e no âmbito da Clínica Universitária

Qualidade de Obturação	Alunos	Fora da Clínica Universitária
Adequada	49%	34%
Fraca Densidade	27%	23%
Subobturações	15%	31%
Sobreoturações	4%	4%
Subobturações + Fraca Densidade	5%	8%

4.3 - Atividades Desenvolvidas em cada Área Disciplinar

Foram contabilizados os atos clínicos executados pelo binómio 93, ao longo do ano letivo de 2014/2015. A totalidade de atos em todas as áreas disciplinares foi de 146. Como operadora foram registados 74 atos e como assistente 73 atos clínicos (Gráfico 11). A área disciplinar que contabilizou mais atos clínicos foi a Prótese Removível, com 28 atos, seguindo-se a Dentisteria Operatória e a Periodontologia. Áreas como Odontopediatria, Oclusão e Ortodontia são as que revelam menos prática clínica (Gráfico 12).

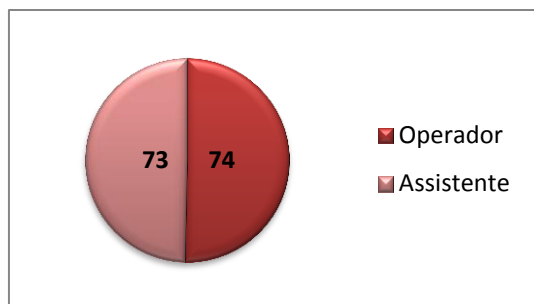


Gráfico 11 - Distribuição de atos como Operador e Assistente

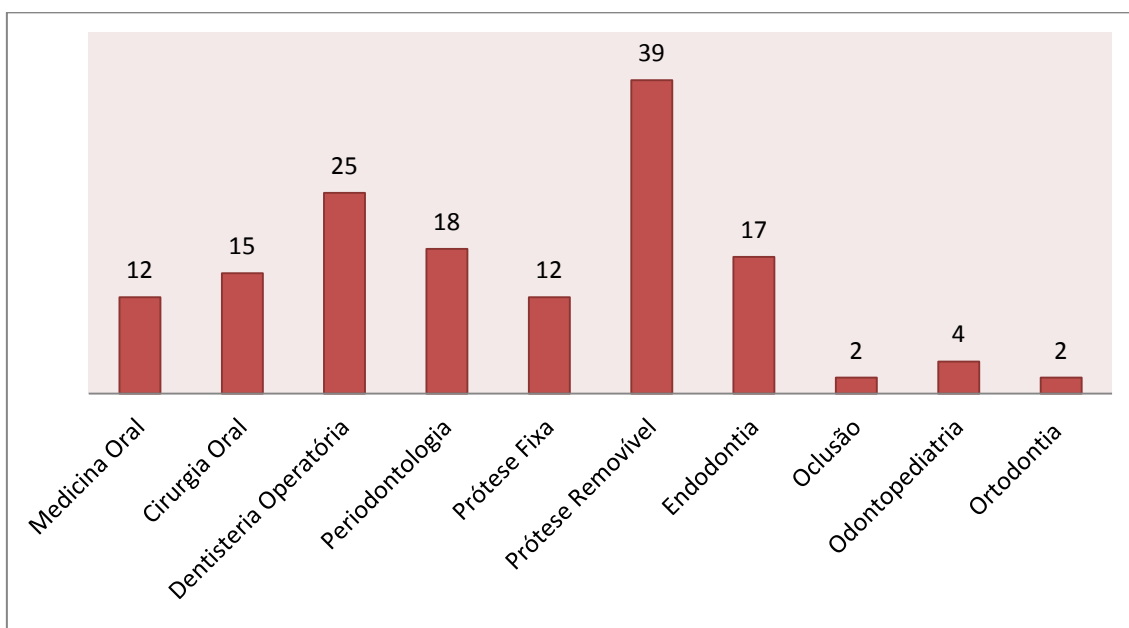


Gráfico 12 - Distribuição de atos por Área Disciplinar

4.3.1 - Medicina Oral

Em Medicina Oral, o aluno deve focar-se na elaboração de uma história clínica detalhada, no diagnóstico e delineamento do plano de tratamento nas diferentes áreas disciplinares. Também deve ter competências de forma a orientar o tratamento de pacientes medicamente comprometidos e com patologias sistêmicas associadas e deve diagnosticar patologias da cavidade oral e das regiões maxilo-facial e cervico-facial. Assim, é preenchida a história clínica e ficha de risco do doente, feito o exame intra e extra-oral objetivo, realizados exames complementares de diagnóstico necessários e o preenchimento do odontograma. Por fim, o plano de tratamento é delineado de forma a encaminhar o paciente para as diferentes áreas disciplinares. A consulta pode ter uma

duração máxima de 2 horas. No total, foram executados 12 atos, sendo que 7 foram como operadora e 5 como assistente (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente no âmbito de Medicina Oral

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	7
Assistente	5

4.3.2 - Cirurgia Oral

Na Cirurgia Oral, são executadas cirurgias dento-alveolares, sendo que o aluno deve demonstrar interesse especial no planeamento operatório, com o reconhecimento da história clínica do paciente, das possíveis complicações do ato cirúrgico e este deve definir o prognóstico do procedimento executado. Foram contabilizadas um total de 15 consultas nesta área, sendo que 8 foram como assistente e 7 como operador. Como operadora, executei exodontias múltiplas em 2 consultas, 2 exodontias com odontosecção e 3 exodontias simples (Gráfico 13). O binómio ainda planeou uma cirurgia diferenciada para a extração de supranumerários inclusos, contudo, esta não foi executada.

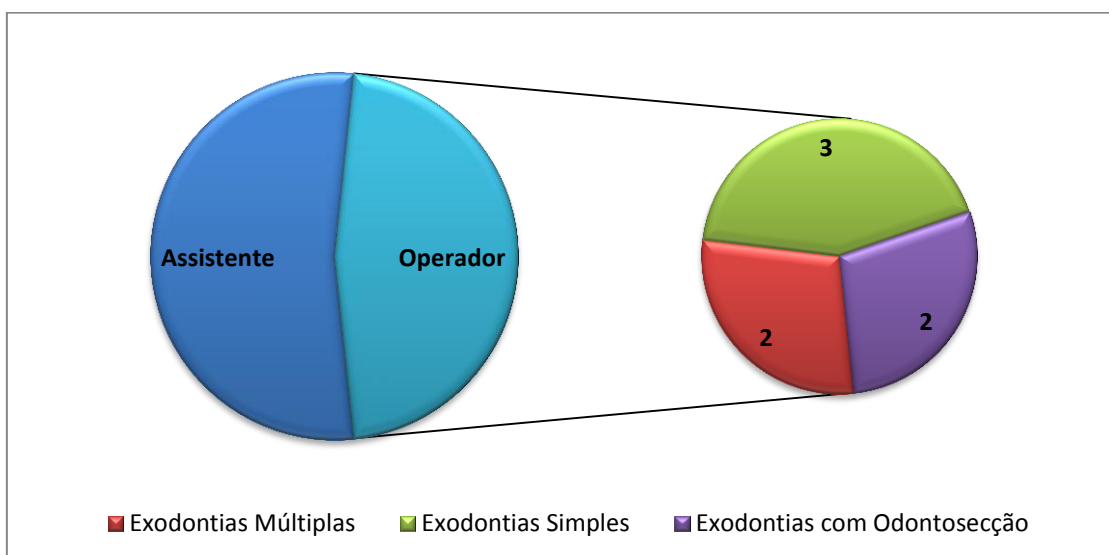


Gráfico 13 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente no âmbito da Cirurgia Oral

4.3.3 - Periodontologia

Em Periodontologia, o aluno deve realizar uma revisão da história clínica, para delinear um diagnóstico periodontal, salvaguardado com o preenchimento do periograma, cálculo do índice de placa e sangramento, preenchimento do PSR e, se necessário, realizar o status radiográfico. Em termos de tratamentos, os pacientes são submetidos a uma fase higiénica (destartarização e polimento), sendo que, havendo necessidade, é realizada, na mesma ou numa consulta futura, a raspagem e alisamento radicular (RAR). No fim de cada consulta, são reforçadas as instruções de higiene oral.

No total, foram contabilizadas 18 consultas no binómio, sendo que em 9 fui operadora e em 9 assistente. Verificou-se que 1 dos casos foi de gengivite leve induzida por placa, 2 casos foram de periodontite crónica leve generalizada (PCLg), 1 caso de periodontite ulcerativa necrosante aguda (PUNA) e uma amputação radicular. Os mais frequentes foram casos de periodontite crónica avançada generalizada e periodontite crónica moderada generalizada (Gráfico 14). Como operadora, executei 1 controlo periodontal, em 3 consultas consegui fazer um tratamento combinado de destartarização e RAR, em 4 consultas fiz exclusivamente destartarizações e numa consulta fiz somente RAR (Tabela 7).

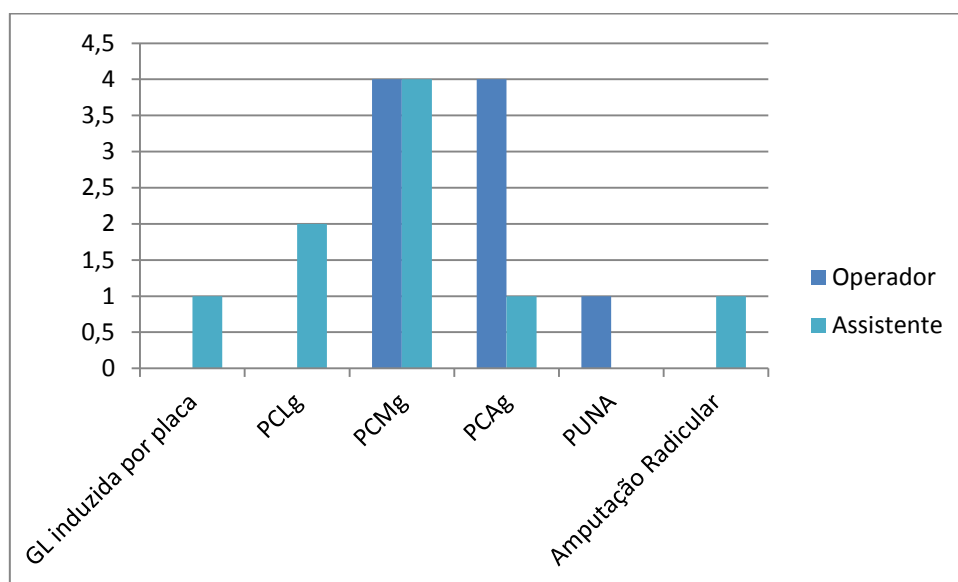


Gráfico 14 - Distribuição de consultas de operador e assistente no âmbito da Periodontologia

Tabela 7 - Distribuição de atos como operadora em Periodontologia

Tratamento executado	Nº de consultas
Destartarizações	4
Destartarização + RAR	3
RAR	1
Controlo periodontal	1

4.3.4 - Prótese Fixa

No âmbito da Clínica Universitária, a área disciplinar de Prótese Fixa foca-se na restituição de dentes extensamente destruídos, de modo a aumentar a sua resiliência e estética, através de coroas fixas e na reabilitação de espaços edêntulos com o recurso a próteses parciais fixas. Para tal, as peças dentárias remanescentes são preparadas, de forma a acomodar os elementos protésicos.

No total, o binómio executou 12 consultas e conseguiu realizar uma reabilitação do dente 46 com uma coroa metalocerâmica. Esta mesma será, posteriormente, descrita na secção dos casos diferenciados. Foram contabilizadas 3 consultas de avaliação em prótese fixa, 3 urgências, 2 controlos, uma consulta de preparo e confeção do provisório dentário, uma consulta para a realização das impressões definitivas, uma consulta de prova de infra-estrutura e escolha de cor e uma consulta para a cimentação definitiva (Gráfico 15). Como operadora, realizei um total de 7 consultas como operadora e 5 consultas como assistente. Fiz o preparo dentário, as impressões definitivas e a cimentação da referida reabilitação, sendo que ainda atendi 2 urgências, e realizei um controlo de uma prótese fixa (Gráfico 16).

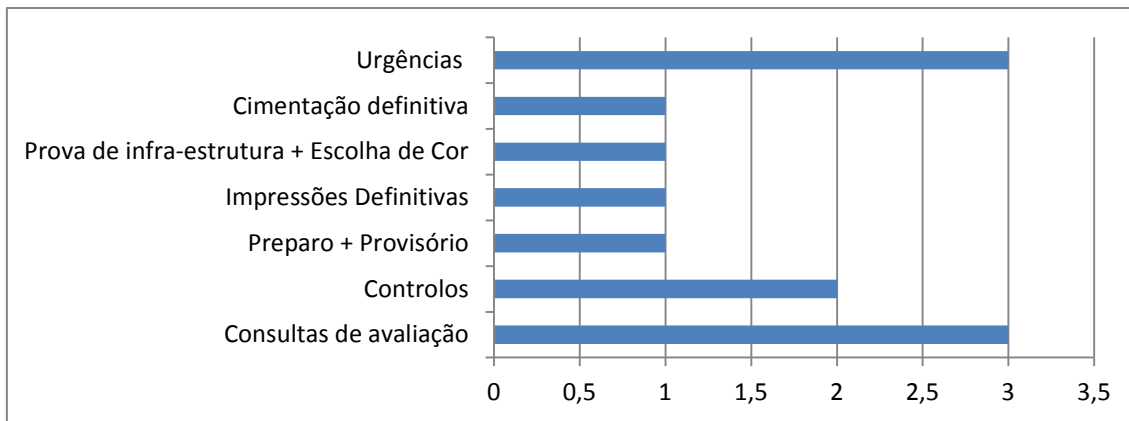


Gráfico 15 - Distribuição de consultas por atos realizados pelo binómio no âmbito da Prótese Fixa

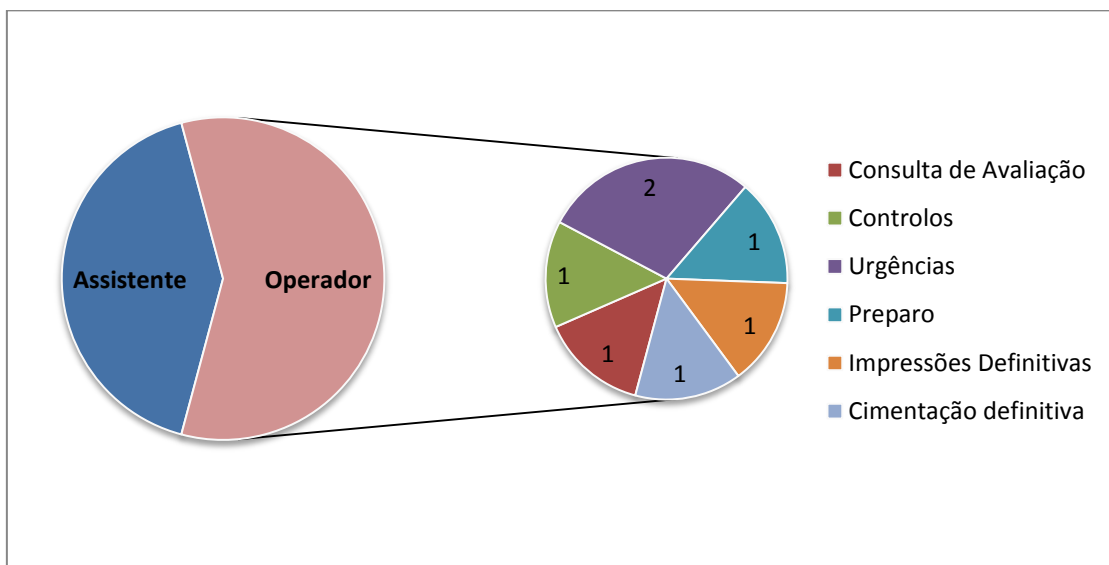


Gráfico 16 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente em Prótese Fixa

4.3.5 - Prótese Removível

Em Prótese Removível, o aluno deve saber diagnosticar e estar ciente dos procedimentos clínicos inerentes à reabilitação de desdentações parciais e totais, de modo a definir um plano de tratamento que vá de encontro com as necessidades que se apresentam. É também esperado que o aluno consiga aplicar conhecimentos teóricos, previamente, aprendidos e deve saber conjugar o seu próprio julgamento com as necessidades estéticas, funcionais e monetárias do paciente.

No total, foram contabilizadas 39 consultas, nesta unidade curricular, em que 21 foram como operadora e 19 como assistente (Tabela 8). O binómio executou 2 reabilitações com próteses parciais removíveis esqueléticas e uma reabilitação com próteses parciais acrílicas. Verifica-se, então que como operadora executei 9 consultas para as reabilitações com próteses parciais esqueléticas, 3 consultas para a reabilitação com próteses parciais acrílicas, 2 rebasamentos, 3 controlos de próteses, atendi 2 urgências, uma consulta para o acrescento de dentes numa prótese parcial acrílica e fiz uma 1ª consulta em Prótese Removível (consulta de avaliação). Assisti a 8 consultas para a próteses parciais esqueléticas, a 3 controlos, a 2 consultas para a reabilitação com próteses parciais acrílicas, 4 rebasamentos, e a 2 consultas de avaliação (Gráfico 17).

Tabela 8 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente

Papel	Nº de atos clínicos
Operador	21
Assistente	19

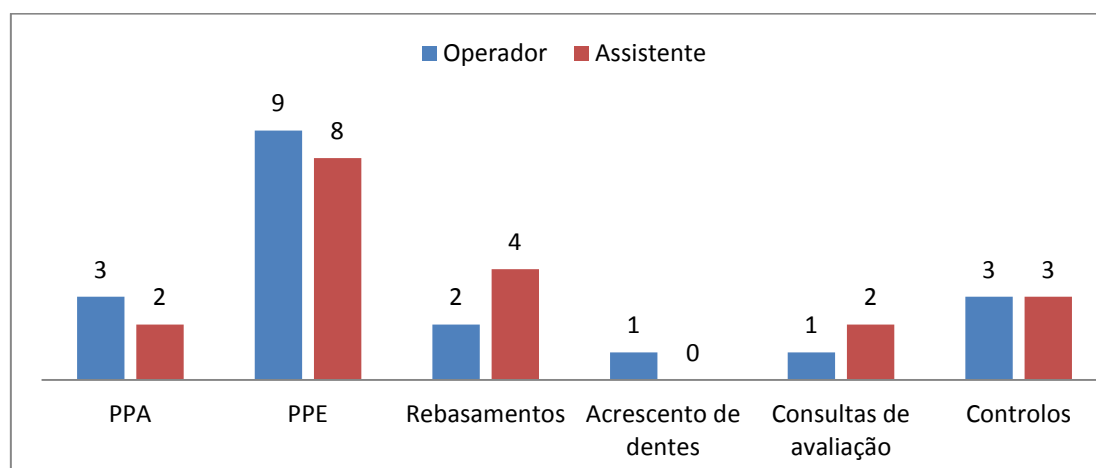


Gráfico 17 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente

4.3.6 - Oclusão

O objetivo primordial desta unidade curricular é incitar no aluno a necessidade de avaliar a articulação temporomandibular e músculos da mastigação, integrando o estudo morfológico das estruturas anatómicas e possíveis patologias que as possam acometer. Deste modo, este desenvolve competências clínicas no diagnóstico das disfunções temporomandibulares e dor orofacial e aptidões técnicas na montagem e programação de um articulador semi-ajustável, de maneira a delinear o plano de tratamento adequado para o paciente. No total, foram executados 2 atos clínicos, sendo que um deles foi como operadora e outro como assistente. Quanto operadora, atendi uma urgência e como assistente foi realizado o diagnóstico de uma disfunção temporomandibular, com montagem em articulador e delineamento de um plano de tratamento no âmbito da Oclusão.

Tabela 9 - Distribuição de atos clínicos como operadora e assistente em Oclusão

Papel	Nº de atos clínicos
Operadora	1
Assistente	1

4.3.7 - Dentisteria Operatória

Nesta unidade clínica, o aluno deve aprofundar os conhecimentos básicos, previamente adquiridos, na área da Dentisteria Operatória. É integrada uma aprendizagem contínua de métodos e técnicas preventivas e restauradoras que possibilitam a contenção de lesões de cárie, o tratamento de traumatismos dentários e a melhoria da estética dentária.

Foram contabilizados um total de 25 consultas. Executei 12 consultas como operadora e 13 como assistente (Tabela 10). Em determinadas consultas, pela extensão da aula clínica, é possível tratar vários dentes. O Gráfico 18 representa os tratamentos executados nas 12 consultas como operadora. Desta forma, no âmbito da Dentisteria Operatória, restaurei 3 dentes extensamente destruídos a compósito, 3 classes IV a compósito, 3 classes II a IRM, 3 classes V a compósito, 2 classes V a ionómero de

vidro, 2 classes II a compósito, uma classe III a compósito e ainda realizei um espigão de fibra de vidro, com a restauração subsequente, e uma evicção pulpar.

Tabela 10 - Distribuição de consultas como operador e assistente em Dentisteria Operatória

Papel	Nº de consultas
Operador	12
Assistente	13

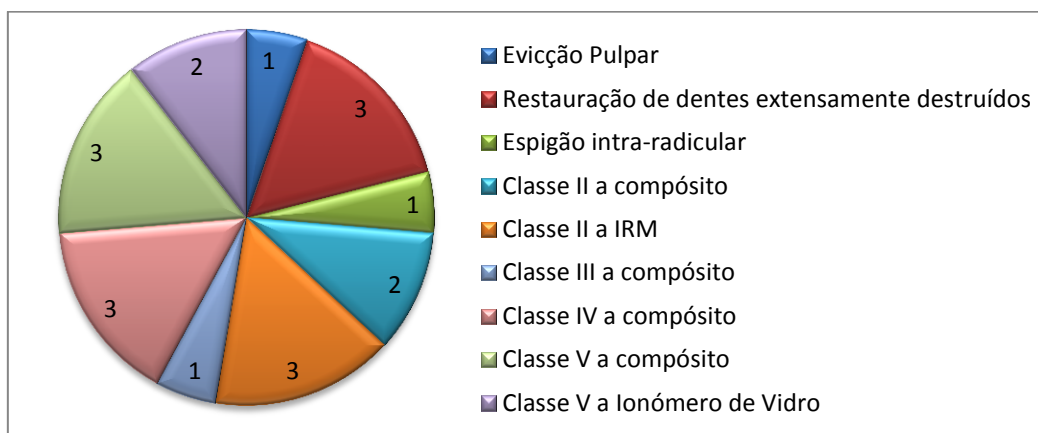


Gráfico 18 - Caracterização dos tratamentos executados como operadora no âmbito da Dentisteria Operatória

4.3.8 - Endodontia

Na Endodontia, o aluno deve desenvolver continuamente as suas competências práticas, tanto em ambiente pré-clínico como no âmbito da prática clínica. É exetável que este tenha capacidades para formular um correto diagnóstico e a destreza suficiente para executar todos os procedimentos inerentes ao tratamento endodôntico: cavidade de acesso, identificação e cateterismo canalar, biomecânica canalar e obturação do sistema canalar. Na Clínica Universitária, a instrumentação canalar é feita, maioritariamente, com instrumentos manuais, sendo que no pré-clínico estão a ser desenvolvidas as competências dos alunos com instrumental mecanizado.

O binómio efetuou 17 consultas, sendo que 7 consultas tive o papel de operadora e 10 consultas o de assistente. Relativamente aos atos clínicos, realizei o tratamento endodôntico de 1 dente multicanalar (dente 4.6), em 4 consultas e, em 2 consultas, 1

dente monocanal (dente 2.3). Atendi ainda uma urgência, sendo que o paciente foi reencaminhado para Cirurgia Oral (Gráfico 19).

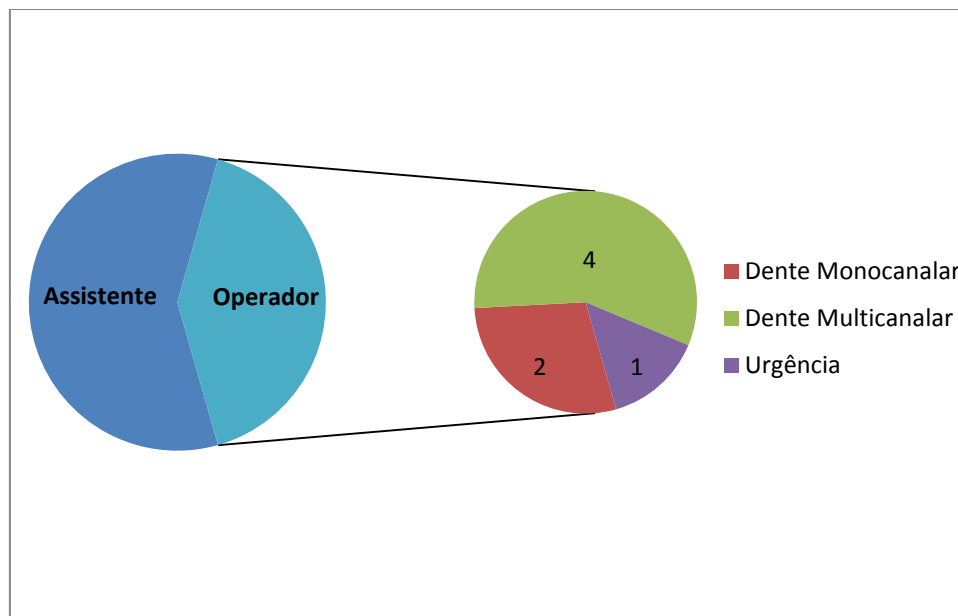


Gráfico 19 - Distribuição de atos clínicos como operador e assistente em Endodontia

4.3.9 - Odontopediatria

O binómio contabilizou 4 consultas, no âmbito da Odontopediatria, sendo que duas delas foram realizadas na mesma paciente e as restantes em dois pacientes distintos. Enquanto operadora, tive um ato ao executar duas restaurações em dentes decíduos classe II a ionómero de vidro e o outro foi ao fazer uma restauração a compósito de uma classe I composta do dente 3.6 (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição de atos como operador e assistente em Odontopediatria

Papel	Nº atos clínicos
Operador	2
Assistente	2

4.3.10 - Ortodontia

Como já foi referido, a Ortodontia no âmbito da Clínica Universitária, foca-se no correto diagnóstico e no tratamento preventivo, intercetivo e corretivo, com o recurso a aparelhos removíveis. O binómio atendeu uma paciente que apresentava agenesias múltiplas. Esta já tinha utilizado, previamente, uma barra transpalatina e fez um novo diagnóstico para o planeamento de um novo tratamento ortodôntico com recurso a aparelhos fixos. Verificou-se que pelo número de agenesias, esta teria de criar espaços para posterior colocação de implantes. Na primeira consulta, na qual fui assistente, foi feito um exame clínico direcionado para a área, com a realização de novas impressões e realização das radiografias necessárias. Na segunda consulta, fez-se um novo registo fotográfico da paciente, sendo que trabalhei como operadora (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição de atos como operador e assistente em Ortodontia

Papel	Nº atos clínicos
Operador	1
Assistente	1

CASOS DIFERENCIADOS

5 - CASOS DIFERENCIADOS

5.1 - Caso Clínico 1

Restauração de Dente Extensamente Destruído a Compósito com Recobrimento de Cúspide

História Clínica

Paciente, sexo feminino, 40 anos, saudável. Refere tomar um anticoncepcional oral, sem historial de alergias e patologias graves pregressas. A paciente não apresenta hábitos tabágicos, apresenta uma boa higiene oral e é motivada. Apresenta-se à consulta de Dentisteria Operatória por fratura dentária do dente 2.5. No exame clínico e radiográfico, verificou-se a perda completa da parede palatina de um dente endodonciado, que apresentava restauração infiltrada, na zona das cristas marginais. Foi proposta uma gengivetomia por palatino, para melhor visualização da margem, sendo que na semana seguinte seria executada a restauração definitiva.

Considerações relativamente ao caso apresentado

Por vezes o curso do tratamento restaurador para dentes posteriores endodonticamente tratados, não é consensual. Estes dentes encontram-se mais suscetíveis a fratura, em relação ao dente vital, pela perda de estrutura aquando do acesso canalar, bem como pela alteração de propriedades físicas da dentina.^{18, 19} Estes fatores fragilizam a estrutura dentária, especialmente de pré-molares maxilares, já que, graças à sua anatomia, existe uma maior possibilidade de separação das cúspides durante a mastigação.²⁰ Este problema é ainda mais agravado, quando uma das cristas marginais é fina ou não está presente.²¹

Geralmente, estes dentes são restaurados com o recurso a restaurações indiretas, de modo a proteger as cúspides. Mondelli et al²² defende que o recobrimento de cúspides com amálgama para restaurar este tipo de dente, apresenta bons resultados a longo prazo. Esta alternativa restauradora apresenta-se mais fácil de realizar e mais barata do que a opção de tratamento no âmbito de Prótese Fixa. Contudo, a estética encontra-se altamente comprometida. As outras alternativas seriam:

- Realização de um preparo da cúspide vestibular e restauração direta a compósito, considerando a possível microinfiltração e *gaps* marginais.¹⁹
- Realização de restauração híbrida, sendo que seria feita a restauração a amálgama da cúspide palatina e a cúspide vestibular, após o desgaste, seria restaurada a compósito.²⁰ Para esta opção é necessário ponderar a possibilidade de uma restauração de aspeto acinzentado, já que a "faceta" de compósito iria assumir rapidamente esta conformação.

Após deliberação com a paciente, optou-se por realizarmos uma restauração direta a compósito com recobrimento da cúspide vestibular.

Material:

- Kit de observação (espelho intra-oral, sonda exploradora, sonda periodontal e pinça universitária)
- Seringa ar/água
- Aspiradores de saliva e cirúrgico
- Isolamento relativo (rolos de algodão e dry tips)
- Carpule, anestubos de lidocaína 3% com vasoconstritor (1:100 000) e agulha 30G
- Turbina e contra-ângulo;
- Broqueiro
 - Brocas de turbina: esférica diamantada, broca em chama diamantada, broca lâmina de faca diamantada, broca troncocónica diamantada, broca diamantada de ombro;
 - Brocas contra-ângulo: esférica laminada, discos de polimento
- Matriz, porta matriz e cunhas
- Ionoseal®
- Ácido Fosfórico 37,5%, adesivo Total-Etch e microbrush
- Compósito Heliomolar® A2
- Espátula de acção lateral e compactador
- Fotopolimerizador
- Papel articular, fio dentário e lixa interproximal

Protocolo:

Na primeira consulta, realizou-se a radiografia pré-operatória, procedeu-se à remoção da antiga restauração a IRM, fez-se a anestesia do nervo palatino maior e um corte de gengiva por palatino de cerca de 3mm, de modo a expor a margem do dente. No final, realizou-se uma nova restauração provisória a IRM.

Na consulta seguinte, executou-se, inicialmente, o preparo do dente. Fez-se uma anestesia seletiva, sendo somente executada uma anestesia das papilas interdentárias. Utilizando um isolamento relativo, fez-se a remoção de toda a restauração antiga infiltrada e a cúspide vestibular foi desgastada, até metade da sua altura total. Na zona mais cervical do preparo da cúspide vestibular, foi feito um bisel de cerca de 1mm, de modo a atenuar a transição entre a peça dentária e a restauração. A margem por palatino foi alisada e definida com uma broca de ombro. Todas as áreas de esmalte não suportado foram removidas e os ângulos internos foram arredondados. Durante todo o preparo dentário, foram colocadas duas matrizes metálicas com cunhas de modo a proteger os dentes adjacentes. Seguidamente, foi colocada o porta-matriz com matriz e duas cunhas. Na sua colocação foi tida em especial atenção a margem palatina, de maneira a que se pudesse potenciar a adaptação marginal da restauração. Procedeu-se à limpeza de toda a cavidade com jato de água e ar. Colocou-se uma camada homogénea de pouca espessura de Ionoseal®, fotopolimerizando durante 40 segundos. De seguida, executou-se o condicionamento ácido e colocação de adesivo. A técnica de eleição de colocação de compósito (Heliomolar® A2) foi a incremental, sendo que as camadas, antes de fotopolimerizadas, não ultrapassavam os 2 mm de espessura. Seguidamente, o isolamento relativo e o porta-matriz e as cunhas foram removidas. Verificou-se com uma sonda a continuidade entre o dente e a restauração. Regularizaram-se os contatos interproximais, com uma lixa interproximal. Após os testes estáticos e dinâmicos de oclusão, com o recurso a papel articular, fez-se o ajuste oclusal com uma broca diamantada em chama e polimento e acabamento com discos de polimento. Por fim, foi realizado o raio-x pós-operatório.



Imagem 2 - Fotografia pré-operatória do dente 2.5



Imagem 1 - Remoção de restauração provisória e gengivectomia



Imagem 4 - Remoção de restauração provisória com colocação de matrizes e cunhas para protecção dos dentes adjacentes



Imagem 3 - Preparo da margem palatina, remoção inicial da restauração infiltrada e preparo inicial da cúspide vestibular



Imagem 5 - Fotografia por vestibular de preparo finalizado



Imagem 6 - Colocação de porta-matriz e cunhas



Imagem 7 - Fotografia após escultura completa



Imagem 8 - Fotografia após ajuste oclusal, acabamento e polimento



Imagem 9 - Resultado global

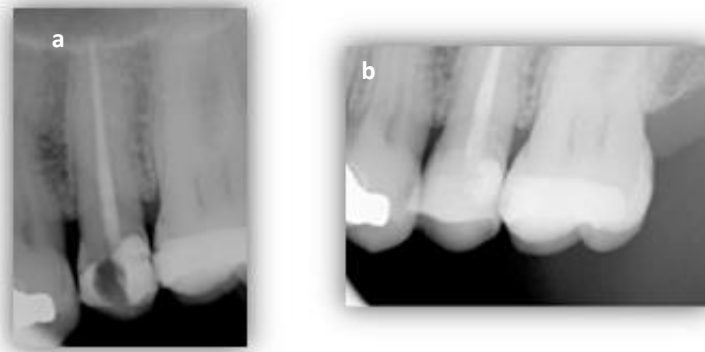


Imagem 10 - (a) Radiografia pré-operatória; (b) Radiografia pós-operatória

5.2 - Caso Clínico 2

Coroa Metalocerâmica do dente 4.6

História Clínica

Paciente, sexo masculino, 33 anos. Refere possuir um distúrbio a nível hepático, Síndrome de Gilbert, sendo que os efeitos colaterais da patologia se manifestam, maioritariamente, quando este faz esforços físicos mais intensos. Não faz toma regular de qualquer medicação, não demonstra historial de alergias nem de outras doenças sistémicas. O paciente apresenta hábitos tabágicos, uma boa higiene oral e é cooperante. Apresenta-se na consulta de Prótese Fixa para reabilitar o dente 4.6 que se encontrava extensamente destruído. No exame clínico e radiográfico, verificou-se que o

remanescente apresentava uma altura reduzida e apresentava um tratamento endodôntico prévio. Relativamente à altura, esta foi determinada após a remoção da restauração infiltrada. Denotou-se que a parede mesial se apresentava infra-gengival (cerca de 1 mm de profundidade). Quanto à qualidade da endodontia, verifica-se que os canais mesiais se apresentavam subobturados e, para além disso, a conicidade dos canais não era a desejada. Contudo, o dente não apresentava sintomatologia, nem à percussão vertical nem à horizontal, e, radiograficamente, não se verificava nenhum processo periapical. Visto, ainda, que se tratava de um dente tratado há muitos anos e nunca havia demonstrado sintomatologia, optou-se por não realizar o retratamento endodôntico.

Foi proposto um alongamento coronário cirúrgico, para permitir a maior exposição do remanescente dentário e para que o espaço biológico fosse respeitado. Após a cirurgia e remoção da restauração provisória, a parede mesial crítica já se encontrava numa posição supra-gengival (0,5mm de altura). Quanto às restantes alturas, verificou-se ainda que o dente apresentava uma altura máxima de 5mm e uma altura mínima de 1,5mm em vestibular, uma parede distal de 2mm e uma parede lingual de 3mm de altura em lingual. Apesar de estas não serem as ideais, era possível obtermos margens menos passíveis de serem fragilizadas. A espessura das paredes era de 1,8mm em vestibular, 2,3 mm em lingual, 2,8mm em distal e 2mm em mesial, sendo suficientes para o tipo de desgaste a ser realizado. Relativamente à largura dentária o dente apresentava 10 mm tanto no sentido méso-distal como no sentido vestibulo-lingual.

Procedimento:

- 1ª Consulta - Reavaliação do remanescente dentário, após o alongamento coronário. Remoção de gutta-percha dos canais distal e mesio-lingual, com recurso a brocas de Pecho. Execução da colocação de dois espigões enroscáveis, um no canal distal e outro no canal mesio-lingual. Colocação de AutoMatrix® e duas cunhas e confeção de núcleo a amálgama.
- 2ª Consulta - Preparo do dente:
 - Desgaste de 1,0mm por vestibular;
 - Desgaste de 0,6mm por palatino;
 - Desgaste de 2mm das cúspides trabalhantes;
 - Desgaste de 1,5mm das cúspides não trabalhantes;

- Margem em chanfro justa-gengival tanto em palatino como em vestibular. Idealmente, estas deviam ser supra-gengivais, visto que se trata de uma zona não estética, mas, pela altura do remanescente dentário, estas assumiram esta conformação.

Nesta mesma consulta, foi confeccionada a coroa provisória, a partir da chave feita do enceramento de diagnóstico. Cimentação do provisório.

- 3ª Consulta - Remoção da coroa provisória. Impressão definitiva da arcada inferior, utilizando a técnica bifásica e impressão da arcada superior com alginato. Nova cimentação da coroa provisória.
- 4ª Consulta - Remoção do provisório. Verificação da infra-estrutura no modelo e verificação da mesma em boca. Verificação integridade das margens (inspeção visual e sondagem) e dos contactos interproximais. Foi necessário fazer desgaste seletivo nas cúspides trabalhantes do dente 1.6, uma vez que a espessura da infra-estrutura já era a mínima. Realização de nova impressão da arcada superior com alginato e registo de mordida com Oclufast®. Escolha de cor da coroa definitiva e cimentação da coroa provisória
- 5ª Consulta - Remoção do provisório. Verificação da adaptação marginal, dos contactos interproximais e da oclusão (testes estáticos e dinâmicos). Denotou-se que a coroa apresentava ajuste e assentamento adequados. Procedeu-se ao isolamento relativo do campo e aplicou-se Ketac® CEM Easymix, no interior da coroa. Garantindo um assentamento apropriado, colocou-se a coroa sobre o preparo, pedindo ao paciente para trincar rolos de algodão. Assim que o cimento de ionómero de vidro tomou presa, procedeu-se a remoção dos excessos. Por fim, verificou-se, novamente, a oclusão.
- 6ª Consulta - Controlo pós-cimentação, sendo esta consulta realizada por outro binómio. Segundo o binómio que o atendeu, o paciente referiu estar a cumprir as recomendações dadas e encontra-se satisfeito com o resultado final.



Imagem 11 - Raio-x antes do alongamento coronário



Imagem 12 - Raio-x após alongamento coronário e após colocação de espigões

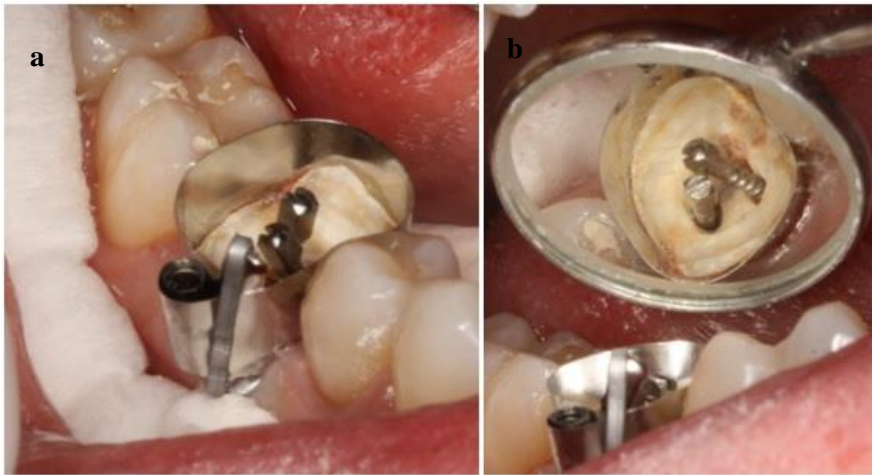


Imagem 13 - Cimentação de espigões e colocação de AutoMatrix; (a) vista vestibular; (b) vista oclusal



Imagem 14 - Raio-x após núcleo de amálgama



Imagem 16 - Preparo dentário



Imagem 15 - Vista lingual do preparo



Imagem 17 - Enceramento para confecção da chave para o provisório

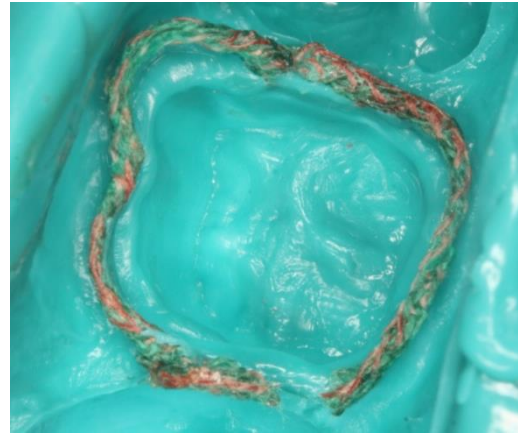


Imagem 18 - Impressão definitiva



Imagem 19 - Coroa metalocerâmica no modelo



Imagem 21 - Cimentação definitiva



Imagem 20 - Resultado global



5.3 - Caso Clínico 3

Proteção Pulpar Direta com a Utilização de Biodentine™

História Clínica

Paciente, sexo masculino, 47 anos, saudável. Não faz toma regular de qualquer medicação, não demonstra historial de alergias nem de outras doenças sistémicas. O paciente não apresenta hábitos tabágicos e apresenta uma higiene oral razoável. Apresenta-se na consulta de Endodontia com uma restauração provisória a IRM no dente 4.8 muito próxima da polpa dentária. O dente encontrava-se em oclusão, apresentando como oponentes o 1.8 e o 1.7. O paciente já tinha perdido o 4.6 e o 4.7. Este exibia um papel importante para a estabilidade oclusal e capacidade mastigatória do lado direito, sendo importante mantê-lo. No exame clínico e radiográfico, denotou-se que o dente apresentava resposta ao estímulo do frio de curta duração, após a remoção do estímulo. Não demonstrava sintomatologia ao quente e não apresentava dor à percussão horizontal nem vertical, não existindo qualquer processo periapical. O diagnóstico delineado foi de pulpite reversível, sendo que se marcou nova consulta para reavaliação passado um mês, na área de Dentisteria Operatória. Face à sintomatologia, nesta mesma consulta, delineou-se o seguinte plano de tratamento:

- Se possível realizar a restauração definitiva na área de Dentisteria Operatória;
- Reencaminhar para Endodontia, sendo que o tratamento endodôntico era de difícil execução, sendo o prognóstico reservado;
- Reencaminhar para Cirurgia Oral, para se executar a exodontia do referido dente.



Imagem 22 - Ortopantomografia

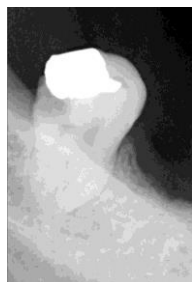


Imagem 23 - Raio-x inicial do 4.8

Na consulta seguinte, após o tratamento de espera, procedeu-se à realização dos testes de sensibilidade, sendo que a resposta aos mesmos foi normal. A remoção da restauração provisória foi realizada já com o isolamento absoluto colocado, já a ponderar a possibilidade de exposição pulpar que acabou por ocorrer. Poderia optar-se por várias possibilidades, de modo a permitir a restauração direta futura do dente:

- Promoção da hemóstase, colocação de uma base de hidróxido de cálcio e nova restauração a IRM;
- Promoção da hemóstase e restauração provisória com Biodentine™.
- Promoção da hemóstase, colocação de uma base de MTA (mineral trioxide aggregate) e restauração a IRM.

Decidiu-se realizar uma proteção pulpar direta/restauração provisória com Biodentine™.

Considerações sobre proteção pulpar direta com hidróxido de cálcio, MTA e Biodentine™

A proteção pulpar direta é um procedimento utilizado para evitar o tratamento endodôntico, ou até mesmo a extração, em que um agente medicamentoso é colocado, diretamente, sobre a polpa exposta, de modo a manter a vitalidade pulpar.²³

O hidróxido de cálcio tem sido considerado como o *gold standard* de materiais de capeamento pulpar, ao longo das últimas décadas.^{24, 25} Este material possui propriedades antibacterianas, que minimizam ou eliminam a penetração de bactérias, sendo assim reduzida a agressão pulpar. Também apresenta a capacidade de promover a formação de dentina terciária, sendo que em contato direto com tecido pulpar vital existe um selamento da prévia exposição, através de um tecido duro neoformado.

Contudo, o hidróxido de cálcio apresenta algumas desvantagens. Limitações como pobre selamento, presença de túbulos dentinários na parede de dentina neoformada, formação extensa de dentina na câmara pulpar, alta solubilidade quando em contacto com fluidos orais, falta de adesão ao tecido dentinário, encontram-se descritas na literatura.^{23, 26, 27} Face a estas desvantagens, existiu a necessidade de criar alternativas, de modo a potenciar a proteção pulpar direta. Na literatura, têm sido descritos cimentos à base de silicato de cálcio. Este elemento bioativo, aparentemente, estimula o recrutamento de células pulpares e a sua diferenciação, aumentando a expressão de fatores de transformação celular, que promovem a dentinogénese²⁸, demonstrando uma interação dinâmica na interface dentino-pulpar.²⁹ São exemplos destes materiais o MTA e a Biodentine™

O MTA (mineral trioxide aggregate), inicialmente, era indicado como material de retro-obturação e, posteriormente, foi utilizado para outras situações clínicas, tais como: capeamento pulpar, pulpotomia, apexificação, material de reparo de perfurações radiculares e material obturador. A sua utilização tornou-se mais abrangente, graças às suas propriedades físicas e biológicas, destacando-se a biocompatibilidade com os tecidos perirradiculares, a ação antibacteriana, o pH alcalino, a favorável resistência à compressão e o facto de não ser reabsorvível.^{30, 31} Contrariamente, ao hidróxido de cálcio, este cimento apresenta um melhor selamento, sendo a microinfiltração marginal minimizada e a solubilidade reduzida.³¹ Estudos também demonstraram que o MTA, como proteção pulpar direta, estimula a formação de dentina terciária muito mais rápido do que o hidróxido de cálcio^{32, 33}, o que leva a um processo curativo com uma taxa maior de sucesso.³³ Como desvantagens, o MTA é de difícil manipulação, tem um tempo de presa longo, um preço elevado e potencial de descolorar o tecido dentário.³⁴ Muitas foram as tentativas para melhorar estes aspetos, contudo, algumas delas, na tentativa de potenciar um parâmetro, tornavam outro pior.

O Biodentine™ é um novo material à base de silicato de cálcio, lançado recentemente no mercado. É composto por um sistema de pó e líquido, onde o pó apresenta silicato tricálcio (constituente maioritário), carbonato de cálcio (material de preenchimento), óxido de zircónio (agente para a radiopacidade) e vestígios de óxido de cálcio, silicato de dicálcio e óxido de ferro. O pó é uma solução aquosa de um polímero hidrossolúvel com cloreto de cálcio.³⁵ O seu uso, em termos de aplicações clínicas, é bastante semelhante ao do MTA. O Biodentine™, apesar de ainda não apresentar

estudos tão vastos como os restantes materiais, tem já revelado algumas melhorias perante o MTA. É mais barato, demonstra um efeito positivo na estimulação celular para a produção de dentina terciária, sendo este efeito mais rápido, comparativamente aos restantes cimentos e pode ser diretamente aplicado na cavidade com uma espátula num maior volume^{36, 37} e um tempo de presa muito mais curto (cerca de 12 minutos após a mistura). Esta última característica do material permite-lhe que seja utilizado como restaurador provisório, sendo evitado o uso de outros materiais restauradores, como acontece com o hidróxido de cálcio e o MTA. Quanto à sua utilização em humanos, como protetor pulpar direto, a sua taxa de sucesso já foi reportada como semelhante à do MTA, podendo ser uma alternativa interessante na manutenção da vitalidade pulpar.³⁸

Protocolo:

1ª Consulta

- Testes de sensibilidade (térmicos e de percussão), radiografia e determinação de diagnóstico - pulpite reversível;
- Como a exposição pulpar parecia bastante provável, procedeu-se à anestesia infiltrativa do dente e colocação de isolamento absoluto;
- Remoção da antiga restauração provisória a IRM, verificando-se a presença de exposição pulpar, de cerca de 1mm;
- Desinfecção e promoção de hemóstase com bolas de algodão esterilizadas embebidas em clorhexidina e bolas de algodão secas.
- Colocação do AutoMatrix®
- Mistura do pó e líquido, segundo as recomendações do fabricante, e colocação direta de Biodentine™, sobre a polpa exposta, sendo esta um elemento tanto de capeamento direto como de restauração provisória;
- Compactação e escultura da restauração
- Esperar até que o material tome presa (cerca de 12 minutos após a mistura);
- Remoção do isolamento absoluto;
- Verificação da oclusão e realização de ajustes oclusais, se necessário;
- Raio-x periapical.



Imagem 25 - Remoção da restauração provisória e verificação de exposição pulpar de cerca de 1mm

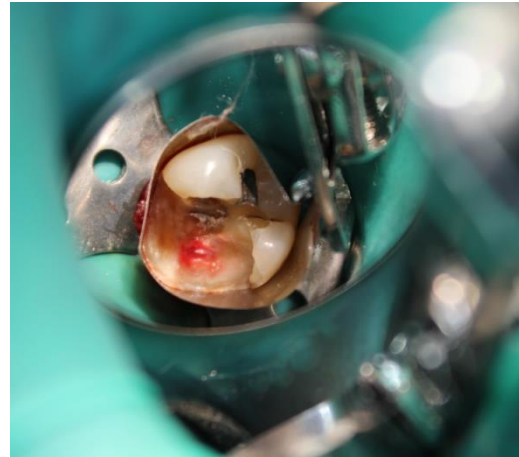


Imagem 24 - Controlo da hemorragia pulpar e colocação do AutoMatrix®

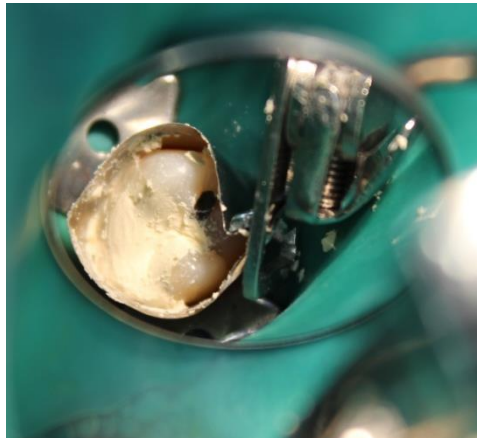


Imagem 26 - Condensação e escultura da restauração



Imagem 27 - Restauração final a Biodentine™



Imagem 28 - Radiografia após restauração com Biodentine™

A consulta seguinte foi realizada 2 meses após a primeira.

2ª Consulta

- Verificação da integridade da restauração. Testes de sensibilidade (térmicos e de percussão), radiografia e determinação de diagnóstico. Verificou-se ausência de resposta a qualquer resposta aos estímulos. Possível perda de vitalidade pulpar;
- Isolamento relativo
- Remoção da restauração a Biodentine™, sendo que se deixou uma base de aproximadamente 3mm;
- Colocação de porta-matriz e matriz;
- Condicionamento ácido, colocação de adesivo e restauração a compósito Synergy® A2 e Synergy® Esmalte;
- Remoção do isolamento relativo e porta-matriz;
- Verificação com sonda se existia continuidade entre o dente e a restauração;
- Testes estáticos e dinâmicos de oclusão com papel articular;
- Polimento e acabamento;
- Radiografia pós-operatório

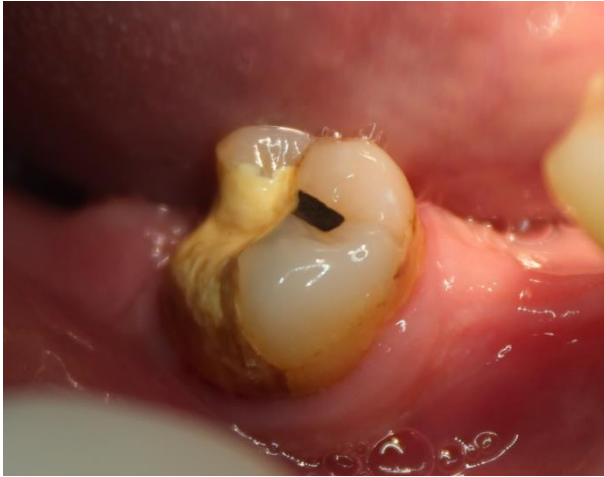


Imagem 30 - Restauração com Biodentine™ após 2 meses: (a) vista vestibular; (b) - vista oclusal



Imagem 29 - Preservação de cerca de 3mm de base de Biodentine™



Imagem 31 - Vista oclusal da restauração definitiva a compósito



Imagem 32 - Vista vestibular da restauração definitiva a compósito



Imagem 33 - Radiografia final

Visto que o dente não apresentava qualquer resposta aos estímulos e que, na radiografia final, já é notória a presença de um processo periapical, é legítimo afirmar que o tratamento não surtiu o efeito desejado. Neste momento, existem duas possibilidades de tratamento. Pode-se optar por tentativa de preservação da peça dentária, tomando como curso o tratamento endodôntico. É necessário não desfazer a exigência técnica do procedimento, pela conformação radicular e possibilidade de falha, sendo a exodontia o desfecho final. O paciente deve ser, devidamente, avisado do prognóstico do tratamento, podendo este optar ainda para a exodontia imediata do dente.

ATIVIDADE CIENTÍFICA

6 - ATIVIDADE CIENTÍFICA

A partilha de conhecimento e o desenvolvimento de um pensamento crítico em qualquer área médica é crucial para o nosso processo de aprendizagem, ao longo da vida. Neste contexto, a elaboração de publicações sob a forma de artigos, pósteres e comunicações orais, contribui para o enriquecimento das competências científicas e tem um papel fulcral no progresso da ciência, podendo contribuir quer para o desenvolvimento de novas ideias, quer para a criação de dados adicionais que confirmem maior suporte científico a conceitos pré-existentes.

Nesta secção, vão ser expostos uma série de trabalhos científicos, nos quais tive um papel ativo, sendo estes elaborados no decorrer do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

6.1 - Publicação Científica I

Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda: a propósito de um caso clínico

Branco A., Rei S., Ermida E. Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras

Introdução - A Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda (PUNA) é definida como uma patologia inflamatória destrutiva, que se caracteriza por perda óssea interproximal, uma destruição periodontal rápida, necrose dos tecidos gengivais e sangramento espontâneo associado a dor. As suas peculiaridades clínicas perante outras doenças periodontais são a presença de papilas invertidas, necrose e ulceração das papilas interdentárias e/ou margens gengivais, dor gengival generalizada, margens gengivais vermelho-brilhante, perda do ligamento periodontal, perda óssea, mobilidade dentária, perda dentária, halitose e comprometimento da função. Sendo que esta pode ter manifestações sistémicas como: febre, mal-estar e linfadenopatia. Patologia associada a jovens adultos, imunossupressão, hábitos tabágicos, deficiente higiene oral, episódios anteriores de Gengivite Ulcerativa Necrosante ou stress psicológico.

Descrição do caso clínico - Paciente masculino, 46 anos, apresentou-se na Clínica UCP na área de Periodontologia por sintomatologia dolorosa na zona do 5º sextante. Referiu sintomas, como a halitose, linfadenopatia e ulceração da mucosa, crateras na zona

papilar, em períodos sazonais (Outono). Ainda referiu, um episódio de amigdalite na semana anterior à consulta com toma de antibiótico, o que pode justificar a fase refratária da doença. Assim, o diagnóstico teve como base a história clínica detalhada, incluindo hábitos nutricionais e de saúde, e o exame clínico pela presença de papilas invertidas e perda de attachment. Radiograficamente, existia perda óssea evidenciada na zona dos incisivos e na zona dos molares. Determinando-se uma Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda, estabeleceu-se que o tratamento inicial teria como objetivo controlar a evolução da enfermidade e a sintomatologia associada ao quadro agudo.

Tratamento - Iniciou-se um desbridamento suave, realização de fase higiénica com consequentes, instruções de higiene oral e prescrição de analgésicos e bochechos antibacterianos. Controlos futuros visarão controlar a evolução da patologia.

Conclusão - Tendo em conta os fatores de risco, importante excluir a possibilidade de comprometimento imunitário, tendo em conta estudos em populações imunocomprometidas mostram prevalências desta patologia entre 1 e 23%. Prognóstico favorável se o paciente demonstrar cooperação segundo o plano de tratamento estabelecido. Controlos sazonais são obrigatórios para diminuição das consequências desta patologia. Em suma, a *compliance* do paciente evidenciará uma maior ou menor perda da função estomatognática.

O poster científico relativo a este caso clínico foi apresentado, em 2015, no IV Congresso Nacional de Estudantes de Medicina Dentária, no Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa (Anexo IV).

6.2 - Publicação Científica II

Casos Clínicos de Disfunção Temporomandibular em Crianças e Jovens

Rei S., Branco A., Castanheira, P., Filipe, A. Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras

Introdução - A articulação temporomandibular (ATM) é a zona onde a mandíbula se articula com o crânio. Fazendo parte do sistema estomatognático, a sua função e estabilidade regem a mastigação, deglutição e fonação, envolvendo a postura mandibular. Alterações da sua fisiologia, desencadeiam um conjunto de condições articulares e musculares deficitárias na região crânio-orofacial, sendo designadas de disfunções temporomandibulares. Etiologia de carácter multifatorial que desencadeia sinais e sintomas como dores musculares e na região da ATM, cefaleias, otalgia, limitação funcional, zumbido, entre outros. Os fatores de risco predominantes são a hereditariedade, trauma, oclusão inadequada e parafunções que ocorrem na infância. Diversos estudos indicam uma prevalência de sinais e sintomas (35-72%), em crianças e jovens. Sendo importante o estudo desta patologia crescente que pode estar associado com problemas de crescimento e desenvolvimento.

Descrição Clínica - Compareceram na Clínica da Universidade Católica Portuguesa, na área de Oclusão, um conjunto de 6 pacientes, entre os 8-18 anos, de ambos os sexos. Estes foram submetidos a uma anamnese detalhada, um exame clínico intra e extra-oral e alguns exames complementares de diagnóstico. Os pacientes apresentavam diferentes sintomatologias no decorrer das consultas. A terapêutica aplicada depreendeu uma goteira de relaxamento muscular. Controlos periódicos foram realizados com alguma remissão dos sintomas.

Conclusão - Sinais e sintomas, como estalidos e cefaleias, apresentam uma maior prevalência nesta amostra de crianças e jovens. Devido ao aumento da prevalência da patologia em estudo, depreende-se a inclusão do exame clínico como rotina na consulta de Medicina Dentária. As disfunções temporomandibulares diagnosticadas precocemente, evitam morbidade na idade adulta.

Poster científico apresentado na XXIV Reunião Anual de Medicina Dentária e Estomatologia de Coimbra (Anexo V).

6.3 - Publicação Científica III

Avaliação da capacidade de limpeza do terço Apical pelo sistema Protaper Next®

Branco A., Cardoso M., Noites R. Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras

Introdução - A biomecânica canalar é considerada como uma das etapas mais importantes do tratamento endodôntico, porém, permanece como um dos estágios da Endodontia que defronta maiores dificuldades. Ao longo das décadas, foram desenvolvidas uma grande variedade de limas que potenciam e facilitam o preparo canalar, visando o sucesso do tratamento endodôntico. A descoberta clínica na endodontia foi progredindo de uma longa série de limas manuais de aço inoxidável e de várias Gates Glidden rotatórias para integrar limas de níquel-titânio (NiTi). Em 2013, foi introduzido o sistema Protaper Next®, cujas características categorizam o sistema na quinta geração de instrumentos NiTi. É constituído por 5 limas (X1, X2, X3, X4 e X5) e, segundo as *guidelines* gerais, há uma redução no número de instrumentos necessários para o preparo canalar. É descrito que, na maioria dos casos, só serão necessárias as limas PTN X1 e X2. Dado ao seu recente lançamento, ainda não existem muitos estudos. Deste modo, este estudo propõe-se a avaliar a capacidade de limpeza do terço apical pelo sistema Protaper Next®, comparando-o com o Protaper® Universal com recurso a análise em microscopia eletrónica de varrimento (MEV). Também se propõe a comparar a capacidade de limpeza dos instrumentos dos dois sistemas após um diferente número de utilizações.

Materiais e Métodos - Foram selecionados 48 dentes monocalares (incisivos maxilares, pré-molares e caninos mandibulares), com raízes retas e comprimento semelhante. Dentes com tratamento endodôntico prévio, canais extremamente calcificados, cáries de raíz e com canais com curvaturas foram excluídos. Todo o tecido mole ou cálculo da superfície radicular foi removido mecanicamente. A coroa de cada dente foi removida ao nível da junção amelocementária, de modo a obter-se raízes de aproximadamente 12mm de comprimento. Duas ranhuras longitudinais foram preparadas nas raízes nas faces palatina/lingual e face vestibular com um disco montado em peça de mão para facilitar a secção vertical com um cinzel, após a instrumentação. Os dentes foram aleatoriamente numerados e divididos em 4 grupos, sendo que cada

apresentava 12 dentes: Grupo A - instrumentação com sistema Protaper Next®, com número máximo de utilizações de 3 para cada instrumento; Grupo B - instrumentação com sistema Protaper® Universal, com número máximo de utilizações de 3 para cada instrumento; Grupo C - instrumentação com sistema Protaper Next®, com número máximo de utilizações de 6 para cada instrumento; Grupo D - instrumentação com sistema Protaper® Universal, com número máximo de utilizações de 6 para cada instrumento. O terço apical dos canais previamente preparados será avaliado com MEV. A parede de cada canal será analisada, a partir de 4 parâmetros *smear layer*, detritos pulpare, detritos inorgânico de dentina e perfil da superfície.

Expectativas e Relevância Científica - O sistema Protaper® Universal é utilizado num extenso número de estudos. Sendo o sistema Protaper Next®, relativamente recente, ainda não existe um número vasto de estudos. De um ponto de vista científico, acaba por ser um trabalho com potencialidade e com possível creditação, não só pelo aspeto previamente referido, como também pela análise das amostras, que poderá ser efetuada com microscopia eletrónica de varrimento. É expectável que o sistema Protaper Next® apresente melhores resultados, quanto à capacidade de limpeza. Prevê-se que haja alterações de eficácia de limpeza quando o número de utilizações já for de maior ordem. De um ponto de vista geral, este estudo integrará mais um dado científico para o sistema Protaper Next®.

Poster científico desenvolvido no âmbito da Área Disciplinar de Trabalho de Monografia e Experimentação I e apresentado nas I Jornadas Científicas da Primavera da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras (Anexo VI).

DISCUSSÃO

7 - DISCUSSÃO

Dos 75 pacientes diferentes atendidos, ao longo deste ano letivo, verificou-se a predominância do sexo feminino, sendo que a diferença percentual não foi muito significativa. Desta forma, não podem ser retiradas elações, relativamente ao género que possui maior comparência nas consultas da Clínica Universitária. A faixa etária mais vista inseria-se no intervalo entre os 40 e os 49 anos, mas cerca de 29 pacientes apresentavam idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos de idade e só foram atendidos 4 pacientes pediátricos. Assim sendo, a média de idades obtida foi de 51,43 anos. Estes resultados refletem as áreas que possuíram mais e menos pacientes. Na Prótese Removível, onde foram registados 39 atos, foram atendidos um maior número de pacientes idosos, sendo que na Ortodontia e Odontopediatria foram somente contabilizados, na totalidade das duas áreas, 6 atos.

Fez-se uma análise do risco dos pacientes, atendidos pelo binómio. Verificou-se que, por uma série de vezes, a ficha de risco não se encontrava preenchida ou seu preenchimento era defeituoso, já que apresentava dados contraditórios relativamente à história clínica. Apesar de, na maioria dos casos, a história clínica apresentar-se completa e pormenorizada, a determinação do risco do paciente acaba por ser um dado adicional para a determinação do estado de saúde geral do doente, não devendo ser negligenciada pelos alunos. A classificação ASA deve ser considerada de igual importância, demonstrando-se um instrumento valorizável na prática de Medicina Dentária.³⁹

Assim, verificou-se que na amostra, 26 pacientes foram classificados como ASA I, sendo que corresponde ao mesmo número de pacientes que não apresentavam qualquer patologia. Extrapolando estes resultados relativamente à medicação, verificamos que 27 pacientes não fazem toma regular de medicamentos, valor que não corresponde aos 26 registos de ASA I. Este aspeto é explicado pela existência de pacientes que, apesar de apresentarem uma patologia ou fator de risco associado, não fazem toma de qualquer medicamento, nomeadamente, o paciente com Síndrome de Gilbert e 4 pacientes com hipercolesterolemia, que fazem o seu controlo pela dieta. Contudo, ainda existem 3 pacientes com classificação ASA I que fazem a toma de um anticoncepcional oral. As classificações ASA II e ASA III não apresentam esta relação linear com o número de patologias. Pacientes com várias doenças podem ser

qualificados como ASA II e um paciente com ASA III pode, somente, exibir uma patologia. Esta designação, não é efetuada pela quantidade de patologias associadas, mas sim pela sua gravidade e controlo. Desta forma, são designados pacientes ASA II aqueles que apresentam uma patologia sistémica moderada, sem limitação das funções vitais, sendo de nível III o doente com doença sistémica severa, com funções comprometidas.⁴⁰

Na caracterização das patologias da amostra, verifica-se a elevada prevalência de pacientes com hipertensão arterial diagnosticada, hipercolesterolemia e diabetes tipo II. Correlacionando estes resultados com a medicação verifica-se a maior prevalência dos anti-hipertensores, antilipídicos e antidiabéticos orais. Denotou-se que todos os pacientes que exibiam hipertensão arterial faziam terapêutica medicamentosa, sendo que nem todos os doentes com hipercolesterolemia e diabetes tipo II faziam a toma regular de qualquer medicamento. Como já foi referido, alguns doentes que apresentavam hipercolesterolemia estavam a fazer o seu controlo a partir da dieta. O único diabético que referiu não fazer toma de antidiabéticos orais referia que não fazia monitorização da doença e faltava às consultas do médico de família. É importante o reconhecimento dos casos de patologias que não se encontram controladas, sabendo suspender o tratamento dentário, quando necessário. Os resultados obtidos na amostra, refletem de certa forma, a prevalência destas patologias em Portugal e na Europa. Segundo dados de 2008, estima-se que na população portuguesa cerca de 41,9% dos adultos com idades superiores aos 25 anos apresenta hipertensão arterial.⁴¹ A prevalência de hipercolesterolemia, na Europa, estima-se que seja de 54%⁴², sendo que estes valores assumem o número de pacientes que não sabem da existência da desordem, e a diabetes afeta, em Portugal, cerca de 13%, sendo que a diabetes tipo 2 representa cerca de 90% dos casos de diabetes.⁴³

No que diz respeito às doenças cardíacas e doenças reumáticas, a sua identificação acaba por ser de mais difícil obtenção. Tendencialmente, o doente sabe que "sofre do coração" ou "dos ossos" não sabendo descrever a doença em questão. Muitas das patologias que o paciente exhibe são quase "deduzidas" pela lista de medicamentos que este traz consigo.

Em relação às doenças cardiovasculares verificou-se que os doentes, maioritariamente, tomavam antiarrítmicos, sendo também verificados, antianginosos,

venotrópicos orais, anticoagulantes e antiagregantes. Verificou-se, a partir da medicação, que os pacientes apresentavam angina de peito, arritmias cardíacas, valvulopatias, sendo registados poucos casos prévios de enfarte de miocárdio. É de mencionar que estas são algumas das suposições feitas a partir da medicação tomada, sendo que, alguns dos doentes não sabiam descrever qual era o problema cardíaco que exibiam.

Relativamente às doenças reumáticas, os pacientes também não conseguiam definir a sua doença crónica. Contudo, pacientes com osteoporose sabiam definir a presença da patologia. Este facto pode dever-se à constante sensibilização, acerca da doença, nos meios de comunicação. Foi ainda possível determinar a presença de artrite reumatóide e osteartrose, sendo estes pacientes responsáveis pela prevalência de analgésicos, anti-inflamatórios não esteróides e corticoesteróides.

Nos distúrbios psiquiátricos foram incluídos os casos registados de depressão, esquizofrenia e crises de ansiedade. É de notar que os antidepressivos são fármacos, exponencialmente, presentes na amostra, sendo que muitos são os casos em os pacientes fazem toma de mais do que 2 antidepressivos combinado com o uso de ansiolíticos. Também verificamos a presença de antipsicóticos, prescritos aos pacientes com esquizofrenia. O consumo de antidepressivos e ansiolíticos é vasto em Portugal. Segundo o Eurobarómetro 345 de 2010, Portugal tem um consumo destes fármacos duplo ao da média na União Europeia (15:7).⁴⁴

A presença de anti-epiléticos na amostra justifica-se pela presença de doentes com episódios de epilepsia. Relativamente às patologias da tiróide, denota-se que a amostra era do sexo feminino e que toda ela fazia terapêutica hormonal da tiróide.

Verificou-se na amostra a presença de pacientes que faziam a toma de antiácidos e anti-ulcerosos, contudo, nenhum caso de problemas gástricos foi reportado. Esta presença pode ser justificada pela necessidade da prevenção destas patologias pela grande quantidade de pacientes que se apresentam polimedicados.

Também na amostra foi possível verificar um caso de Lúpus Eritmatoso Sistémico e casos de patologias mais raras, tais como Síndrome de Gilbert, Mielite Transversa e HIV. É necessário reconhecer a fisiopatologia destas doenças, sendo importante o reconhecimento dos possíveis cuidados adicionais requeridos.

Relativamente aos hábitos de higiene oral, é necessário verificar se as escovagens estão a ser eficientes. Apesar de muitos pacientes, cerca de 80% da amostra referir fazer duas a três escovagens diárias, os resultados desses hábitos podem não refletir a higiene oral. É sempre necessário alertar o paciente para a importância dos hábitos de higiene oral, bem como a instrução para a boa execução dos mesmos. Ainda se notou que na amostra o número de pacientes fumadores foi bastante baixo, o que pode ser justificável pela idade avançada da população avaliada, sendo o tabagismo, considerado por estes um comportamento social reprovável.

No levantamento dos pacientes com tratamentos endodônticos, verificou-se uma maior prevalência de pacientes que apresentavam dentes endodonciados. Neste grupo o sexo masculino era mais prevalente, não existindo uma diferença percentual muito significativa, relativamente ao género feminino. Apesar da amostra não ser muito expressiva, os resultados obtidos, relativamente a outros estudos feitos sobre a frequência e distribuição de dentes endodonticamente tratados, são coincidentes, verificando-se um maior número de molares endodonciados do que pré-molares e dentes anteriores.⁴⁵⁻⁴⁷ A etiologia, possivelmente, mais inerente à necessidade de realização de tratamento endodôntico é a presença de cárie, sendo os dentes posteriores mais propensos para esta doença, não só pela sua anatomia (presença de fossas e fissuras)⁴⁸, como também por ser uma área desvalorizada na higienização.

Quanto à qualidade da obturação dos canais radiculares, denotou-se que os alunos demonstraram, de um ponto de vista geral, melhores resultados. Verifica-se que os alunos, tendencialmente, apresentam mais subobturações do que sobreobturações e que erros de compactação são os mais prevalentes. Estes resultados são coincidentes com os de outros estudos realizados acerca da qualidade de obturação realizada por alunos.^{17, 49, 50} Quanto à qualidade de obturação de tratamentos endodônticos realizados fora do âmbito da Clínica Universitária, o erro mais visto foi a subobturação dos canais, seguindo-se a fraca densidade de material obturador. É legítimo afirmar que, apesar da falta de experiência dos alunos, as suas obturações revelam melhores resultados do que aquelas realizadas fora do âmbito da Clínica Universitária. Contudo, estes resultados não são idealísticos, sendo necessário o aperfeiçoamento técnico dos alunos, não só quanto à técnica de obturação como na instrumentação dos canais radiculares. A elaboração de um futuro trabalho científico mais abrangente seria relevante. Também

seria interessante analisar, a longo prazo, a presença de possível patologia periapical dos dentes endodonticamente tratados pelos alunos.

Ao longo do ano, o binómio registou 146 atos, sendo que 74 dos quais fui operadora. A área de Prótese Removível foi aquela que apresentou, notoriamente, o maior número de atos. Pode-se justificar este facto, não só pela necessidade de se realizarem o mínimo de 6 consultas, aquando das reabilitações, como também pelo número elevado de pacientes que já apresentam próteses removíveis, sendo as visitas para controlos, acréscimo de dentes, rebasamentos e consertos.

Na área de Medicina Oral, o binómio fez em todas as consultas história clínica, exame clínico e radiográfico, o diagnóstico geral da cavidade oral e delineamento do plano de tratamento, de modo a reencaminhar o paciente para as diferentes áreas. Não realizou qualquer biópsia, sendo as lesões que identificou de origem conhecida e não passíveis para tal procedimento.

Em Cirurgia Oral, como operadora executei um total de 7 atos clínicos, sendo que em 2 consultas fiz a extração simples de múltiplos dentes, fiz 2 extrações com odontosecção e 3 exodontias simples. Como referido, o binómio fez o planeamento de uma cirurgia diferenciada para a exodontia de dois dentes supranumerários inclusos presentes na arcada superior. Um dos dentes apresentava-se entre as raízes dos dentes 1.3 e 1.2, demonstrando uma anatomia semelhante a um pré-molar. O segundo dente incluso também era eumórfico, sendo que a sua anatomia se assemelhava a um incisivo e localizava-se na região do 2.2 e 2.3. Segundo a literatura, acerca da frequência de dentes retidos a taxa de prevalência varia entre os 5,6 e 18,8%^{51, 52}, sendo que os supranumerários retidos apresentam uma prevalência na dentição definitiva que varia entre os 0,1 e os 3,6%⁵³. Também é de importante menção, os dados relativos quanto ao número e à localização. Assim, a presença de dois dentes ocorre em cerca de 12 a 23% dos casos de hiperdontia, sendo que a região anterior é a mais afetada (89-96%), sendo que nas regiões canina, pré-molar e molar a percentagem é inferior aos 5%, respetivamente.⁵³ Este caso era um potencial candidato a uma publicação científica, não só pela raridade, bem como pelo procedimento cirúrgico, que lhe é inerente. Contudo, a cirurgia não foi realizada.

Na área de Periodontologia, verifica-se que a grande parte dos pacientes atendidos apresenta periodontite, sendo, somente, registado um caso de gengivite

induzida por placa. A forma generalizada da doença mais prevalente é a moderada. Estes resultados acabam por refletir alguns dos dados que existem sobre a epidemiologia da doença periodontal. É documentado que a presença da forma moderada na maioria dos adultos.⁵⁴ O único caso de periodontite ulcerativa necrosante aguda do binómio encontra-se descrito na secção da Atividade Científica. Contudo, é importante referir que o diagnóstico desta patologia foi feito, não só pelos sinais e sintomas do paciente, como também pela história clínica mais direcionada. De modo a determinar a etiologia, o paciente teve de descrever se a presença ou não de episódios prévios da patologia, a presença hábitos tabágicos, de stress excessivo, pobre nutrição ou se sofria de doenças que comprometessem o sistema imunitário, sendo estes os fatores etiológicos descritos na literatura.^{55, 56} Este referiu que não era fumador, tinha uma alimentação balanceada e não sofria de stress exagerado. Referiu ainda que o desconforto e sintomatologia presentes eram recorrentes no Outono e no Inverno e não mencionou nenhuma doença crónica. Contudo, em conversa não relacionada com o seu estado de saúde, o paciente demonstrou a predisposição para comportamentos de risco, sendo provável a possível relação desta patologia com doenças infecto-contagiosas, nomeadamente o HIV. No final explicou-se a etiologia da PUNA ao paciente, sendo que foi aconselhada a realização do rastreio de doenças infecto-contagiosas. Numa consulta seguinte, o doente referiu ter feito um hemograma completo, sendo que o médico de família lhe disse que ele tinha as "defesas em baixo". De momento, o doente está a ser acompanhado por outro binómio, mas já é confirmada a presença de HIV. Foi ainda feita uma cirurgia na área de Periodontologia. Realizou-se, uma amputação da radicular da raiz disto-vestibular do dente 1.7. Esta foi realizada de modo a tentar aumentar a longevidade do dente em boca e o protocolo encontra-se na secção dos anexos (Anexo VII). A cirurgia foi realizada pelo Professor Doutor Manuel de Sousa.

No âmbito da Prótese Fixa, foram realizadas consultas de controlo de próteses fixas, consultas de avaliação, urgências e a coroa metalocerâmica do dente 4.6 referida na secção dos casos diferenciados. É de referir que, apesar do binómio ter realizado uma reabilitação, muitos são os alunos que não conseguem atingir este objetivo. Os pacientes da área são escassos, o que pode ser explicado pela situação económica dos doentes, optando estes, preferencialmente, por próteses removíveis, se possíveis, ou até mesmo decidirem por não fazer qualquer reabilitação.

A Oclusão é das unidades clínicas que menos pacientes atende. Este facto pode ser explicado pelo facto dos pacientes serem regidos pela sintomatologia que apresentam. Mesmo apresentando alguma disfunção temporomandibular, se esta não causar sintomatologia ou limitação da função, estes recusam a marcação da consulta. Apesar de serem bastante sensibilizados para a importância da consulta, os doentes não valorizam a sua necessidade.

A Dentisteria Operatória é a segunda área que apresenta mais atividade clínica. Na totalidade foram realizadas 25 consultas, sendo que fui operadora em 12 delas. Este facto pode ser explicado pela elevada incidência de cárie, fraturas dentárias e perda de restaurações prévias. É necessário reconhecer, ainda, que esta área, por vezes, é o último recurso, para alguns pacientes, na tentativa de manter determinados dentes. Em muitos casos, o paciente teria um prognóstico mais favorável se optasse por uma Prótese Fixa. Contudo, as condições socioeconómicas podem não o permitir, sendo que estes até preferem a extração dentária à reabilitação fixa. O caso clínico 1 foi efetuado no âmbito das aulas de Dentisteria Operatória e o caso clínico 2 foi finalizado nesta mesma unidade clínica.

Na Endodontia, quando o aluno não tem doente vai para o pré-clínico, sendo que faz simulação do tratamento endodôntico em dentes molares, previamente extraídos. Também na área cada binómio faz a apresentação de um caso clínico. Estas duas atividades visam, não só a melhoria das qualidades técnicas do aluno, como também a consolidação de conhecimentos teóricos. Foram executadas pelo binómio um total de 17 consultas, sendo que realizei o tratamento de um canino superior em 2 sessões e de um 1º molar inferior em 4 sessões.

A Odontopediatria é também uma das áreas que possui menor número de atos clínicos, sendo que realizei 2 ao longo do ano. Uma vez que a procura é baixa, os alunos só conseguem atingir o objetivo de um ato por semestre. Ainda assim, na componente prática existe um parâmetro que avalia o conhecimento teórico. No 1º semestre esta avaliação adicional foi realizada a partir de uma frequência, sendo que no 2º semestre todos os alunos tiveram de apresentar em grupo um tema da área Odontopediatria, sendo que o objetivo primordial era adicionar novos conhecimentos aos discentes.

No âmbito da área da Ortodontia, o binómio só realizou atos no 1º semestre. Na sua componente clínica o aluno tem de saber delinear um correto diagnóstico, e

determinar a necessidade ou não de tratamento preventivo, intercetivo ou corretivo na criança, com recurso a aparelhos removíveis. Deve fazer a interpretação das análises de modelos de Bolton, Moyers e da disfunção dento-maxilar, como também fazer corretamente o traçado cefalométrico e análise de Ricketts, sendo estes meios adicionais de diagnóstico, aperfeiçoados ao longo do curso. No final do percurso académico, pretende-se que o aluno saiba distinguir a presença ou não da necessidade de execução de tratamento ortodôntico em crianças, aproveitando o seu ainda presente potencial de crescimento, evitando a realização de tratamentos posteriores, os quais incluem a cirurgia ortognática. Na grande maioria dos estudos efetuados, há a referência à indispensabilidade do tratamento precoce.⁵⁷⁻⁵⁹

7.1 - Discussão do prognóstico dos casos clínicos diferenciados

Relativamente ao primeiro caso clínico, podia ainda se ter optado pela colocação de um espigão de fibra de vidro, como meio adicional de retenção, sendo que o desgaste da cúspide vestibular poderia não ser realizado. Apesar disto, optou-se por não aplicar esta terapêutica, uma vez que já foi comprovada a equivalente eficácia das técnicas, quanto à resistência à fratura.⁶⁰ Tendo em conta o curso do tratamento, os objetivos previamente impostos foram atingidos. Verificou-se, através do exame clínico e radiográfico, que a restauração apresentava uma boa adaptação e estabilidade e era satisfatória em termos estéticos. Contudo, é necessário ter em consideração que se tratava de um dente endodonticamente tratado já com algum grau de destruição. A realização do recobrimento da cúspide vestibular foi realizada na tentativa de reforço da estrutura dentária. O prognóstico parece ser favorável, visto que as metas terapêuticas impostas foram conseguidas. Em relação à durabilidade e longevidade desta restauração esta é incerta, pois depende da possibilidade de fratura ou presença de cárie secundária.

No 2º caso clínico foi realizado o alongamento coronário cirúrgico do remanescente dentário. Este foi feito de maneira a que a parede mesial do dente que se encontrava infra-gengival ficasse numa posição supra-gengival. Fundamentalmente, este procedimento cirúrgico é realizado para atingir o espaço suficiente para a preparação do dente que irá albergar a coroa total e o procedimento permite o restabelecimento do espaço biológico.⁶¹ Este procedimento cirúrgico é necessário ser

realizado, de forma a que o seu resultado cirúrgico não possibilite o deterioramento do periodonto e futura exposição de furca. Assim sendo, é necessário avaliar a distância crítica à furca, sendo calculada a partir da distância entre a entrada da furca à margem do dente. Num estudo retrospectivo de Diabart et al⁶² é descrito que o aumento coronário encontra-se relacionado com o desenvolvimento de envolvimento de furca, após a colocação de uma coroa total, quando a distância crítica até à furca é inferior a 4 mm. Radiograficamente, é possível verificar que esse limite se encontra respeitado. Face a isto e visto que no final a coroa se apresentava bem adaptada o prognóstico do caso é bastante favorável.

O último caso clínico, de um ponto de vista de tratamento minimamente invasivo, foi um insucesso. A tentativa de proteção pulpar direta com Biodentine™, não teve o efeito desejado, sendo que o tratamento deste dente já se encontra destinado ou à área de Endodontia ou à de Cirurgia.

CONCLUSÃO

8 - CONCLUSÃO

A elaboração do Relatório de Atividade Clínica permite ao aluno desenvolver o seu julgamento, em relação à prática clínica realizada ao longo do último ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. A representação da amostra avaliada neste trabalho, permite, através da exposição dos atos executados, a reflexão acerca de determinadas decisões terapêuticas tomadas, bem como os diferentes cursos de tratamento que determinados casos poderiam ter assumido.

Ao acabar o curso, o aluno deve reconhecer que é um profissional de saúde que deve trabalhar segundo o conhecimento que possui, após a sua formação de 5 anos, sendo que detém responsabilidades profissionais, legais e éticas muito bem demarcadas, para com a população a quem faz a prestação de cuidados, bem como para a profissão que representa. Contudo, este não deve desfasar o facto da constante evolução do universo da Medicina Dentária, mantendo-se sempre atualizado sobre o estado da arte, tornando tanto o seu conhecimento como prática clínica o mais benéfico para o paciente.

Acima de tudo, considero que o clínico deve estar ciente tanto das suas capacidades, como também das suas limitações. É fulcral que este apresente o bom senso clínico para encarar as possíveis adversidades inerentes à falta de uma vasta experiência clínica.

Vejo o início da minha futura carreira como médica dentista com a consciência de que tive uma formação de excelência. Contudo, a atual situação económica do país vai tornar a minha integração no mercado de trabalho, possivelmente, tumultuosa. É necessário encarar esta nova etapa com um espírito audaz, não desvalorizando a modéstia e o profissionalismo que o clínico deve possuir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Dental Association. Glossary of Dental Clinical and Administrative Terms [cited 2015, 2 May]. Available from: <http://www.ada.org/en/publications/cdt/glossary-of-dental-clinical-and-administrative-ter>.
2. Dentistas OdM. 92% dos portugueses consideram que um sorriso bonito é muito importante 2015 [cited 2015, 2 May]. Available from: <http://www.ondm.pt/noticias/2015/04/dia-mundial-sorriso>.
3. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9):644-.
4. American Academy of Oral Medicine. AAOM: Representing the Discipline of Oral Medicine 2015. Available from: <http://www.aaom.com/index.php?view=article&catid=20:site-content&id=71:home&format=pdf>.
5. Greenberg MS, Glick M. *Burket's oral medicine: diagnosis and treatment*. 10th ed: Philadelphia; 2003.
6. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Contemporary oral and maxillofacial surgery*: Mosby St Louis, MO; 1998.
7. Carranza FA. *Carranza Periodontia Clínica*. Tradução de Rodrigo Melo Nascimento et al. 2004;10.
8. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. *Contemporary fixed prosthodontics*: Elsevier Health Sciences; 2006.
9. Shillingburg HT, Sather DA, Stone SE. *Fundamentals of fixed prosthodontics*: Quintessence Pub.; 2012.
10. Prosthodontics TAO. The Glossary of Prosthodontic Terms. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2005;94(1):10-92.
11. Okeson JP. *Management of temporomandibular disorders and occlusion*. 6th ed: Elsevier Health Sciences; 2008.
12. Fouad A, Torabinejad M, Walton RE. *Endodontics: principles and practice*: Elsevier Health Sciences; 2008.
13. Hess W, Zürcher E, Dolamore WH. *The anatomy of the root-canals of the teeth of the permanent dentition*: J. Bale, sons & Danielsson, ltd.; 1925.
14. Dentistry AAO. Definitions and scope of pediatric dentistry 2013. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/Intro1.pdf.
15. Canut JA. *Ortodoncia clínica*. Barcelona: Mason. 1992.
16. Henriques ACRN. *Qualidade dos tratamentos endodônticos efetuados na clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa: anos letivos de 2009/2010 e 2010/2011*. 2014.
17. Barrieshi-Nusair K, Al-Omari M, Al-Hiyasat A. Radiographic technical quality of root canal treatment performed by dental students at the Dental Teaching Center in Jordan. *Journal of dentistry*. 2004;32(4):301-7.
18. Hansen EK, Asmussen E, Christiansen NC. In vivo fractures of endodontically treated posterior teeth restored with amalgam. *Dental Traumatology*. 1990;6(2):49-55.
19. Hansen EK, Asmussen E. In vivo fractures of endodontically treated posterior teeth restored with enamel-bonded resin. *Dental Traumatology*. 1990;6(5):218-25.
20. Shafiei F, Memarpour M, Doozandeh M. Three-year clinical evaluation of cuspal coverage with combined composite-amalgam in endodontically-treated maxillary premolars. *Operative dentistry*. 2010;35(6):599-604.

21. Mondelli RFL, Ishikiriama SK, Oliveira Filho Od, Mondelli J. Fracture resistance of weakened teeth restored with condensable resin with and without cusp coverage. *Journal of Applied Oral Science*. 2009;17(3):161-5.
22. Mondelli R, Barbosa W, Mondelli J, Franco E, Carvalho R. Fracture strength of weakened human premolars restored with amalgam with and without cusp coverage. *American journal of dentistry*. 1998;11(4):181-4.
23. Hilton TJ. Keys to clinical success with pulp capping: a review of the literature. *Operative dentistry*. 2009;34(5):615.
24. Baume L, Holz J. Long term clinical assessment of direct pulp capping. *International dental journal*. 1981;31(4):251-60.
25. Mente J, Geletneky B, Ohle M, Koch MJ, Ding PGF, Wolff D, et al. Mineral trioxide aggregate or calcium hydroxide direct pulp capping: an analysis of the clinical treatment outcome. *Journal of endodontics*. 2010;36(5):806-13.
26. Cox C, Sübay R, Ostro E, Suzuki S, Suzuki S. Tunnel defects in dentin bridges: their formation following direct pulp capping. *Operative Dentistry*. 1995;21(1):4-11.
27. Cox CF, Tarim B, Kopel H, Gürel G, Hafez A. Technique sensitivity: biological factors contributing to clinical success with various restorative materials. *Advances in dental research*. 2001;15(1):85-90.
28. Bogen G, Chandler NP. Pulp preservation in immature permanent teeth. *Endodontic Topics*. 2010;23(1):131-52.
29. Gandolfi M, Taddei P, Siboni F, Modena E, Ginebra M, Prati C. Fluoride-containing nanoporous calcium-silicate MTA cements for endodontics and oral surgery: early fluorapatite formation in a phosphate-containing solution. *International endodontic journal*. 2011;44(10):938-49.
30. Torabinejad M, Chivian N. Clinical applications of mineral trioxide aggregate. *Journal of endodontics*. 1999;25(3):197-205.
31. FORD TRP, Torabinejad M, ABEDI HR, BAKLAND LK, KARIYAWASAM SP. Using mineral trioxide aggregate as a pulp-capping material. *The Journal of the American Dental Association*. 1996;127(10):1491-4.
32. Min K-S, Park H-J, Lee S-K, Park S-H, Hong C-U, Kim H-W, et al. Effect of mineral trioxide aggregate on dentin bridge formation and expression of dentin sialoprotein and heme oxygenase-1 in human dental pulp. *Journal of endodontics*. 2008;34(6):666-70.
33. Eskandarizadeh A, Shahpasandzadeh MH, Shahpasandzadeh M, Torabi M, Pariookh M. A comparative study on dental pulp response to calcium hydroxide, white and grey mineral trioxide aggregate as pulp capping agents. *Journal of conservative dentistry: JCD*. 2011;14(4):351.
34. Pariookh M, Torabinejad M. Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review—part I: chemical, physical, and antibacterial properties. *Journal of endodontics*. 2010;36(1):16-27.
35. Camilleri J, Grech L, Galea K, Keir D, Fenech M, Formosa L, et al. Porosity and root dentine to material interface assessment of calcium silicate-based root-end filling materials. *Clinical oral investigations*. 2014;18(5):1437-46.
36. Laurent P, Camps J, About I. Biodentine™ induces TGF-β1 release from human pulp cells and early dental pulp mineralization. *International endodontic journal*. 2012;45(5):439-48.
37. Tran X, Gorin C, Willig C, Baroukh B, Pellat B, Decup F, et al. Effect of a calcium-silicate-based restorative cement on pulp repair. *Journal of dental research*. 2012;0022034512460833.

38. Nowicka A, Lipski M, Parafiniuk M, Sporniak-Tutak K, Lichota D, Kosierkiewicz A, et al. Response of human dental pulp capped with biodentine and mineral trioxide aggregate. *Journal of endodontics*. 2013;39(6):743-7.
39. Jong KJ, Oosting J, Abraham-Inpijn L. Medical risk classification of dental patients in the Netherlands. *Journal of public health dentistry*. 1993;53(4):219-22.
40. Wolters U, Wolf T, Stützer H, Schröder T. ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome. *British journal of anaesthesia*. 1996;77(2):217-22.
41. Uva MS, Victorino P, Roquette R, Machado A, Dias CM. Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa—uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2014;33(7):451-63.
42. (WHO) WHO. Global Health Observatory (GHO) data 2015 [cited 2015 1 June]. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/.
43. Diabetologia SPd. Diabetes: Factos e Números 2014 [cited 2015 1 June]. Available from: <http://www.spd.pt/index.php/observatorio-mainmenu-330>.
44. Mental D-GdSD-PNpaS. Portugal: Saúde Mental em números – 2014. 2014:1-104.
45. Wayman BE, Patten JA, Dazey SE. Relative frequency of teeth needing endodontic treatment in 3350 consecutive endodontic patients. *Journal of endodontics*. 1994;20(8):399-401.
46. Kirkevang LL, Hörsted-Bindslev P, Ørstavik D, Wenzel A. Frequency and distribution of endodontically treated teeth and apical periodontitis in an urban Danish population. *International Endodontic Journal*. 2001;34(3):198-205.
47. Ahmed H, Rahman M. Frequency and distribution of endodontically treated teeth. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2009;19(10):605.
48. Kidd ES, B; Watson, T. *Pickard's manual of operative dentistry*. 8th ed: Oxford university press; 2003.
49. Er O, Sagsen B, Maden M, Cinar S, Kahraman Y. Radiographic technical quality of root fillings performed by dental students in Turkey. *International endodontic journal*. 2006;39(11):867-72.
50. Moussa-Badran S, Roy B, Bessart du Parc A, Bruyant M, Lefevre B, Maurin J. Technical quality of root fillings performed by dental students at the dental teaching centre in Reims, France. *International endodontic journal*. 2008;41(8):679-84.
51. Kramer RM, Williams AC. The incidence of impacted teeth: a survey at Harlem Hospital. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1970;29(2):237-41.
52. Grover PS, Lorton L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1985;59(4):420-5.
53. Proff P, Fanghänel J, Allegrini S, Bayerlein T, Gedrange T. Problems of supernumerary teeth, hyperdontia or dentes supernumerarii. *Annals of Anatomy-Anatomischer Anzeiger*. 2006;188(2):163-9.
54. Merchant AT, Oranbandid S, Jethwani M, Choi Y-H, Morrato EH, Pitiphat W, et al. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. *J periodontol*. 2005;76:1406-19.
55. Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Annals of Periodontology*. 1999;4(1):74-7.
56. Horning GM, Cohen ME. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. *Journal of Periodontology*. 1995;66(11):990-8.

57. Kuroi J, Berglund L. Longitudinal study and cost-benefit analysis of the effect of early treatment of posterior cross-bites in the primary dentition. *The European Journal of Orthodontics*. 1992;14(3):173-9.
58. Campbell PM. The dilemma of Class III treatment: early or late? *The Angle orthodontist*. 1983;53(3):175-91.
59. Wheeler TT, McGorray SP, Dolce C, Taylor MG, King GJ. Effectiveness of early treatment of Class II malocclusion. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2002;121(1):9-17.
60. Scotti N, Scansetti M, Rota R, Pera F, Pasqualini D, Berutti E. The effect of the post length and cusp coverage on the cycling and static load of endodontically treated maxillary premolars. *Clinical oral investigations*. 2011;15(6):923-9.
61. Park J-B. Restoration of the severely decayed tooth using crown lengthening with simultaneous tooth-preparation. *European journal of dentistry*. 2010;4(2):197.
62. Dibart S, Capri D, Kachouh I, Dyke TV, Nunn ME. Crown lengthening in mandibular molars: a 5-year retrospective radiographic analysis. *Journal of periodontology*. 2003;74(6):815-21.

ANEXOS

10 - ANEXOS

Anexo I - História Clínica

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA

Relatório Médico

1. ANAMNESE (História Clínica)

1.1. Motivo da Consulta

1.2. História da Doença Actual

Data (aproximada) do início dos sintomas:

Localização:

Irradiação:

Duração (min, horas, dias):

Intensidade:

Fraca Moderada Forte Muito Forte

Frequência:

Modo:

Súbito Lento Insidioso Por Surtos

Evolução:

Aguda Crónica Recidivante

Outros Sintomas:

1.3. ANTECEDENTES

1.3.1. PESSOAS GERAIS

Visita regularmente algum médico? Sim Não

Porque razão?

Fez análises pela última vez em que data?

Foram detectados valores anormais?

Não

Sim

Indique quais:

Está a tomar algum medicamento (incluindo anticoncepcionais)?

Não

Sim

Indique quais:

Senhoras, diga se está grávida:

Não

Sim

Quantos meses:

Em:

Tem problemas cardíacos? Sim Não

Quais?

Tem tensão alta? Sim Não

Qual o valor da última vez que mediu?

Min: Máx:

Em:

Sofre de Diabetes? Sim Não

Se Sim, qual o tipo?

Tem doenças de sangue? Sim Não

Anemia

Hemofilia

Outras

Quando sofre um corte, sangra durante muito tempo ou demora a cicatrizar? Não Sim

Faz (pisaduras) hematomas com facilidade? Não Sim

Costuma sangrar pelo nariz, espontaneamente (epistaxis)? Não Sim

Tem alguma doença infecto-contagiosa? Não Sim

Se Sim, qual o tipo?

Hepatite Tuberculose VIH Sífilis Outra

Tipo

Tem doenças de fígado? Sim Não

Quais?

Tem problemas de estômago? Sim Não

1.3.2. PESSOAS DENTÁRIOS

1.3.3. FAMILIARES E DENTÁRIOS

2. EXAME CLÍNICO

2.1. Extra-Oral

Face:	<input type="text"/>	Adenopatias:	<input type="text"/>
Cicatrizes:	<input type="text"/>	Edemas:	<input type="text"/>
Tumefacções:	<input type="text"/>	Assimetrias:	<input type="text"/>
		Outros:	<input type="text"/>

2.2. Intra-Oral

Lábios:	<input type="text"/>	Pavimento da Boca:	<input type="text"/>
Língua:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Direita:	<input type="text"/>
Palato Duro:	<input type="text"/>	Reg. Jugal Esquerda:	<input type="text"/>
Palato Mole:	<input type="text"/>	Gengivas:	<input type="text"/>
Vestibulos e Freios:	<input type="text"/>	Prótese:	<input type="text"/>
		Higiene Oral:	<input type="text"/>

ATM

Sintomatologia:

Abertura da Boca:

Classe de Angle:

Higiene Oral:

GLÂNDULAS

Parótidas:

Submaxilares:

Sublinguais:

Menores:

Ductos Excretórios (Stenon, Wharton):

Saliva:

Anexo II - Ficha de Risco

Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH) Nível de Risco: **0**

Data:

Código:

Nome:

Sexo:

Idade:

Tipo Actividade:

Estudante Desempregado
 Trabalhador Reformado por limite de idade
 Doméstica Reformado por invalidez

Nível de Estudos:

Básico (até ao 9º ano, inclusivé)
 Médio
 Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)

Resumo:

Pergunta	Nível

Classificação:

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

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

Preenchimento da Ficha de Avaliação de Risco (EMRRH) Nível de Risco: **0**

Questionário:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Questionário:

Resposta:

5. Sofre de insuficiência cardíaca?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Sente falta de ar em decúbito dorsal (deitado de costas para baixo)?
- b) Precisa de dois ou mais travesseiros nocturnos devido a insuficiência respiratória?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

6. Tem ou já teve hipertensão?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Escreva os valores da última tensão arterial:

Máximo:

Mínimo:

7. Tem tendência para a hemorragia?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Já teve alguma hemorragia que durasse mais de uma hora após uma cirurgia ou ferida?
- b) Já lhe apareceu alguma contusão espontânea?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

8. Sofre de epilepsia?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Sente que está a piorar?
- b) Continua a ter ataques apesar da medicação?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

9. Sofre de asma?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Toma medicamentos e/ou usa inaladores?
- b) Apresenta dificuldades respiratórias actualmente?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

10. Tem outros problemas respiratórios ou tosse persistente?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Tem dificuldade respiratória depois de subir 20 degraus?
- b) Tem dificuldade respiratória ao despir-se?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

11. Já teve alguma reacção alérgica à penicilina, aspirina, látex, material dentário ou outro qualquer?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Isto exigiu tratamento médico ou hospitalar?
- b) Ocorreu durante a visita ao médico dentista?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

12. Sofre de diabetes?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Toma insulina?
- b) A sua diabetes está descontrolada actualmente?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

13. Sofre de doença da tiróide?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) A sua tiróide está hipoactiva?
- b) A sua tiróide está hiperactiva?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

14. Sofre, ou já sofreu de alguma doença hepática?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

15. Sofre de alguma doença renal?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Já fez diálise?
- b) Já fez transplante renal?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

16. Já sofreu de cancro ou leucemia?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Qual é a sua doença?

- b) Já fez medicação ou transplante de medula óssea para o seu tratamento? Qual a medicação?

- c) Já fez radioterapia para um tumor ou problema na cabeça ou pescoço?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

17. Sofre de hiperventilação?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

18. Já desmaiou durante algum tratamento médico ou dentário?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Questionário:

Resposta:

19. Está a tomar medicamentos prescritos?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Se respondeu SIM, responda às questões seguintes:

- a) Por alguma razão ou motivo?
- b) Por queixa cardíaca?
- c) Anticoagulantes?
- d) Hipertensão?
- e) Aspirina?
- f) Por alergia?
- g) Por diabetes?
- h) Prednisona, corticosteroides (sistémico ou tópico)?
- i) Medicamentos contra a rejeição de implantes?
- j) Medicamentos contra doenças reumáticas, intestinais e pele?
- m) Contra cancro ou doença sanguínea?
- n) Penicilina, antibióticos ou antimicrobianos?
- o) Para desordens do sono, depressão e ansiedade?
- p) Outras medicações?

- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU
- SIM NÃO NÃO RESPONDEU

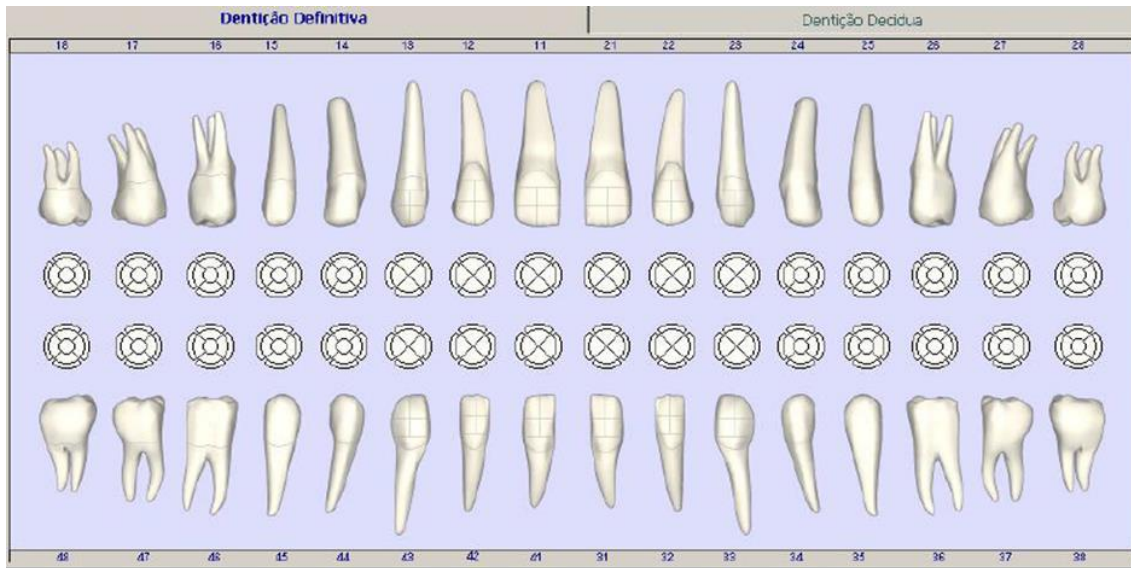
20. Tem que tomar algum antibiótico antes do tratamento dentário?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

21. Somente mulheres, está grávida?

SIM NÃO NÃO RESPONDEU

Anexo III - Odontograma





Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda: a propósito de um caso clínico

Branco, Ana Sofia*¹; Ermida, Edgar*²; Rei, Stefanie*³

* Docente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa

3

Introdução

A Periodontite ulcerativa necrosante aguda (PUNA) define-se como uma patologia inflamatória destrutiva caracterizada por perda óssea interproximal, alçada e destruição periodontal rápida, necrose dos tecidos gengivais e sangramento espontâneo associado a dor.

A sua peculiaridade perante outras doenças periodontais é:



Factores de Risco: Jovens adultos, imunossupressão, hábitos tabágicos, deficiente higiene oral, episdódios anteriores de GUNA ou stress psicológico.

Descrição do caso clínico

Paciente masculino, 46 anos, apresentou-se na Clínica UCP na área de Periodontologia por sintomatologia dolorosa na zona do 5º sextante. Referiu sintomas, como a halitose, inflamação e ulceração da mucosa, crises na zona papilar, em períodos sazonais (Outono). Ainda referiu, um episódio de amigdalite na semana anterior à consulta com toma de antibiótico, o que pode justificar a fase refractária da doença. Assim, o diagnóstico teve como base a história clínica detalhada, incluindo hábitos nutricionais e de saúde, e o exame clínico pela presença de papilas invertidas e perda de attachment. Radiograficamente, existe perda óssea evidenciada na zona dos incisivos e na zona dos molares. Determinando-se uma Periodontite ulcerativa necrosante aguda, estabeleceu-se que o tratamento inicial teria como objectivo controlar a evolução da enfermidade e a sintomatologia associada ao quadro agudo.



Fig. 1: Ortopantomografia do paciente.

Tratamento: iniciou-se um desbridamento suave, realização de fase higiénica com consequentes instruções de higiene oral e prescrição de analgésicos e bochechos antibacterianos. Controlos futuros visarão controlar a evolução da patologia.





Fig. 2: Fotografia intra-oral: A - Direita; B - Frontal; C - Esquerda

Conclusão

- Tendo em conta os factores de risco, importante excluir a possibilidade de comprometimento imunológico, tendo em conta estudos em populações imunocomprometidas mostram prevalências desta patologia entre 1 a 23%.
- Prognóstico favorável se o paciente demonstrar cooperação segundo o plano de tratamento estabelecido.
- Controlos sazonais são obrigatórios para diminuição das consequências desta patologia.
- Em suma, a compliance do paciente evidenciará uma maior ou menor perda de função estomatognáticas.

Referências bibliográficas

- ✓ Newman, Takai, Carranza. Periodontologia Clínica. 9na Edição. Editorial Interamericana
- ✓ Todexan, Sylvia. Managing Patients With Necrotizing Ulcerative Periodontitis. J Can Dent Assoc 2013;79:d44
- ✓ Bernajo-Fanoli A, Sánchez-Pérez A. Enfermedades periodontales necrosantes. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9(Suppl):S106-10.



Fig. 3: Zona do 3º Quadrante

Anexo V - Publicação Científica II (Póster)



Casos Clínicos de Disfunção Temporomandibular em Crianças e Jovens



Rei, Stefanie*; Branco, Ana Sofia*; Castanheira, Patrícia*; Filipe, Ana Rita*

* Estudante Finalista do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa

Introdução

A articulação temporomandibular (ATM) é a zona onde a mandíbula se articula com o crânio. Fazendo parte do sistema estomatognático, a sua função e estabilidade regem a mastigação, deglutição e fonação, envolvendo a postura mandibular. Alterações da sua fisiologia, desencadeiam um conjunto de condições articulares e musculares deficitárias na região crânio-orofacial, sendo designadas de disfunções temporomandibulares. Etiologia de caráter multifatorial que desencadeia sinais e sintomas como dores musculares e na região da ATM, cefaleias, algia, limitação funcional, zumbido, entre outros. Os fatores de risco predominantes são a hereditariedade, trauma, oclusão inadequada e parafunções que ocorrem na infância.

Diversos estudos indicam uma prevalência de sinais e sintomas (35-72%), em crianças e jovens. Sendo importante o estudo desta patologia crescente que pode estar associada com problemas de crescimento e desenvolvimento.

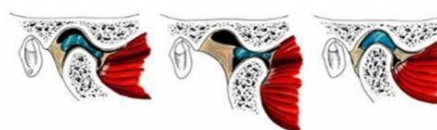


Imagem 1: Articulação temporomandibular (ATM)

Descrição Clínica

Compareceram na Clínica da Universidade Católica Portuguesa, na área de Oclusão, um conjunto de 6 pacientes entre os 8-18 anos, de ambos os sexos. Estes foram submetidos a uma anamnese detalhada, um exame clínico intra e extra-oral (imagem 2) e alguns exames complementares de diagnóstico (imagem 3). Os pacientes apresentavam diferentes sintomatologias no decorrer das consultas (imagem 4).

A terapêutica aplicada depreendeu uma goteira de relaxamento muscular (imagem 5).

Controlos periódicos foram realizados com alguma remissão dos sintomas.



Imagem 4: Sintomatologia



Imagem 3: Ortopantomografia de um paciente de 16 anos



Imagem 2: Exame clínico extra-oral



Imagem 5: Fotografia frontal com goteira de relaxamento muscular

Conclusão

- Sinais e sintomas, como estalidos e cefaleias, apresentam uma maior prevalência nesta amostra de crianças e jovens;
- Devido ao aumento da prevalência da patologia em estudo, depreende-se a inclusão do exame clínico como rotina na consulta de medicina dentária;
- As disfunções temporomandibulares diagnosticadas precocemente evitam morbidade na fase adulta.

Referências Bibliográficas

1. Moresca, Ricardo; Urias, Dayse. Estudo Epidemiológico dos Ruídos da ATM em Adultos Jovens Sul-Brasileiros, *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial* - Ano 1 - v.1 - n. 2 - Abr./Jun. 2001
2. Requião, Fabiana; Macêdo, Candice. Prevalência de cefaleia em pacientes portadores de disfunção temporomandibular. *R. Ci. méd. biol.*, Salvador, v.7, n.3, p. 220-227, set./dez. 2008
3. Bonjardim LR, Gavião MBD, Pereira LJ, Castelo PM, Garcia RCMR. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. *Braz Oral Res* 2005;19(2):93-8.
4. Ortega, Adriana; Guimarães, Antônio. Fatores de risco para disfunção temporomandibular e dor orofacial na infância e na adolescência. *Rev assoc paul cir dent* 2013;67(1):14-7
5. Marina Fernandes de Sena et al. Prevalência de disfunção temporomandibular em crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 2013;31(4):538-45.
6. SANTOS, E. C. A.; BERTOZ, F. A.; PIGNATTA, L. M. B.; ARANTES, F. M. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. Maringá, v. 11, n. 2, p. 29-34, mar./abril 2006

Anexo VI - Publicação Científica III (Póster)



Avaliação da capacidade de limpeza do terço Apical pelo sistema Protaper Next

Branco, Ana Sofia^{*}; Cardoso, Miguel^{}; Noites, Rita^{**}**

^{*} Docente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa
^{**} Docente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa



Introdução

A biomecânica canalar é considerada como uma das etapas mais importantes do tratamento endodôntico, porém, permanece como um dos estágios de Endodontia que detém maiores dificuldades. Ao longo das décadas, foram desenvolvidas uma grande variedade de lixas que potenciam e facilitam o preparo canalar, visando o sucesso do tratamento endodôntico. A descoberta clínica na endodontia foi progredindo de uma longa série de lixas manuais de aço inoxidável e de lixas Gates Glidden robóticas para integrar lixas de níquel-titânio (NiTi). Em 2013, foi introduzido o sistema Protaper Next®, cujas características categorizam o sistema na quinta geração de instrumentos NiTi. É constituído por 5 lixas (X1, X2, X3, X4 e X5) e, segundo as guidelines gerais, há uma redução no número de instrumentos necessários para o preparo canalar. É descrito que, na maioria dos casos, só serão necessárias as lixas PTN X1 e X2. Dado ao seu recente lançamento, ainda não existem muitos estudos. Desta modo, este estudo propõe-se a avaliar a capacidade de limpeza do terço apical pelo sistema Protaper Next®, comparando-o com o Protaper® Universal com recurso a análise em microscopia electrónica de varrimento (MEV). Também se propõe a comparar a capacidade de limpeza dos instrumentos dos dois sistemas após um diferente número de utilizações.

Materiais e Métodos

Foram seleccionados 48 dentes monocranerais (Incisivos maxilares, pré-molares e caninos mandibulares), com raízes rectas e comprimento semelhante. Dentes com tratamento endodôntico prévio, canais extremamente calcificados, curvas de raíz e com canais com curvaturas foram excluídos. Todo o tecido mole ou cálculo da superfície radicular foi removido mecanicamente. A coroa de cada dente foi removida ao nível da junção amelocementária, de modo a obter-se raízes de aproximadamente 12mm de comprimento. Duas ranhuras longitudinais foram preparadas nas raízes nas faces palatina/lingual e face vestibular com um disco montado em peça de mão para facilitar a secção vertical com um chisel, após a instrumentação. Os dentes foram aleatoriamente numerados e divididos em 4 grupos:

Sistemas	Número de Utilizações	
	3x	6x
Protaper Next®	Grupo A = 12 dentes	Grupo C = 12 dentes
Protaper® Universal	Grupo B = 12 dentes	Grupo D = 12 dentes

O terço apical dos canais previamente preparados será avaliado com MEV. A parede de cada canal será analisada, a partir de 4 parâmetros smear layer, dentina pulpar, dentina inorgânica da dentina e perfil da superfície.



Fig 1 – Fotografias de preparação de amostras pré-instrumentação: A – Secção da coroa pela linha amelocementária; B – Ranhura com disco (linha longitudinal); C – Ranhura com disco (linha transversal)

Expectativas e Relevância Científica

- O sistema Protaper® Universal é utilizado num extenso número de estudos.
- Sendo o sistema Protaper Next®, relativamente recente, ainda não existe um número vasto de estudos. De um ponto de vista científico, acaba por ser um trabalho com potencialidade e com possível creditação, não só pelo aspecto previamente referido, como também pela análise das amostras, que poderá ser efectuada com microscopia electrónica de varrimento.
- É expectável que o sistema Protaper Next® apresente melhores resultados, quanto à capacidade de limpeza. Prevê-se que haja alterações de eficácia de limpeza quando o número de utilizações se for de maior ordem.
- De um ponto de vista geral, este estudo integrará mais um dado científico para o sistema Protaper Next®.

Referências bibliográficas

- Brewer GG. The importance of chemomechanical preparation of the root canal. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1985;60(5):663-7.
- Hassman M, Peters CA, Dunbar PM. Mechanical preparation of root canals: shaping goals, techniques and risks. *Endodontic topics*. 2005;10(1):30-76.
- Hong GR, Parkash P, Meuser HH. The principles of techniques for cleaning root canals. *Australian dental journal*. 2007 Mar;52(1 Suppl):62-63. PubMed PMID: 17568862.
- Ruddle CJ, Mochous P, West JD. The Shaping Movement 5th Generation Technology. *Dentistry today*. 2013.
- Camibelli G. Advantages And Disadvantages Of New Torque-Controlled Endodontic Motors And Low-Torque NiTi Rotary Instrumentation. *Australian Endodontic Journal*.

Anexo VII - Protocolo de Amputação Radicular

PROTOCOLO

1. Anti-sepsia local com bochecho de solução de clorexidina
2. Anestesia por bloqueio regional do nervo palatino maior e Bloqueio do nervo alveolar superior posterior.
3. Retalho mucoperiosteó até mesial do dente 17. Rebatimento do retalho total pode ser necessário por vestibular e lingual do dente em questão. Este retalho deve fornecer adequada visualização e acesso dos instrumentos durante o procedimento, minimizando trauma aos tecidos.
4. Desbridamento da raiz
5. Recessão da Raiz palatina deve ser iniciada com a exposição da furca.
 - a. Remoção de pequena quantidade de osso alveolar vestibular ou palatino
 - b. Secção oblíqua é efetuada na raiz a ser removida, iniciada ligeiramente abaixo da junção amelocementaria até à zona de furca.
 - c. Corte efetuado com instrumento de alta rotação, equipado com broca fissurada de odontosecção.
 - d. A colocação de uma sonda de Nabers através da furca poderá orientar na orientação do ângulo de corte.
 - e. Como se trata de um dente com vitalidade, um corte mais horizontal poderá ser aconselhado, pois um corte oblíquo tem tendência a expor maior quantidade de polpa radicular, o que poderá originar em sensibilidade pós-operatória com maior exacerbação.
6. Elevação da raiz do alvéolo com recurso a sindesmótomo, alavanca e ou boticão, e remoção da mesma
7. Selamento da zona da raiz removida com IRM
8. Desbridamento da furca do dente com instrumentos manuais, ultrassons ou de rotação e realização de odontoplastia para moldar o dente, removendo qualquer irregularidade deixada pela secção da raiz (previne retenção de placa)
9. Raspagem e alisamento das superfícies supra-ósseas e reposicionamento do retalho com sutura com fio não reabsorvível
10. Colocação de gaze em pressão com soro fisiológico durante vários minutos
11. Reencaminhar paciente para endodontia

