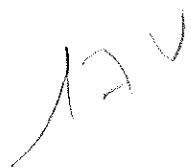


Marisa Galvão Rodrigues



**Dificuldades, Erros e Negligência  
na prática da Medicina Dentária**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009



Marisa Galvão Rodrigues

**Dificuldades, Erros e Negligência  
na prática da Medicina Dentária**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Marisa Galvão Rodrigues

**Dificuldades, Erros e Negligência  
na prática da Medicina Dentária**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

MARISA GALVÃO RODRIGUES

**Monografia apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para a obtenção do grau de  
Licenciatura em Medicina Dentária.**

Porto, 2009

## Sumário

Abordando as áreas da Medicina Dentária Generalista, pretendeu-se realizar um estudo transversal, tentando perceber em que áreas os Médicos Dentistas e Médicos Estomatologistas se sentem menos preparados, quais as dificuldades e/ou erros mais comuns assumidos, se é feita uma actualização contínua do conhecimento e de formação e quais os aspectos de natureza científica e profissional em que é fulcral melhorar para otimizar a qualidade dos serviços prestados.

Nesta investigação foram incluídos 100 Médicos Dentistas ou Estomatologistas que responderam a um questionário constituído por 49 perguntas, onde são abordados assuntos relativos à história clínica do paciente, a medidas de protecção no consultório dentário, e a áreas específicas da Medicina Dentária, designadamente de Dentística, de Periodontia, de Endodontia, de Cirurgia e de Prótese.

Desse levantamento, algumas dificuldades, erros e situações de negligência foram verificadas na prestação dos serviços e postura dos profissionais de MD. Depois de comparados os resultados dos participantes formados em 3 Universidades distintas, poucas diferenças estatisticamente significativas há a registar.

## Abstract

The accomplishment of this transversal study intends to cover the areas of Generalist Dentistry, trying to understand the areas that are less prepared by Dentists and Stomatologists, the difficulties and/or errors alleged as most common, the continuous update of knowledge and training and which aspects, of scientific and professional nature, are the most important to improve and optimize the quality of services offered.

100 Dentists and Stomatologists were included in this investigation that responded to a questionnaire constituted by 49 questions, involving subjects related to the historical clinic of the patient, protection measures in the dental office, and other details in the some areas of Dentistry, as Periodontics, Endodontics, Surgery and Prosthodontics.

Some difficulties, errors and negligence situations were verified in the performance and posture of Dentists. Results of graduated professionals, in 3 distinct Universities, were compared and no significant statistical differences were found between them.

## Dedicatória

Dedico esta monografia aos meus pais e irmão.

Sem a sua ajuda, compreensão e educação não teria conseguido concretizar este sonho.

## Agradecimentos

À minha orientadora, Mestre Ana Moura Teles, pela orientação dedicada, pelos conhecimentos transmitidos e disponibilidade.

À minha co-orientadora, Prof. Doutora Conceição Manso, pela colaboração prestada.

A todos os Médicos Dentistas que participaram neste estudo, e que perceberam que eram a essência desta investigação.

Aos papás, Florinda e Taciano, que, entre sorrisos e paciência, correram comigo pelos consultórios e clínicas. Obrigada também pelo suporte em todos os pormenores, e pelo amor incondicional. Amo-vos!

Ao mano, Paulo, o “meu mais que tudo”, nunca nega uma ajuda e é para mim o grande exemplo de bom ser humano. Adorei ter crescido contigo. Obrigada, pelo contributo na minha educação.

À minha cunhada, Vanessa, pela ajuda no inglês e no SPSS. Obrigada, pela amizade e simpatia, que sei estão na origem desta colaboração.

À minha maior alegria, sobrinha Francisca, que me faz SORRIR!

À Carina, irmã, ombro amigo que me acompanhou ao longo desta Licenciatura. A certeza de uma companhia ao longo da vida!

À Lulu, sempre presente, em qualquer altura, em qualquer lugar: a GRANDE AMIGA.

Aos priminhos pequenos, que trouxeram muita alegria à minha vida: Francisco, João, Leonor, Martim, Matilde e Rodrigo.

À família e aos amigos especiais, àqueles que me enchem o coração não só com palavras, mas com gestos que me derretem a alma: Tia Fátima, Tita, Tio Alberto, João Pratas, Filinto, Lena, Osvaldo, Filipe, Bela, Dani F., Zeza, Carlos, Nuno, André B., André S., Alexis, João Índio, Nelinha, Luís Martins, Zé Adriano, Dani E., Fiúza, Ricardo Alves, Tiago, Cardoso, Novo, João Leite, Diogo Rosas.

**Índice**

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>CAPÍTULO I – Ética e Deontológica Médicas</b>	3
<b>CAPÍTULO II – História Clínica do Paciente</b>	4
<b>CAPÍTULO III – Medidas de Protecção do MD, Assistente e Paciente</b>	5
<b>CAPÍTULO IV – Áreas da Medicina Dentária Generalista</b>	7
4.1 – Endodontia	7
4.1.1 – TENC	7
4.1.1.1 – Isolamento absoluto	7
4.1.1.2 – Irrigação	8
4.1.1.3 – Cavidade de acesso	9
4.1.1.4 – Preparação químico-mecânica	10
4.1.1.5 – Obturação	11
4.1.1.6 – Radiografias em Endodontia	12
4.1.2 – Complicações ou insucesso no TENC	12
4.2 – Dentística	15
4.2.1 – A controvérsia do amálgama	15
4.2.2 – Selecção da cor do compósito	18
4.2.3 – Sistema adesivo	19
4.2.4 – Uso de matrizes e cunhas	20
4.3 – Reabilitação Oral	20
4.3.1 – PPR e o seu Desenho	20
4.3.2 – PT	21
4.3.2.1 – DVO	21
4.3.2.2 – Problemas após uso da PT	22
4.3.3 – Uso do Articulador	23
4.4 – Cirurgia	24
4.4.1 – Fases de uma Exodontia	24
4.4.2 – Complicações numa Exodontia	24
4.5 – Periodontia	27
4.5.1 – Técnicas Periodontais	27
<b>CAPÍTULO V – Prescrição em Medicina Dentária</b>	30
<b>CAPÍTULO VI – Participantes e Métodos</b>	33
6.1 – Tipo de estudo	33
6.2 – Caracterização da amostra	33
6.3 – Colheita de dados	33
6.4 – Processamento de dados	34

<b>CAPÍTULO VII – Resultados</b>	35
7.1 – Apresentação dos resultados	35
7.2 – Discussão dos resultados	70
7.3 – Correlação dos resultados em função das Universidades em que os profissionais se licenciaram	99
7.4 – Resultados e o Código Deontológico	110
<b>CONCLUSÃO</b>	114
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## Lista de Abreviaturas

ADA	American Dental Association
ADDE	Association for Dental Education in Europe
AC	Antes de Cristo
AINE'S	Anti-Inflamatórios Não Esteróides
AIQ	Amplitude Inter-Quartil
ATM	Articulação Temporo-Mandibular
BDA	Associação Dentária Britânica
CT	Comprimento de Trabalho
DC	Depois de Cristo
Dr	Doutor
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
DVR	Dimensão Vertical de Repouso
EDTA	Ácido Etilenodiamino Tetra-Acético
EUA	Estados Unidos da América
FMDUL	Faculdade de Medicina Dentária de Universidade do Porto
FMDUP	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa
ISCS-N	Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte
ISCS-S	Instituto Superior de Ciências da Saúde do Sul
LEA	Localizador Electrónico do Ápice
m	Média
md	Mediana
max	Máxima
MD	Medicina Dentária
MIC	Intercuspidação Máxima
min	Mínima
mm	Milímetro
MO	Mésio-Oclusal
MOD	Mésio-Ocluso-Distal
n	Frequência Absoluta
NaOCl	Hipoclorito de Sódio
OD	Ocluso-Distal
ORC	Oclusão em Relação Cêntrica
p	Probabilidade Estatística
pH	Potencial de Hidrogénio Iónico
P25	Percentil 25
P75	Percentil 75
PPR	Prótese Parcial Removível

Dificuldades, Erros e Negligência na prática da Medicina Dentária

PS	Profundidade de Sondagem
PT	Prótese Total
RC	Relação Cêntrica
RMM	Relação Maxilo-Mandibular
RTG	Regeneração Tecidual Guiada
SPSS	Statistical Package for Social Science
TENC	Tratamento Endodôntico Não-Cirúrgico
UFP	Universidade Fernando Pessoa
Univ	Universidade
µm	Micrómetro
%	Por cento

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Factores operatórios que podem interferir no sucesso do TENC	13
<b>Tabela 2:</b> Áreas dolorosas após uso da PT	22
<b>Tabela 3:</b> Problemas após inserção da PT	23
<b>Tabela 4:</b> Complicações comuns em Cirurgia Oral	25
<b>Tabela 5:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne às características sócio-demográficas (sexo; prática clínica; universidade; ano formatura; formação extra)	35
<b>Tabela 6:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne à idade, número de anos de experiência de profissão e ano de formatura.	36
<b>Tabela 7:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne à idade, número de anos de experiência e ano de formatura, comparativamente com o sexo	36
<b>Tabela 8:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne a algumas variáveis sócio-demográficas, por formação extra	37
<b>Tabela 9:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne a algumas variáveis sócio demográficas, por formação extra em Ortodontia	37
<b>Tabela 10:</b> Distribuição da idade dos participantes do estudo, relativamente à prática clínica	38
<b>Tabela 11:</b> Distribuição da idade dos participantes do estudo, relativamente às áreas de prática clínica	38
<b>Tabela 12:</b> Coeficientes de correlação de Speraman entre a idade e o número de anos de experiência	39
<b>Tabela 13:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne a algumas variáveis sócio-demográficas e áreas de MD que costumam sentir mais dificuldade, pelo facto de sentir, ou não, dificuldade em Endodontia	42
<b>Tabela 14:</b> Número de consultas para terminar um TE	50
<b>Tabela 15:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne às práticas executadas após a realização de uma exodontia, pelo ano de formatura	62
<b>Tabela 16:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne a situações ocorridas numa exodontia, pelo ano de formatura	63
<b>Tabela 17:</b> Causas das comunicações orosinusiais	90
<b>Tabela 18:</b> Classificação dos procedimentos baseados no tempo operatório e trauma dos tecidos	94
<b>Tabela 19:</b> Distribuição da idade e número de anos de profissão dos participantes do estudo, por Universidade em que se licenciaram	99

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Diagrama de dispersão entre a idade e o número de anos de experiência	39
<b>Gráfico 2:</b> Seguimento do conhecimento adquirido enquanto aluno	39
<b>Gráfico 3:</b> Motivos pelos quais os clínicos não seguem o conhecimento adquirido	40
<b>Gráfico 4:</b> Áreas de MD onde os clínicos sentem mais dificuldade	41
<b>Gráfico 5:</b> Procedimentos dos clínicos relativamente à História Clínica do paciente	43
<b>Gráfico 6:</b> Medidas de protecção que os clínicos providenciam	44
<b>Gráfico 7:</b> Número de reutilizações das mangas de esterilização	44
<b>Gráfico 8:</b> Opinião dos clínicos sobre as fases do TENC em que podem ocorrer mais erros	45
<b>Gráfico 9:</b> Prática de IA entre os clínicos questionados	45
<b>Gráfico 10:</b> Motivos assinalados pelos clínicos para não realizar IA	46
<b>Gráfico 11:</b> Aspectos assinalados pelos clínicos relativamente à irrigação no TE	46
<b>Gráfico 12:</b> Procedimento dos clínicos perante uma fractura de lima ou perfuração radicular	47
<b>Gráfico 13:</b> Hábito de determinar o CT na realização de um TE	48
<b>Gráfico 14:</b> Métodos de determinação do CT na realização de um TE	48
<b>Gráfico 15:</b> Hábito de anotar os valores do CT	48
<b>Gráfico 16:</b> Motivos dados pelos clínicos para não registar os valores do CT	48
<b>Gráfico 17:</b> Momentos do TE em que os clínicos realizam radiografias	49
<b>Gráfico 18:</b> Período de tempo após obturação para realizar controlo pós-operatório	49
<b>Gráfico 19:</b> Motivos para não realizar todas as radiografias de um TENC	49
<b>Gráfico 20:</b> Hábito de arquivar as radiografias dos pacientes	50
<b>Gráfico 21:</b> Restauração definitiva após obturação, pelos próprios clínicos	51
<b>Gráfico 22:</b> Período de tempo entre obturação e restauração definitiva	51
<b>Gráfico 23:</b> Situações em que os clínicos não realizam TE	52
<b>Gráfico 24:</b> Utilização do amálgama em restaurações dentárias	52
<b>Gráfico 25:</b> Motivos que levam os clínicos a utilizarem o amálgama	53
<b>Gráfico 26:</b> Motivos que levam os clínicos a não utilizarem o amálgama	53
<b>Gráfico 27:</b> Escolha da cor do compósito	54
<b>Gráfico 28:</b> Procedimento do profissional de MD quando o paciente fecha a boca durante o ataque ácido	54
<b>Gráfico 29:</b> Procedimento do profissional de MD quando o paciente fecha a boca durante a aplicação do adesivo	55

<b>Gráfico 30:</b> Uso de matriz e cunhas em restaurações de cavidade classe II	55
<b>Gráfico 31:</b> Envio do desenho da PPR para o laboratório de prótese	56
<b>Gráfico 32:</b> Detecções mais frequentes na altura da colocação de uma PT	57
<b>Gráfico 33:</b> Áreas dolorosas após primeiros tempos de uso de uma PT	57
<b>Gráfico 34:</b> Queixas mais frequentes do paciente de PT, segundo os clínicos	57
<b>Gráfico 35:</b> Dificuldade em determinar a DVO	58
<b>Gráfico 36:</b> Erros de Oclusão mais comuns numa PT	58
<b>Gráfico 37:</b> Utilização do arco facial e articulador em PPR	59
<b>Gráfico 38:</b> Fases de uma exodontia com mais dificuldades para o profissional	59
<b>Gráfico 39:</b> Caracterização dos participantes do estudo no que concerne às fases mais difíceis de uma exodontia, pelo facto de sentir ou não dificuldade em Cirurgia	60
<b>Gráfico 40:</b> Situações em que os clínicos não realizam uma exodontia	61
<b>Gráfico 41:</b> Procedimentos após a realização de uma exodontia	61
<b>Gráfico 42:</b> Complicações numa exodontia	62
<b>Gráfico 43:</b> Técnicas da área da Periodontia em que os profissionais sentem mais dificuldades	64
<b>Gráfico 44:</b> Situações em que os participantes prescrevem analgésicos e anti-inflamatórios	65
<b>Gráfico 45:</b> Situações em que os participantes prescrevem antibióticos	66
<b>Gráfico 46:</b> Referenciação de pacientes, perante casos complicados	66
<b>Gráfico 47:</b> Autoavaliação da prestação clínica	67
<b>Gráfico 48:</b> Áreas de MD em que os profissionais se sentem melhor preparados	68
<b>Gráfico 49:</b> Áreas de MD em que os profissionais se sentem pior preparados	68
<b>Gráfico 50:</b> Importância da formação contínua para os profissionais deste estudo e as respectivas áreas que consideram essenciais a essa formação	69
<b>Gráfico 51:</b> Caracterização dos participantes, no que concerne à prática clínica, relativamente às universidades em destaque	100
<b>Gráfico 52:</b> Caracterização dos participantes, no que concerne às áreas de prática clínica, relativamente às universidades em destaque	100
<b>Gráfico 53:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne às áreas de MD em que sentem mais dificuldades, pelas universidades em destaque	101
<b>Gráfico 54:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne ao facto de utilizarem arco facial e articulados em PPR, pelas universidades em destaque	102
<b>Gráfico 55:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne ao facto de enviar o desenho da PPR para o laboratório, pelas universidades em destaque	103

<b>Gráfico 56:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne às fases de uma exodontia em que sentem mais dificuldades, pelas universidades em destaque	104
<b>Gráfico 57:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne às práticas executadas após realização de uma exodontia, pelas universidades em destaque	105
<b>Gráfico 58:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne às complicações ocorridas numa exodontia, pelas universidades em destaque	106
<b>Gráfico 59:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne às áreas em que se sentem melhor preparados, pelas universidades em destaque	107
<b>Gráfico 60:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne às áreas em que se sentem pior preparados, pelas universidades em destaque	108
<b>Gráfico 61:</b> Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne à formação extra, pelas universidades em destaque	108

## Introdução

Desde o início da vida em sociedade e, logicamente, desde que o homem passou a assimilar técnicas de cura e diagnósticos de males que atormentam a sua vida, a humanidade passou a ver nos médicos verdadeiros deuses, entidades divinas cuja responsabilidade maior é a de livrar o mundo dos males que o afligem, e a de lhe devolver a paz, a segurança e a saúde perdida. (Dropa, 1995)

No entanto, verificam-se, hoje, casos de omissão por parte dos profissionais, bem como erros, cirurgias desnecessárias ou impróprias, tratamentos indevidos, prescrição inadequada e outras consequências da imperícia, negligência ou imprudência. (Dropa, 1995)

Considerando, então, que a relação Médico-Paciente já foi somente pautada na confiança “cega” do paciente e na consciência do profissional, pareceu-nos bastante pertinente, através deste estudo, determinar as áreas de maior dificuldade para os profissionais da Medicina Dentária Generalista e de Estomatologia, e quais as possíveis situações de erro ou negligência. E se, enquanto profissionais, nem sempre obtemos bons resultados num tratamento, é importante saber se a razão advém de nós, para tentar melhorar a qualidade da nossa intervenção.

Durante os últimos anos, tem vindo a desenvolver-se uma uniformização e sistematização do ensino pré-graduado da Medicina Dentária na Europa. Para tal tem contribuído o documento elaborado em 2004, pela ADDE, denominado “Perfil e Competências do Médico Dentista”. (Melo, 2007)

Também nesta investigação, nos propusemos discutir alguns itens das várias áreas da Medicina Dentária e a necessidade de serem, ou não, uniformizados.

Esta pesquisa deparou-se com algumas restrições, tendo a mais relevante a ver com a não obtenção de uma amostra não tão grande quanto ambicionada. A justificação encontrada baseia-se em três aspectos: na natureza delicada do tema, pois embora os dados sejam confidenciais e seja garantido o anonimato do questionado, estará sempre subjacente uma apreciação do modo de trabalho do profissional; o facto do inquérito ser longo, o que, por si só, se torna uma justificação para escapar ao seu preenchimento; e, simplesmente, a falta de disponibilidade ou vontade de cooperar de alguns profissionais.

## Objectivos

Determinar quais as Dificuldades mais comuns aos Médicos Dentistas/Estomatologistas a exercer profissão em Portugal e concluir em que áreas se sentem menos preparados.

Determinar possíveis Erros ou situações de Negligência, na prática da Medicina Dentária.

Obter comparação entre Universidades e se existe um ensino uniformizado, partindo do princípio que as respostas dos profissionais têm, por base, a sua formação universitária.

Observar se há correlação entre a idade e o número de anos de prática de profissão com o tipo de resposta do profissional.

Determinar possíveis erros, dificuldades ou situações de negligência, e quais as eventuais consequências para o paciente e para o profissional, tendo como base o Código Deontológico.

Recordar, através de uma revisão bibliográfica, alguns aspectos nas variadas áreas da Medicina Dentária, que estão na base das perguntas e respostas do questionário.

## Capítulo I – Ética e Deontologia Médicas

Os problemas da bioética são frequentemente abordados, pelos autores, recorrendo aos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. O princípio da autonomia rege-se por um conjunto de valores éticos que prescrevem o respeito pela liberdade de decisão do paciente. Já os princípios da beneficência e não-maleficência estão intimamente ligados, apelando à consciência e profissionalismo médicos a jogar pelo mesmo lado, a favor do paciente, na promoção do que é melhor para ele, evitando e removendo o mal. O princípio da justiça apela à distribuição dos recursos disponíveis, o que, previsivelmente, na nossa sociedade, dá origem a não fáceis problemas. (Archer et al., 1996)

Também o consentimento informado é um parâmetro abordado pela dimensão pessoal da bioética, implicando uma nova responsabilidade para os profissionais de saúde, que passam a ter o dever de partilhar a informação e de discutir alternativas com o paciente para que estes tomem uma decisão final quanto ao tratamento. (Archer et al., 1996)

Nesse contexto, é importante saber distinguir conceitos como: Erro Médico, Imperícia, Imprudência e Negligência. Erro médico diz respeito ao dano provocado no paciente, pela acção ou ausência de acção do médico, no exercício da profissão, sem intenção de cometê-lo. “Há três situações que conduzem ao Erro: imprudência, imperícia e negligência. A negligência consiste em não fazer o que deveria ser feito, a imprudência consiste em fazer o que não deveria ser feito, e já a imperícia ocorre quando o médico faz mal o que devia ser bem feito.” (Costa et al., 1998)

Em caso de Negligência, a falha do médico não é só lamentável, é mesmo condenável e, neste âmbito, estão sujeitos à jurisdição do Conselho Deontológico e de Disciplina da respectiva Ordem Profissional. (Costa et al., 1998)

A Medicina presume o compromisso de meios, e, por conseguinte, o erro médico deve ser distinguido do resultado adverso de quando o médico empregou todos os recursos disponíveis sem obter o sucesso pretendido, e ainda diferenciá-lo de acidente indesejável. (Costa et al., 1998)

## Capítulo II – História Clínica do Paciente

A determinação da natureza de uma doença revê-se na investigação cuidadosa dos seus sintomas e história. Ser bom na arte de diagnosticar implica aprender os princípios da obtenção e interpretação das informações clínicas do paciente, usar a experiência clínica, intuição e bom senso. (Cohen et al., 1998)

Na primeira consulta de cada paciente deve obter-se uma história médica completa que deverá ser actualizada regularmente. O Médico Dentista deverá proporcionar um ambiente de conforto que permita, ao doente, prestar as informações mais sensíveis. (Silva, 2003)

A ficha clínica permite enquadrar o paciente num estrato etário e caracterizá-lo socialmente, entender o motivo da consulta, recolher uma história clínica geral e dentária e elaborar um plano de tratamento. (Sturdevant et al., 1996)

O motivo da consulta, por norma, diz respeito à necessidade a que urge responder e deverá ser anotada, textualmente, a explicação do paciente na ficha. (Sturdevant et al., 1996)

O Médico Dentista e sua equipa têm o dever de confidencialidade relativa à condição de um doente, não podendo fornecer informações, incluindo à família, sem a permissão do mesmo. Devem ainda estar preparados para lidar com situações em que o consentimento informado deve ser obtido através de uma terceira pessoa, nomeadamente quando se trata de pacientes menores e legalmente incapazes de tomar decisões sobre o seu próprio tratamento. (Sfikas, 2004)

Antes de proceder ao início do tratamento, o médico dentista deverá explicar ao paciente, de uma forma clara, todo o tratamento e a sua importância. Deverá, igualmente, esclarecer as dificuldades e riscos inerentes ao acto médico, para que a opção do tratamento seja em concordância com o paciente. (Estrela, 2004)

### Capítulo III – Medidas de Protecção do Médico Dentista, Assistente e Paciente

As medidas de protecção do Médico Dentista, Assistente e Paciente são de importância fundamental no propósito de evitar infecções graves, e, por isso, a prevenção é um gesto de boa prática profissional e de consciência. O controlo da infecção no consultório dentário é, pois, tema de várias entidades ligadas à saúde pública ou organismos sócio-profissionais. A Associação Dentária Britânica (BDA), em conjunto com o Departamento de Saúde em Inglaterra, publicou, em Fevereiro de 2003, algumas recomendações neste âmbito. Um controlo seguro e eficaz envolve o Médico Dentista, toda a sua equipa e o paciente. (Silva, 2003)

Deve ter-se em atenção que a história clínica obtida e o exame físico podem não detectar portadores assintomáticos de doenças infecciosas. Assim, os padrões de controlo de infecção deverão ser aplicados a todos os pacientes, sem excepção. (Silva, 2003)

Actualmente, os pacientes estão bem informados sobre as necessidades de um Médico Dentista praticar um bom controlo de infecção e uma falha constitui má conduta profissional grave, passível de procedimento criminal. O Médico Dentista deve proporcionar cuidados dentários a quem deles necessita; portanto, constitui uma falta de ética recusar um tratamento a um paciente infectado, com base no argumento de exposição a um risco pessoal. (Silva, 2003)

Todos os membros da equipa dentária devem estar informados dos meios de transmissão das infecções, dos procedimentos práticos de descontaminação e do controlo de infecção, dos recursos de protecção e do modo de agir, em caso de acidente ou injúria pessoal. (Silva, 2003)

A descontaminação é o conjunto de manobras que permitem a remoção de matéria orgânica e uma percentagem de microrganismos sobre as superfícies. Representa um passo obrigatório antes da desinfecção e esterilização. (Chiapasco, 2004)

Os instrumentos utilizados, bem como os que foram seleccionados para uma sessão de trabalho e não foram usados, são considerados contaminados. O material usado deve ser limpo antes da esterilização. A limpeza manual é o método menos eficiente, e por isso, devem estar à disposição aparelhos de limpeza ultra-sónicos ou máquinas de lavar. É aconselhável o uso de um detergente, ao invés do uso de um desinfectante, já que este último faz precipitar as proteínas dos resíduos e dificulta a sua remoção. (Silva, 2003)

A desinfecção é o conjunto de procedimentos que diminuem a carga microbiana, através da eliminação de parte dos microrganismos patogéneos. Utilizam-se agentes químicos, como os

anti-sépticos e desinfetantes e agentes físicos, como o calor e os ultra-sons. (Chiapasco, 2004)

Na sala cirúrgica devem ser distinguidas as áreas que podem ser contaminadas durante o tratamento, de modo a limpar apenas esta área entre o atendimento de pacientes. As protecções dos controlos manuais de luzes e as coberturas descartáveis das cadeiras também devem ser removidos entre cada paciente; no entanto, se os controlos não forem utilizados, deve proceder-se à sua descontaminação. (Silva, 2003)

A esterilização diz respeito a um conjunto de manobras que destroem todos os microrganismos patogéneos e não patogéneos, incluindo os esporos. Podem ser utilizados métodos físicos (autoclave, calor a seco, radiação) e métodos químicos (gluteraldeído e óxido de etileno). (Chiapasco, 2004)

Já a preparação do clínico é essencial para o controlo da infecção, prevendo o uso de touca, de máscara, de luvas, de bata, de óculos de protecção e de uma cobertura de sapatos ou de calçado específico para utilizar só na sala cirúrgica, mãos e braços limpos. (Chiapasco, 2004)

No caso de ocorrer uma ferida, deve deixar-se sangrar e lavar profundamente com água corrente. Quando se suspeita de transmissão de infecção, é um dever procurar aconselhamento médico e fazer vigilância serológica. Como cautela, deve fazer-se um registo do incidente, incluindo a forma como ocorreu e medidas tomadas, acompanhado das assinaturas do dentista e do paciente. (Silva, 2003)

O Médico Dentista deve assegurar um ambiente de trabalho seguro, usando ele e a sua equipa o equipamento de protecção, conhecer os princípios de protecção pessoal e saber quais os deveres a cumprir. (Silva, 2003).

## Capítulo IV – Áreas da Medicina Dentária Generalista

### 4.1 – Endodontia

#### 4.1.1 – TENC

##### 4.1.1.1 – Isolamento absoluto

O sucesso do tratamento endodôntico está directamente relacionado com a manutenção da cadeia asséptica em todas as suas fases. (Ruiz et al., 2002)

A partir da introdução do dique de borracha, por Sanford Cristie Barnum, em 1864, o isolamento absoluto tem evoluído através dos anos, tornando-se sofisticado na protecção quer do paciente, quer do profissional. Ao impedir que a saliva alcance a cavidade pulpar, o isolamento absoluto permite manter as condições de assepsia. (Ruiz et al., 2002)

“A não utilização do dique de borracha pode transformar, a qualquer momento um procedimento odontológico de rotina numa emergência médica de final imprevisível.” (Lascalea *cit. in* Estrela 2004)

O uso do isolamento absoluto no tratamento endodôntico proporciona:

- protecção do paciente contra possível aspiração ou deglutição de instrumentos, de resíduos do dente e de soluções irrigadoras, entre outros;
- protecção do profissional, no propósito da sociedade actual poder colocar o clínico que não usa isolamento absoluto numa situação de negligência;
- campo operatório limpo e seco, isolado de saliva, de hemorragias e de outros fluídos tecidulares;
- protecção e retracção dos tecidos moles do paciente;
- visibilidade melhorada do operador: o dique de borracha proporciona uma área seca e evita o embaciamento do espelho;
- redução da fadiga do operador e conseqüente aumento da eficiência do seu trabalho. (Cohen et al., 1998)

Por vezes, o Médico Dentista depara-se com problemas ao realizar o isolamento absoluto e o vazamento, através do dique de borracha, é um deles. O melhor modo de evitar este problema é fazer as correctas selecções de grampo e dique. No entanto, existem situações em que pequenas lacerações, perfurações ou vazamentos contínuos podem acontecer. Assim, como tentativa de remediar estes casos, deve colocar-se Cavit®, Oraseal®, adesivo à base de

borracha, dique de borracha líquido ou cimento periodontal na zona afectada. (Cohen et al., 1998)

As pessoas que salivam excessivamente podem representar uma ameaça para este sistema de isolamento, uma vez que as secreções em grande fluxo podem ultrapassar até um dique bem colocado. Além da contaminação dos canais radiculares existe ainda o problema de concentração de saliva sob o lençol que poderá levar à asfixia do paciente. Este tipo de paciente pode, então, necessitar de pré-medicação inibidora de secreção salivar. (Cohen et al., 1998)

Um outro problema reside nas posições ou formas anómalas do dente e na perda de estrutura dentária que levam à colocação inadequada do grampo. Para lidar com algumas destas situações, podem modificar-se os mordentes dos grampos, de modo a haver um ajuste ao dente em concreto ou utilizar-se pequenas quantidades de resina fotopolimerizável na superfície cervical do dente, de modo a estabilizar o grampo. (Cohen et al., 1998)

Como consequência de uma destruição excessiva da coroa dentária ou erupção incompleta, o tecido gengival presente pode impossibilitar o uso de um grampo sem que haja lesão grave da gengiva. A Gengivectomia ou Electrocirurgia têm vindo a ser recomendadas quando a estrutura dentária ainda se encontra acima da crista óssea. O Retalho de Reposicionamento apical para “aumentar a coroa” também é aconselhado em zonas inadequadas de gengiva inserida, de defeitos ósseos ou de formas anatómicas precárias. (Cohen et al., 1998)

Serão algumas destas soluções apresentadas aparentemente trabalhosas e tão fora de rotina que farão os clínicos desistir muitas vezes da colocação do isolamento absoluto?

#### **4.1.1.2 – Irrigação**

A solução química irrigadora, em conjunto com os instrumentos endodónticos, vai permitir o esvaziamento e desinfecção do canal radicular. (Estrela, 2004)

Entre os objectivos das soluções irrigadoras, podem salientar-se: facilitar a acção do instrumento endodóntico; alterar o pH do meio; neutralizar o conteúdo presente nas infecções endodónticas; remover sangue da cavidade pulpar; bem como remover matéria orgânica e inorgânica e ter actividade antimicrobiana. (Estrela, 2004)

A selecção da solução irrigadora não deve ser ao acaso, mas ter em conta o caso clínico em questão, sendo relevante que o profissional reconheça as propriedades químicas da solução que elegeu. (Estrela, 2004) (Anexo 1)

O hipoclorito de sódio (NaOCl) começou a ser empregue em Medicina Dentária, em 1972, com o nome de Água de Javele e consistia numa mistura de hipoclorito e de sódio e de potássio. (Estrela, 2004)

Em 1915, Dakin propôs uma nova solução, em que o hipoclorito de sódio tinha 0,5% de cloro activo, verificando que as feridas eram desinfectadas, mas de cicatrização lenta. Neutralizou, então, a solução de hipoclorito de sódio a 0,5%, pH 11, com ácido bórico, a qual ficou designada com o seu nome, em que um pH próximo do neutro não era irritante para os tecidos. (Estrela, 2004)

O pH e teor de cloro da solução, o armazenamento e a temperatura são algumas características que devem ser consideradas. Raphael et al analisaram a influência da temperatura na eficácia bactericida do hipoclorito de sódio a 5,25% sobre 3 tipos de bactérias, e os resultados mostraram que o aumento da temperatura não implica aumento do poder bactericida. (Estrela, 2004)

Características físico-químicas como a densidade, a tensão superficial, o pH, a viscosidade e a capacidade de molhabilidade são também importantes para a selecção de uma solução irrigadora. (Estrela 2004)

As associações de soluções visam somar efeitos químicos das soluções utilizadas. Já muitas pesquisas foram realizadas, mas ainda são esperados mais estudos neste âmbito. (Estrela, 2004) (Anexo 2)

Frente aos estudos realizados é evidente a superioridade do hipoclorito de sódio, o que é nitidamente perceptível a partir do momento em que profissionais de todo o mundo o têm como primeira opção. (Estrela, 2004)

A capacidade de sanificação e de neutralização do conteúdo séptico, removendo tecido orgânico e inorgânico, é facilitada pela utilização de um volume e tempo consideráveis. E tais objectivos só são plenamente alcançados empregando o EDTA no protocolo de irrigação final, seguido novamente do NaOCl. (Estrela, 2004)

#### **4.1.1.3 – Cavidade de acesso**

A cavidade de acesso serve, fundamentalmente, para criar um acesso livre e directo à câmara pulpar, bem como à extensão máxima dos canais radiculares, a fim de se proceder a uma correcta preparação biomecânica. (Laliga, 2001)

“O tempo e esforço que se dedica à preparação do acesso facilitarão os passos seguintes do tratamento. É a chave do êxito em Endodontia.” (Walton *cit. in* Laliga 2001)

Ao desenhar a cavidade de acesso devemos assegurar que todas as cáries e qualquer restauração defeituosa sejam eliminadas, de modo a evitar fracturas dessas estruturas durante o tratamento; o dente deve ser passível de isolar-se e o estado periodontal deverá estar em boas condições. No final, a cavidade de acesso deve ter uma forma expulsiva e permitir a visualização da entrada dos canais no solo da câmara pulpar e, assim, possibilitar o acesso directo e vertical de todas as limas a todos os canais radiculares. (Laliga, 2001)

A realização da cavidade de acesso não se pode considerar uma fase estática: deve ser estendida na direcção que favorece o trabalho. É preferível sacrificar estrutura dentinária, que depois pode ser restaurada, do que comprometer a qualidade do tratamento. (Laliga, 2001)

As principais dificuldades na realização da cavidade de acesso residem: na identificação e remoção da totalidade do tecido cariado; no desgaste exagerado do dente e perfurações no solo da câmara; no estabelecimento da área de acesso adequado à câmara pulpar e a todos os canais radiculares; na percepção da angulação existente entre a coroa e a raiz ou da posição do dente na respectiva arcada; e na possibilidade de perfuração da furca e de fracturas coronárias. (Cohen et al., 1998)

#### **4.1.1.4 – Preparação químico-mecânica**

De acordo com Cohen et al. (1998), a preparação do sistema de canais começa com a exploração, a negociação e a permeabilização dos 2/3 coronários, seguindo-se a preparação desta secção. Avança-se para a negociação do 1/3 apical e determinação do CT e, finalmente, prepara-se o 1/3 apical até fundir com o preparo coronário, sem nunca esquecer a calibragem apical.

A instrumentação dos canais radiculares objectiva manter o canal permeável, facilitando a limpeza tridimensional e deixando o canal alargado, com paredes lisas e contínuas. Pretende-se uma forma cónica, sem que esta obrigue a uma instrumentação excessiva que enfraqueça a estrutura do dente ou provoque fracturas na raiz. A convergência cónica em direcção ao ápice permite proporcionar condições para uma acção eficaz das soluções irrigantes, compactação e acomodação dos materiais obturadores na região do forame apical, minimizando o risco de extravasamento. (Cohen et al., 1998)

Toda a fase do tratamento endodôntico é controlada por uma medida de profundidade da penetração dos instrumentos no canal. É o chamado comprimento de trabalho que é determinado em milímetros, sendo medido a partir de um ponto de referência na superfície coronária do dente, até à constrição apical. (Cohen et al., 1998)

O método mais vulgarmente utilizado para determinar o CT é a radiografia. O clínico coloca uma lima até ao comprimento pré-estimado e faz, posteriormente, a radiografia. A posição da ponta da lima é observada e são feitas as alterações necessárias no comprimento, de modo a que este coincida com a constrição apical. (Cohen et al., 1998)

Estão, ainda, descritos outros métodos de determinação do CT e entre os mais actualmente conhecidos, temos os LEA, mas, ainda assim, o comprimento obtido por este instrumento deve ser confirmado através de uma radiografia, para evitar possíveis erros (Cohen et al., 1998)

Após correcta preparação biomecânica, o canal deverá estar: limpo de detritos, desinfectado, com paredes lisas e contínuas, com conicidade e constrição apical, permeável e seco. Uma preparação químico-mecânica inadequada leva a uma obturação inadequada. (Cohen et al., 1998)

#### **4.1.1.5- Obturação**

Após a instrumentação do canal, este deverá encontrar-se limpo, conformado e seco; os três requisitos fundamentais para prosseguir com a obturação. (Ingle et al., 2002)

O limite anatómico do espaço pulpar situa-se na junção dentino-cementária, apicalmente, e na coroa pulpar, coronalmente. Radiograficamente, esta junção dentino-cementária fica a uns 0,5-0,7mm do forame apical, como demonstrado por Kuttler. (Ingle et al., 2002)

Passados 100 anos, e na opinião de Webster: “(...) parece que os profissionais dentários ainda não decidiram sobre um material universal de preenchimento do canal radicular.”. Actualmente, na obturação usam-se guta-percha e cimentos. Os métodos variam entre a direcção da compactação, lateral ou vertical e na temperatura da guta-percha, fria ou quente/plastificada. (Ingle et al., 2002)

A restauração permanente do dente com TENC deve ser realizada até 30 dias, após a conclusão do tratamento. (Cohen et al., 1998)

#### 4.1.1.6 – Radiografias em Endodontia

A radiografia é usada no tratamento endodôntico para: obter o diagnóstico das alterações dos tecidos duros do dente e estruturas peri-radiculares; determinar o número, localização, forma, tamanho e direcção de raízes e canais; estimar e confirmar o comprimento dos canais antes de instrumentar; suspeitar e localizar canais adicionais; determinar a posição relativa das estruturas na dimensão vestibulo-lingual; confirmar a posição e adaptação do cone principal; ajudar na avaliação do estado final da obturação e avaliar situações de *follow-up*. (Ingle et al., 2002)

A avaliação radiográfica depende de factores, tais como: a qualidade da imagem radiográfica, da interpretação visual inerente a cada observador, do tipo de aparelho de raio X, do tempo de exposição e da qualidade do processamento do filme radiográfico. É de realçar o facto da interpretação radiográfica de cada operador ser subjectiva e depender, significativamente, do seu raciocínio e discernimento, podendo haver discrepância nos resultados da avaliação radiográfica, como afirmam Goldman et al.. A avaliação radiográfica tem um papel determinante no sucesso em Endodontia, mas não deixa de ter uma pequena vertente questionável, advinda da sua subjectividade. (Tartarotti et al., 2005)

#### 4.1.2 – Complicações ou insucesso no TENC

Ingle e Taintor relataram que, embora os insucessos endodônticos se possam manifestar num período de 10 anos, a maioria acontece até 2 anos, após restauração definitiva. Pelo mesmo motivo, Stabholz e Walton salientaram que o acompanhamento posterior ao tratamento deve ser de 1 a 4 anos. (Estrela, 2004)

A associação dos factores essenciais ao sucesso endodôntico resume-se a: silêncio clínico (ausência de dor, de edema, de fístula); estrutura óssea periapical normal; espaço periodontal normal; ausência ou redução de rarefacção óssea; ausência ou interrupção de reabsorção; dente em função e presença de selamento coronário adequado. (Estrela, 2004) (Anexo 3 e 4)

Vários factores, segundo Estrela (2004) podem interferir no sucesso ou fracasso endodôntico. (Tabela 1)

## Dificuldades, Erros e Negligência na prática da Medicina Dentária

Fase do TENC	Dificuldades técnicas	Dificuldades anatómicas
Abertura e preparo coronário	Acesso inadequado	Calcificação
	Perfuração	Alterações anatómicas
	Fractura de instrumento	
	Presença de material restaurador	
Preparo do canal radicular	Localização do canal	Canal calcificado
	Enfraquecimento da estrutura dentária	Canal dilacerado
	Presença de canal adicional	Dente fora da posição
	Perda do CT	
	Degrau	
	Desvio	
	Transporte apical	
	Alargamento exagerado	
	Perfuração	
	Fractura de instrumento	
	Sobre-instrumentação	
Obturação do canal radicular	Instrumentação excessiva	
	Sobre-obturação	
	Dor pós-operatória	
	Fractura de espaçador	
	Cimento com presa rápida	
Retratamento endodôntico	Presença de pasta	
	Presença de cimento	
	Cone de guta-percha e cimento	
	Cone de prata e cimento	
	Presença de retentor intra-radicular	

**Tabela 1: Factores operatórios que podem interferir no sucesso do TENC. (Estrela, 2004)**

Chugal et al. demonstraram que os dentes com lesão periapical, nos quais a qualidade de obturação era aceitável ou insuficiente (com muitos espaços vazios) apresentavam 20% mais fracassos no tratamento do que quando a densidade da obturação era melhor (ausência de espaços vazios). A sub-obturação, por si só, não tem efeito directo no resultado do tratamento. É o tecido necrótico infectado remanescente no canal mal instrumentado e sub-obturado que provoca irritação contínua dos tecidos peri-radulares. (Lin et al., 2005)

Outras investigações chegaram aos valores de 68% de taxa de sucesso para dentes sub-obturados, comparados com as 94% de obturações bem sucedidas com o comprimento correcto e os 76% de sucesso de dentes sobre-obturados. (Lin et al., 2005)

Nem todos os dentes sobre-obturados são acompanhados de insucesso endodôntico, pois cerca de 76% cicatrizam satisfatoriamente. No entanto, os materiais de obturação podem funcionar como um corpo estranho, causando irritação dos tecidos peri-radulares. (Lin et al., 2005)

Relativamente à fractura de instrumentos, ela ocorre mais vulgarmente devido ao seu manuseio incorrecto: uma força desnecessária nas curvaturas e obstáculos; uma intervenção

sob pressão do tempo; a utilização do instrumento endodôntico fora da sequência de aumento do calibre; a ausência de inspeção anterior e posterior ao uso; o emprego excessivo; o acesso inadequado e, por fim, a falha no fabrico do instrumento. (Estrela, 2004)

Face à presença de um instrumento fracturado no interior do canal, constata-se as possíveis opções terapêuticas: a primeira tentativa é a sua remoção; a segunda é a de ultrapassá-lo e englobá-lo na obturação; a terceira é a de obturar até ao instrumento; e a última é a de optar por uma cirurgia endodôntica. (Estrela, 2004)

Nalguns casos, as limas fracturadas podem ser retiradas por meios ultra-sónicos e microcirúrgicos, mesmo as que se encontram no 1/3 apical. Se não for possível enviar o paciente a um endodontista especializado, o paciente deve ser informado do sucedido e do facto do prognóstico a longo prazo não estar obrigatoriamente diminuído, se o resto do tratamento tiver sido bem executado e se a fractura ocorrer perto da sequência final de instrumentação e num canal razoavelmente limpo. O caso deve ser concluído, com o dente restaurado, sob consultas periódicas para avaliação da cura. (Mounce, 2007)

Outras complicações, como a fractura e perfuração radiculares, podem alterar o prognóstico do dente proposto para TE. Entre os factores que afectam a perfuração radicular, alguns merecem especial atenção como: a localização e a extensão da perfuração; a condição clínica da polpa dentária; o tempo decorrido entre a perfuração e o tratamento; e a capacidade seladora do material utilizado. (Estrela, 2004)

As perfurações que ocorrem durante a abertura coronária estão, normalmente, relacionadas com a falta de observação da anatomia dentária, pelo que falhas na análise da radiografia inicial favorecem o incidente. Já as perfurações durante o preparo dos canais radiculares podem ocorrer com certa frequência no preparo de canais curvos. Situações em que se verifica um desgaste exagerado durante o preparo ou tentativas de ultrapassar degraus, ou mesmo a preparação de canais calcificados merecem especial atenção, pois são susceptíveis à ocorrência deste tipo de acidente. (Estrela, 2004)

A prevenção das perfurações, durante a instrumentação, constitui uma terapêutica inteligente e ideal; para os canais curvos, o clínico deve optar por limas flexíveis e técnicas adequadas e uma determinação precisa da odontometria que ajude a evitar a sobre-instrumentação e o deslocamento do trajecto do canal. (Estrela, 2004)

## 4.2 – Dentística

Por ter uma etiologia multi-factorial influenciada por factores culturais, sociais e tecnológicos da sociedade moderna, e sendo grandes as variações de prevalência e de incidência e difíceis de explicar, a cárie dentária apresenta-se, ainda hoje, como uma entidade patológica muito complexa. (Pereira, 1995)

No século I A.C., Scribonius Largus, médico do Imperador Claudius, incluiu no seu livro “Compositiones medicamentorum” uma secção sobre Dentística, onde afirmou que a porção cariada de um dente deveria ser cortada com uma faca, “scalprum medicinale”. A porção remanescente do dente ficaria com aparência e função restabelecidas. No entanto, se a dor se mantivesse, seria preferível colocar um medicamento dentro do dente cariado, já que o resto do dente ainda poderia ser funcional. (Hoffmann-Axthelm, 1981)

No século II, tempo do Imperador Trajano, Rufos aconselha o uso de óleo de figo ou ópio, arsénico com cera, pimenta, *larkspur* afiado ou resina e cera, dentro da cavidade de cárie. (Hoffmann-Axthelm, 1981)

No século XIV, aparece uma referência à colocação de gotas de vinho na cavidade de cárie, já no século XV, Giovanni d’Arcoli, professor em Bolonha, recomenda o uso de brocas pequenas para perfurar o dente e com isso possibilitar a penetração dos cauterizadores nessa zona. É Giovanni d’Arcoli o primeiro a mencionar o preenchimento da cavidade com uma folha de ouro, para conservação do dente. (Hoffmann-Axthelm, 1981)

Nos meados do século XIX, Black e seus discípulos foram responsáveis pela sistematização do diagnóstico, abordagem técnica e tratamento das cavidades de cárie. (Mondelli, 2002)

### 4.2.1- A controvérsia do amálgama

Sendo mais que ponto assente, o facto da Dentística ter um papel importante na Medicina Dentária, a controvérsia em redor dos materiais restauradores tem vindo a ser levantada, mas Soncini et al., em 2007, publicaram a conclusão da ADA relativamente à segurança e eficácia do amálgama, dos compómeros ou dos compósitos na restauração de dentes. No entanto, a controvérsia em redor destes materiais mantém-se.

Apesar da evidência do decréscimo do uso do amálgama, o seu custo, a sua durabilidade e a fácil manipulação têm persuadido muitos Médicos Dentistas a utilizarem-no como primeira escolha para restaurações de dentes posteriores. Ainda em 1995, foi reportado um estudo, nos EUA, onde se demonstra que 76,3% dos Médicos Dentistas participantes preferiram este

material para restaurações de classe II e 73% tiveram o amálgama como primeira opção para restaurar dentes posteriores. (Berry et al., 1998)

A história das restaurações com amálgama contendo mercúrio é longa, tendo aparecido, na China, restaurações com mercúrio de estanho no ano 600 D.C. As restaurações com mercúrio de prata chegaram ao mundo ocidental, designadamente França, por volta de 1830. Na década de 50, do século XIX, ocorreu a chamada “Guerra do amálgama”, onde os Médicos Dentistas Americanos que usavam este material foram acusados, por aqueles que não o utilizavam, de má conduta profissional. (Dodes et al., 2003)

Em 1926, Alfred Stock, um químico alemão, publicou um artigo condenando as restaurações com amálgama, já que o seu uso, nessa época, obrigava ao seu aquecimento, originando daí a libertação de vapor de mercúrio. Chegou a criar uma comissão neste sentido que, em 1930, validou a eficácia de uma nova forma de amálgama. Mas, em 1986, o tão reputado contemporâneo Dr. Black publicou um estudo científico a defender o uso de amálgama, mas as suas conclusões só foram aceites mais tarde. (Dodes et al., 2003)

Nos anos 70, do séc. XX, o Dr. Hal Huggings promoveu a teoria de que as restaurações com amálgama provocavam doenças, tendo em 1985, publicado um livro sobre a toxicidade do mercúrio. Alegava que as restaurações com amálgama libertavam mercúrio suficiente para induzir perturbações neurológicas, cardiovasculares, imunológicas, colagénicas, emocionais e alérgicas. Adiantava também que as doenças resultantes desse procedimento poderiam ser: Esclerose múltipla, Depressão, Tensão arterial alta ou baixa, Taquicardia, Artrite, Lúpus, Esclerodermia, Leucemia, Doença de Hodgkin, Mononucleose, Fadiga, Doença de Crohn, Úlceras e outros problemas digestivos. (Dodes et al., 2003)

Uma sondagem, realizada em 1995, nos EUA, indicou que 8,7% dos Médicos Dentistas participantes pretendiam banir o uso do amálgama enquanto 14,3% não tinham certezas quanto à sua segurança. Tal problema terá levado que Conselho Americano de Ciência e Saúde a esclarecer que as alegações contra as restaurações de amálgama constituíam um dos “maiores medos infundados dos tempos modernos, na área da saúde”. (Dodes et al., 2003)

O vapor de mercúrio é a principal fonte de preocupação para os Médicos Dentistas e pacientes. As preocupações sobre os efeitos do amálgama na saúde advêm de dois aspectos: o efeito no paciente, onde o material é colocado, e o efeito no Médico Dentista e sua equipa que realizam e removem as restaurações. (Berry et al., 1998)

A corrosão é um factor importante na determinação da quantidade de mercúrio libertado na cavidade oral. A corrosão do amálgama é uma reacção de redução da oxidação, onde os metais

do amálgama reagem com elementos não metálicos do ambiente para produzir compostos químicos. É influenciada por factores que provocam a ruptura da camada superficial da restauração, tal como a mastigação ou escovagem dos dentes. (Dodes et al., 2003)

O mercúrio libertado para a cavidade oral pode ter duas formas: vapor de mercúrio e iões de mercúrio. O vapor de mercúrio pode ser inalado ou exalado, enquanto que os iões de mercúrio podem passar para a saliva e entrar no tracto gastrointestinal. A absorção através do tracto gastrointestinal é reduzida, porque a cavidade oral está frequentemente húmida devido à saliva e à humidade do ar expirado. Assim, conclui-se que o mercúrio do amálgama que é engolido aumenta pouco a carga corporal total de mercúrio. (Dodes et al., 2003)

Investigadores demonstraram que pessoas com restaurações de amálgama têm níveis orais mais elevados de vapor de mercúrio. No entanto, é complicado determinar a quantidade exacta de mercúrio libertado e absorvido do amálgama. Olsson e Bergman alegam entrar para este cálculo variáveis como: número de dentes; número de superfícies; libertação inicial de mercúrio; factores como mastigar e escovar os dentes; hábitos alimentares, hábitos de escovagem; hábitos de respiração oral; proporção entre respiração pelo nariz ou pela boca; proporção inspiração-expiração; deglutição; absorção da inalação; absorção da ingestão e peso corporal. (Dodes et al., 2003)

Mackert e Berglund concluíram que a dose extremamente baixa de mercúrio atribuída às restaurações com amálgama não era suficiente para produzir efeitos negativos na saúde oral e Marek afirmou que a taxa de dissolução do mercúrio do amálgama na saliva não é suficientemente elevada para ser motivo de manifesto. (Dodes et al., 2003)

Em 1993, o Dr. James Mason, Secretário Assistente de Saúde, voltou a declarar a posição do Serviço Público de Saúde dos EUA de que “não há dados que obriguem a uma mudança no uso actual do amálgama dentário”. (Dodes et al., 2003)

A controvérsia quanto ao uso do amálgama inclui também a sua durabilidade. (Soncini et al., 2007)

Um relatório de estatísticas de um seguro dentário demonstrou um declínio do uso do amálgama para restaurações posteriores de 85%, em 1988, para 58%, em 1997. Mas é claro que este material continuava a ser o melhor negócio, na área restaurativa. (Berry et al., 1998)

A biocompatibilidade e durabilidade do amálgama é de boa a excelente, em restaurações largas e profundas, mas a prata confere coloração ao material que lhe dá pouco valor estético.

Já os compómeros têm valor estético e libertam flúor o que é particularmente importante em dentística pediátrica. (Soncini et al., 2007)

Em 2002, Fuks recomendou o compósito para pequenas restaurações oclusais, porque este material requer menos remoção da estrutura dentária do que o amálgama. (Soncini et al., 2007)

Forss e Widstrom concluíram que o amálgama tem mais durabilidade que outros materiais restauradores em pacientes pediátricos. Em particular, a longevidade dos compómeros parece estar mais comprometida em situações técnicas difíceis como: falta de cooperação do paciente e dente difícil de isolar. Por outro lado, estudos revelam que as restaurações a compómero têm melhor adaptação marginal. (Soncini et al., 2007)

Os resultados de Soncini et al. (2007) coincidem com outros estudos que sugerem que a durabilidade do amálgama é maior do que a dos compómeros em dentes primários e do que a dos compósitos em dentes permanentes.

Relativamente à durabilidade, os Médicos Dentistas devem considerar o diagnóstico, a higiene oral, a facilidade de colocação do material, o risco de cáries futuras, os parâmetros estéticos e as considerações económicas, bem como as vantagens e as desvantagens dos compómeros, compósitos e amálgama. (Soncini et al., 2007)

Berry et al. (1998) mencionaram a eventualidade do amálgama dentário vir a desaparecer e a ser substituído por outros materiais restauradores que superem as suas características. No entanto, quando isso vier a suceder, já o amálgama serviu a Dentística e seus pacientes, por mais de 160 anos.

#### **4.2.2 – Selecção da cor do Compósito**

Após o preparo da cavidade, a escolha da cor para restauração com compósito é o próximo passo a realizar e deve ter em conta alguns pormenores importantes. Durante a selecção da cor, a aproximação da escala deve ser efectuada com o dente húmido, usando luz natural e comparando, de seguida, com a luz do foco, observando se a diferença é significativa. (Sturdevant et al., 1996)

A eleição do tom de cor deve efectuar-se antes de isolar os dentes, para evitar as mudanças de cor que podem ser produzidas ao secar e desidratar os dentes. (Sturdevant et al., 1996)

Dos diferentes tipos de luz podem resultar diferentes percepções cromáticas, sendo este fenómeno designado de *Metamerismo*. Devido aos inúmeros factores que influenciam a percepção das cores, convém que o clínico, assistente e paciente intervenham na decisão da cor. (Sturdevant et al., 1996)

#### 4.2.3 – Sistema Adesivo

A primeira tentativa para se conseguir a adesão entre materiais restauradores e a dentina data de 1951. Foi Hagger quem desenvolveu o ácido glicerofosfórico dimetacrilato denominado na altura de *Cavity Seal*, para a resina acrílica *Sevriton*. (Netto, 2003)

Com Buonocore, em 1955, iniciou-se a nova era da Medicina Dentária, com a apresentação da técnica do condicionamento ácido do esmalte, para este ficar mais “receptivo” à adesão. (Netto, 2003)

Em 1977, Fusayma introduziu a técnica de condicionamento ácido da dentina, com ácido fosfórico a 40%, conseguindo uma boa adesão à estrutura húmida da dentina. (Netto, 2003)

Durante a década de 80, houve muita controvérsia sobre o uso de substâncias ácidas na dentina. Acostumados a aplicar hidróxido de cálcio como protocolo básico, os clínicos ficaram reticentes quanto ao uso do ácido, achando que poderia ser nocivo para a polpa. Actualmente, sabe-se que o condicionamento ácido da dentina não age como um irritante pulpar, devido à capacidade tampão exercida pela dentina. (Netto, 2003)

O condicionamento ácido da dentina intertubular implica a sua desmineralização com exposição das fibras de colagénico. Embora o espaço entre as fibras seja reduzido, o adesivo consegue penetrar formando, nessa região, a chamada camada híbrida. (Netto, 2003)

O condicionamento ácido consegue desmineralizar, em média, 5 µm de profundidade na dentina intertubular; entretanto, o adesivo penetra entre as fibras de colagénico, mas resta, em média, 1 µm de dentina desmineralizada e não impregnada. Por essa razão, pode ocorrer a nano-infiltração. (Netto, 2003)

Após a remoção do ácido, através da lavagem, o que sustenta a rede de colagénico é a presença de água. Ao desidratar-se em demasia a dentina, por secagem, as fibras de colagénico colapsam e contraem-se, formando uma barreira densa que dificulta a passagem do adesivo. Por outro lado, se a dentina fica muito molhada, o adesivo dilui-se e não polimeriza. Nesse contexto, deve ser apenas removido o excesso de água. (Netto, 2003)

#### 4.2.4 – Matrizes e Cunhas

Diz Mondelli (2002) que o problema encontrado na restauração de cavidades de classe II complexas (MOD), bem como naquelas que atingem apenas uma das faces proximais do dente (MO ou OD), reside na dificuldade da condensação do material restaurador. Por isso, depois deste tipo de preparo cavitário, deve recorrer-se ao emprego de matrizes para possibilitar a condensação do material restaurador e auxiliar a reconstrução do contorno anatómico das faces proximais.

Também já concluíram, Peris et al., em 2003, (*cit. in* Melo et al., 2005) que a restauração adesiva e estética de cavidades proximais nos dentes posteriores exige uma sequência de etapas clínicas importantes para minimizar a contracção de polimerização dos compósitos, responsável pelo aparecimento de micro-fendas e o consequente fracasso da restauração.

A dificuldade na execução de contornos e pontos de contacto proximais adequados requer, porém, técnicas e instrumentos operatórios especiais. (Peretz *cit. in* Melo et al., 2005) Um mau ponto de contacto pode levar a impactação alimentar, doença periodontal, inclinações dentárias, problemas oclusais e consequentes desgastes excessivos dos dentes e das restaurações. (Prakki *cit. in* Melo et al., 2005)

O sistema de cunhas e matrizes apresenta inúmeras vantagens, mas constitui uma ajuda fundamental na obtenção de um ponto de contacto e na obtenção de um correcto espaço fisiológico. (Melo et al., 2005)

### 4.3 – Reabilitação Oral

#### 4.3.1 – Prótese parcial removível e o seu desenho

A reabilitação do paciente parcialmente desdentado tem como objectivo conseguir restabelecer a estética e a função e preservar os componentes do sistema estomatognático. O sucesso da reabilitação oral com PPR depende da correcta avaliação da informação diagnóstica antes da decisão, adequado planeamento do desenho da PPR, completa e correcta preparação prévia da boca e rigoroso controlo da placa bacteriana. (Borel et al., 1996)

O desenho de uma PPR deve determinar a forma e os detalhes estruturais, para que a prótese cumpra os requisitos de retenção, de suporte e de estabilidade. (Borel et al., 1996)

Um laboratório de prótese, que receba um modelo fora do contexto clínico, pode propor numerosas soluções de tratamento, mas só os dados recolhidos no exame clínico e no estudo

dos modelos, em oclusão, permitem fazer uma eleição precisa dos componentes da estrutura da prótese. Esta é a razão pela qual mandar um modelo ao protésico, sem desenho, constitui um acto de empirismo que torna o êxito do tratamento numa questão de sorte ou azar. (Borel et al., 1996)

#### 4.3.2- Prótese Total

##### 4.3.2.1- DVO

Após a perda de todos os dentes de um ou de ambos os arcos dentários, dois fundamentos relacionados entre a mandíbula e a maxila devem ser restabelecidos: um horizontal, definido ao nível de base do crânio, por meio dos côndilos e respectivas fossas articulares, e que recebe o nome de relação cêntrica (RC), e outro vertical, definido pelo grau de separação entre a mandíbula e maxila, e que recebe o nome de dimensão vertical. (Nogueira, 1993; Ditterich, 2005) A dimensão vertical é dividida em dimensão vertical de repouso (DVR) e dimensão vertical de oclusão (DVO). A dimensão vertical de repouso tem sido definida como a distância vertical entre a maxila e a mandíbula, quando os lábios se tocam normalmente e os músculos elevadores e depressores da mandíbula estão em equilíbrio - posição de repouso fisiológico. Já a dimensão vertical de oclusão é a distância vertical entre a maxila e mandíbula, quando os dentes estão em oclusão. (Wulff *cit. in* Ditterich et al., 2005)

Para determinação da dimensão vertical, muitos métodos e técnicas estão descritos na literatura. Actualmente, porém, alguns foram postos em desuso, pelos profissionais, devido à complexidade da sua utilização. Os métodos mais relatados são através da deglutição (Monson), da fonética (Silvermann), da técnica de Willis, da metria (Pleasure), da técnica de Tamaki, da respiração, da técnica de Beresin e Schiesser e da mioestimulação. O princípio de todos estes métodos é a medição da distância entre um ponto fixo, na maxila, e outro na mandíbula, de preferência na linha média da face. Também se deve considerar que nenhum método é superior ao outro e que o recomendável seria a associação de várias técnicas para a determinação da dimensão vertical. (Ditterich et al., 2005)

A posição do paciente, os utensílios e pontos de medição da DVR e a determinação do espaço livre de inoclusão fazem variar ainda mais o leque de diferenças no modo de trabalho de cada profissional. (Makzoumé, 2001)

A verdade é que todos os procedimentos conhecidos até hoje podem servir de guia ou constituir uma ajuda indispensável na determinação da DVO, mas nenhum deles, por si só, permite a obtenção desse valor. (Makzoumé, 2001)

Mesmo que pareçam existir consideráveis capacidades adaptativas nas variações da DVO, certamente há limites a essas variações. Uma grande variação da DVO pode alterar a homeostase do aparelho mastigatório, podendo haver distúrbios musculares ou tendinosos. (Orthlieb et al., 2002)

#### 4.3.2.2 – Problemas após uso da PT

Pode ocorrer uma variedade de problemas após uso da PT, desde dor, perda de retenção, defeitos de oclusão a náuseas. Cada uma destas complicações pode desanimar até o mais optimista dos pacientes. (Lamb, 1993)

É reconhecido que após a colocação da prótese, inicia-se uma série de processos adaptativos, de grande importância, para a aceitação por parte do paciente. É comum surgirem dificuldades transitórias relacionadas com a fonética, com o excesso de salivação, na mastigação e de descoordenação mandibular, além de possíveis áreas de traumatismo, devido à extensão incorrecta ou áreas de compressão localizadas. (Leles et al., 1999)

As áreas dolorosas ou feridas são um dos problemas, após a inserção da PT, facto que vai retirar-lhes conforto e impressionar o paciente de forma negativa. Assim, há que determinar a sua causa e voltar a avaliar a situação. Kenneth Barrack elaborou uma relação área dolorosa/causa, de forma a ajudar a resolver alguns problemas, tal como podemos verificar na tabela 2.

Áreas dolorosas ou Feridas	Causa
Vestibular	Sobre-extendida
Limite posterior superior	Selamento posterior muito profundo
	Cortante
Ponto único na crista	Sobre-extendida
	Má oclusão
	Base
Generalizada na crista	Bolhas no acrílico
	DVO aumentada
Margem lingual	Base inadequada
	ORC em não harmonia com RC
Labial mandibular	Sobre-extendida
	Demasiada sobremordida vertical
	Hábito de mastigar em protusiva
	Sobre-extendida

Tabela 2: Áreas dolorosas após uso da PT. (Adaptada de Barrack et al., 1997)

Para além de áreas dolorosas, após inserção de uma PT, também é possível o paciente sentir outros tipos de desconforto, como os que se apresentam na tabela 3, acompanhados das respectivas causas.

Sensação de Ardência	Causas
Palato região anterior e crista	Pressão no foramen palatino anterior
Pré-molar até à tuberosidade	Pressão no foramen palatino posterior
Crista alveolar inferior anterior	Foramen Mentoniano
Morder Língua e Bochecha	Dentes posteriores topo a topo
	Dentes posteriores muito lingual ou bucal
	DVO diminuída
Inflamação generalizada de todos os tecidos em contacto	Alergia à base da prótese
Inflamação na área de suporte	Desadaptação da base
	Avitaminose
Dor da ATM	DVO diminuída
	ORC desarmonia com RC
	Artrite ou Trauma
Dificuldade em mastigar	

Tabela 3: Problemas após inserção da PT. (Adaptada de Barrack et al., 1997)

O ajuste da base da prótese e da oclusão devem ser controlados no próprio paciente. Em geral, quase sempre é necessário alguma rectificação, já que a toma de impressão das cristas desdentadas reflecte uma situação momentânea, que nenhum articulador é capaz de simular os pormenores funcionais de cada paciente, com absoluta exactidão. (Geering et al., 1988)

Problemas relacionados com a estabilidade da prótese podem dever-se a falhas de construção. Entre os factores determinantes da estabilidade da prótese destacam-se: selamento marginal, extensão, harmonia muscular, relação com a língua, bochecha e lábios, oclusão estática e articulação. (Geering et al., 1988)

#### 4.3.3 – Uso do Articulador

Na ausência de dentes de um determinado sector da cavidade oral, pode ser indicado como tratamento uma prótese parcial removível, onde o articulador pode ser empregue em duas situações distintas: no estudo do caso e ao longo da realização do trabalho: dimensões verticais, ORC e MIC, protusão, lateralidade e curvas funcionais. (Orthlieb et al., 2002)

Quando o Médico Dentista se questiona sobre o uso do articulador na reabilitação da falta total de dentes, a resposta pode ser dada com outra pergunta: qual será a posição relativa dos dois modelos de gesso, maxilar e mandibular, totalmente desdentados? Eles são a reprodução fiel das superfícies de apoio osteomucoso, mas não têm um meio intrínseco que os confronte. Então, questionar-se-á: quando utilizar um articulador em PT? Sempre. (Orthlieb et al., 2002)

O articulador é a ferramenta indispensável para que se abordem as sete etapas: estudo do caso clínico; transferência do modelo maxilar; determinação da dimensão vertical da porção inferior da face; transferência do modelo mandibular, após registo da relação intermaxilar;

regulamento das cápsulas condilares; montagem dos dentes anteriores e do espaço de inoclusão e montagem da porção posterior; e, finalmente, equilíbrio das próteses polimerizadas. (Orthieb et al., 2002)

#### **4.4 – Cirurgia**

##### **4.4.1 – Fases de uma exodontia**

Regra geral, para efectuar uma extracção de dentes na arcada superior utiliza-se anestesia infiltrativa, que se aplica tanto por vestibular como por palatino. Na arcada inferior, utiliza-se anestesia infiltrativa no sector anterior até ao primeiro pré-molar inclusive e o bloqueio do nervo alveolar inferior para a extracção do segundo pré-molar e molares. A esse bloqueio pode associar-se uma infiltração local do anestésico, tanto em vestibular como em lingual. Em alguns casos pode, também, aplicar-se uma anestesia intraligamentar. (Chiapasco, 2004)

Segue-se a sindesmotomia, que consiste na interrupção da parte mais coronal do ligamento periodontal. Pode ser realizada com um descolador ou com um sindesmótomo. Esta fase proporciona o descolamento das papilas, para que não sejam traumatizadas aquando a inserção da alavanca nos espaços interproximais. Irá permitir também a inserção do boticão na posição mais apical possível, com uma melhor adesão, bem como um centro de rotação mais apical nos movimentos de luxação, com menor risco de fractura das raízes. (Chiapasco, 2004)

A alavanca utiliza-se, como alternativa ou associada ao boticão, para a luxação da peça dentária e insere-se nos espaços interproximais. (Chiapasco, 2004)

O boticão é o instrumento principal na exodontia de um dente. Existem boticões específicos para a extracção de cada dente e para cada posição nas arcadas. A utilização de um boticão com um desenho específico deverá conseguir o máximo de contacto com o dente a extrair, para permitir uma correcta transmissão de força. (Chiapasco, 2004)

Depois da expansão do osso alveolar e da luxação do dente, este pode ser extraído com tracção delicada no sentido coronário e vestibular. Durante este movimento, é necessário evitar aplicar força excessiva, pois a avulsão do dente num momento imprevisto poderia provocar a fractura de alguma peça da arcada antagonista. (Chiapasco, 2004)

##### **4.4.3- Complicações numa exodontia**

Qualquer intervenção, mesmo que realizada por mãos peritas, pode expor-se a uma série de imprevistos e complicações. Os requisitos para tentar reduzir ou evitar estes acidentes

evidenciam uma atenta análise médica dos pacientes, um adequado conhecimento da anatomia bucal, uma detalhada planificação pré-operatória e realização de técnicas cirúrgicas limpas e pouco traumáticas. (Chiapasco, 2004) A tabela 4 providencia um pequeno resumo das complicações mais comuns que podem ocorrer numa cirurgia oral.

Complicações comuns em Cirurgia Oral	
Intraoperatórias	Pós-Operatórias
Hemorragia relevante	Hemorragias tardias
Lesões Neurológicas	Deiscência do coágulo
Lacerações nos tecidos moles	Infecção pós-extração: Alveolite seca; Abscesso subperióstico; Espículas Ósseas
Fracturas radiculares	
Fractura das corticais alveolares	Fístulas orosinusiais
Fractura da mandíbula	Sequelas de lesões neurológicas
Luxação ATM	
Deslocação das peças dentárias nos tecidos moles	
Comunicações orosinusiais	

**Tabela 4: Complicações comuns em Cirurgia Oral. (Chiapasco, 2004)**

As lesões no tecido mole podem ser consequência de uma utilização imprópria do boticão, ou da alavanca ou da falta de protecção durante as manobras com instrumentos rotatórios. Depois da laceração causada, é importante evitar a sua extensão, procedendo a uma sutura sem tensão e número excessivo de pontos. Os instrumentos rotatórios podem causar também queimaduras que têm como único tratamento a aplicação de um gel à base de clorhexidina, 2 ou 3 vezes, por dia. (Chiapasco, 2004)

Já a principal medida de prevenção das fracturas radiculares, se a análise pré-cirúrgica indica a presença de raízes desfavoráveis, consiste numa avulsão realizada com osteotomia e odontosseccção. (Chiapasco, 2004)

A aplicação de uma força excessiva durante a luxação do dente, sobretudo se esta é realizada com boticão, pode provocar a fractura do processo alveolar. É uma complicação mais característica dos dentes superiores, já que estes possuem uma cortical vestibular mais fina. Uma zona de particular risco é a tuberosidade maxilar durante a exodontia dos terceiros molares. (Chiapasco, 2004)

Se a parede da cortical fracturada tiver perdido a sua conexão com o periosteio deverá ser eliminada, ou, então, poder-se-á tentar separar a raiz da cortical e, se depois desta manobra, a cortical permanecer aderida ao periosteio, pode esperar-se pela cura espontânea com formação do calo ósseo e a consolidação do fragmento, em algumas semanas após. (Chiapasco, 2004)

Durante uma exodontia, também pode ocorrer deslocação dos elementos dentários nos tecidos moles, uma complicação rara, sempre relacionada com técnicas incorrectas e traumáticas. Já

se descreveram casos da deslocação desde a região retromolar dos terceiros molares superiores até à fossa infratemporal e de deslocações, por lingual, dos terceiros molares inferiores. O tratamento de uma deslocação dentária consiste na recuperação da posição do dente, sendo, por vezes, uma manobra muito complicada e, em caso de fracasso, é melhor reenviar o paciente a instalações adequadas. (Chiapasco, 2004)

As comunicações entre a cavidade oral e o seio maxilar sem um revestimento epitelial podem ter causas iatrogénicas ou não-iatrogénicas, e são susceptíveis a cura espontânea. Através da inspecção intra-oral, aspiração, irrigação, manobra de Valsalva e exame extra-oral, pode diagnosticar-se esse tipo de acidente. Para uma avaliação detalhada e tridimensional da comunicação orosinusal, deve recorrer-se à ajuda da tomografia computadorizada com a projecção de Waters. Na ausência de infecção e perante comunicação de dimensões limitadas, pode esperar-se uma cura espontânea, mas nos casos infectados e com um trajecto amplo ou fístulas, deve proceder-se, primeiro, à resolução da infecção e só depois ao fecho cirúrgico com retalhos, sem a mínima tensão. (Chiapasco, 2004)

A fractura mandibular pode ocorrer tardiamente, como revela um estudo dos autores de Hartford. Em 611 000 exodontias realizadas, registaram-se 28 fracturas tardias, por causas variadas, verificando-se ainda que é na segunda e terceira semana que se regista o maior risco operatório para a ocorrência deste acidente. Trata-se do período em que o tecido de granulação é substituído, progressivamente, por tecido conjuntivo. (Perry et al., 2000)

O nervo mandibular, juntamente com a raiz motora do nervo trigémio, passa através do forame oval para a fossa infratemporal, unindo-se com a raiz motora e dividindo-se quase que imediatamente em vários ramos. Dentro desses ramos, estão o nervo lingual e nervo alveolar inferior. (Pereira, 2004)

Também a lesão do nervo alveolar inferior apresenta uma incidência, após cirurgia de terceiro molar inferior, que varia de 0,6% (Goldberg *et al.*, 1985) a 7,6% (Rood, 1992). Van Gool et al. (1977) afirmaram que essa lesão ocorre, em média, em 5% das cirurgias. Centeno, em 1973, afirmou que a lesão do nervo alveolar inferior acontece quando há compressão do canal mandibular como consequência da rotação das raízes dos terceiros molares inferiores ao serem removidas. Esta pressão sobre o canal e seu conteúdo pode causar analgesia passageira, prolongada ou mesmo definitiva. (Pereira, 2004)

A lesão de dentes adjacentes e germens dentários pode ser outra complicação numa cirurgia oral, geralmente devido ao uso inadequado dos instrumentos. A sua reposição e revisão após meio ano estão indicadas para avaliar danos produzidos ou tomar outras medidas. (Sailer et al., 1997)

Também Boléo-Tomé (2004) registou o tipo e frequência de complicações, com uma taxa de 4,6% em exodontias do terceiro molar, sendo quase todas do terceiro molar inferior. (Anexo 5)

#### 4.5 – Periodontia

“A presença de quaisquer depósitos, mineralizados ou não, sobre as superfícies dos dentes é, sem dúvida, o mais importante factor no desenvolvimento da doença periodontal.”. (OMS *cit. in* Rigueira 1986)

“Há grande correlação entre higiene oral deficiente, presença de placa e prevalência de doença gengival periodontal.”. (Glickman *cit. in* Rigueira 1986)

##### 4.5.1 – Técnicas Periodontais

A bolsa periodontal é resultado da inflamação crónica dos tecidos gengivais, sendo importante eliminá-la, porque: é consequência da violação da integridade dos tecidos que a constituem e da união dento-gengival; quanto mais profunda, mais favorece a acumulação de placa bacteriana subgengival, apicalmente, nas superfícies radiculares; é difícil, para o paciente, higienizar áreas profundas; destrói progressivamente os tecidos de suporte periodontal e leva à perda dentária. (Rigueira, 1986)

As técnicas de instrumentação periodontal estão presentes nas 3 fases do tratamento periodontal: a fase inicial do tratamento activo, onde o objectivo é parar a progressão da doença; a fase cirúrgica ou correctiva, onde se pretende restaurar a função e a estética, reduzindo a profundidade das bolsas, ganhando acesso às superfícies radiculares, corrigindo problemas mucogengivais e regenerando defeitos ósseos; e, por fim, a fase de tratamento periodontal de suporte, que previne a recidiva da doença ao reavaliar, reinstrumentar e reforçar as medidas de controlo de placa. (Alves et al., 2004)

A eliminação da bolsa periodontal pode ser realizada dos seguintes modos:

- Reinserção: que pretende a reestruturação integral dos tecidos periodontais (por meio de Retalhos especiais e Excertos Ósseos).
- Eliminação da parede mole da bolsa: por contracção da parede mole (raspagem e alisamento radiculares e curetagem gengival); por excisão da parede mole (Gengivectomia); por deslocamento da parede mole (Retalho Deslizado Apicalmente).
- Eliminação da parede dura ou cementária (através da Amputação de Raízes ou Extracção dos dentes). (Rigueira, 1986)

A eleição da técnica de eliminação da bolsa baseia-se em alguns critérios, como: características gengivais; tipo de bolsa; deformidade do tecido mole e ósseo; envolvimento de furcas e comprometimento da mucosa alveolar. (Rigueira, 1986)

A remoção do biofilme bacteriano e de cálculos, sobretudo supragengivais, em bolsas com  $PS \leq 3$ , pode ser realizada com ultra-sons. A sua utilização está associada à diminuição da hemorragia após sondagem, à promoção e à criação de nova inserção e à eliminação da placa bacteriana e dos cálculos subgengivais, sendo menor a remoção de tecido radicular. No entanto, a instrumentação ultra-sónica também apresenta algumas desvantagens, como: um contacto visual diminuído, uma fraca sensação táctil e o facto de não deixar a superfície radicular abrangida perfeitamente lisa. (Alves et al., 2004)

Já a Raspagem e o Alisamento Radicular, seguidos do polimento coronário, são considerados um serviço profilático e preventivo. Por raspagem, entende-se a remoção do depósito das superfícies coronárias e radiculares dos dentes, e por alisamento radicular, a completa remoção do cimento amolecido e necrótico das superfícies radiculares, de modo a torná-lo regular, não favorecendo, assim, a acumulação de placa bacteriana. (Rigueira, 1986)

A RAR promove a remoção da placa bacteriana, de cálculo, de matéria alba e de manchas, ou seja, a eliminação dos factores de irritação local, sendo que reduz factores indutores da inflamação, prevenindo o agravamento da doença, ao mesmo tempo que controla a placa bacteriana e ajuda a estagnar o processo de destruição periodontal. (Rigueira, 1986)

Outra técnica da Periodontia ao dispor do Médico Dentista é a Gengivectomia: cirurgia de eliminação da bolsa periodontal, onde se procede à excisão da sua parede mole, seguida de RAR. (Rigueira, 1986)

Os Retalhos Periodontais consistem na separação de tecido gengival, e até da mucosa vizinha, por meios cirúrgicos. Têm como fins o acesso ao osso subjacente e o levantamento de um Retalho Gengivo-Mucoso, para descolá-lo da posição original. (Rigueira, 1986)

Na Periodontia, também encontramos ao dispor as Técnicas Regenerativas, que visam a reconstrução dos tecidos periodontais destruídos por doença, restabelecendo a arquitectura e a função. Para a regeneração ocorrer, as células que sintetizam cimento, osso e ligamento periodontal devem ocupar a zona de defeito periodontal e produzir estes tecidos especializados. (Polson, 1994)

O *Emdogain*® é um composto de proteínas derivadas da matriz do esmalte, capaz de induzir a regeneração periodontal. Como principais indicações destacam-se: o tratamento de defeitos infraósseos, as lesões de furca e as recessões gengivais. É um procedimento simples, com poucos riscos e menos invasivo que as técnicas de regeneração convencionais. (Pousa et al., 2005)

Ainda dentro das Técnicas Regenerativas Periodontais, abordando a técnica de Regeneração Tecidual Guiada (RTG), a membrana que funciona como uma barreira à migração epitelial e ao contacto do tecido conjuntivo com a raiz dentária, é a peça primordial. Vários tipos de barreiras físicas têm sido sugeridos para uso na RTG, sendo classificadas em duas categorias: as reabsorvíveis e as não reabsorvíveis. (Martins et al., 2001)

Também os Enxertos de Biomateriais vêm sendo utilizados no tratamento de defeitos ósseos decorrentes da doença periodontal. Entre eles, o osso autógeno mostra superioridade pela sua capacidade osteoindutora, embora seja de difícil obtenção. Os sítios enxertados podem resultar numa maior redução da profundidade de sondagem, num ganho maior de inserção e num melhor preenchimento do defeito do que os sítios tratados de maneira convencional. (Agostini et al., 2000)

## Capítulo V – Prescrição em Medicina Dentária

Frandexquini et al. (1998) realizaram um estudo, entre setembro de 1992 e Janeiro de 1993, em São Paulo, no Brasil, ao nível de informação e do modo de prescrição de 515 Médicos Dentistas. O objectivo pretendido foi o de avaliar o grau de conhecimento farmacológico e terapêutico destes profissionais. A pesquisa revelou um índice de conhecimento de 64% em farmacologia básica. Os medicamentos mais prescritos são os analgésicos/anti-inflamatórios (61%) e antibióticos (32%). No entanto, apenas 15% dos profissionais acertaram com a terapêutica antibiótica apropriada. Com base nestes resultados e em outros factores estudados, estes autores concluíram que o grau de informação é insuficiente e recomendaram uma formação mais direccionada à realidade clínica que o profissional de MD observa na sua prática diária. Foi detectado, também, que o conhecimento do profissional nesta área é influenciado pelos laboratórios farmacêuticos de origem multinacional.

O uso de AINE'S apresenta-se como uma excelente alternativa terapêutica no controle da resposta inflamatória, pós-clínica ou pós-cirúrgica, com a presença de dor e edema limitantes para o paciente. O seu mecanismo de acção baseia-se na inibição da produção de prostaglandinas, que estão intimamente relacionadas com os vasos sanguíneos, com as terminações nervosas e com as células envolvidas na inflamação. Porém, deve estar-se atento aos seus possíveis efeitos colaterais e/ou reacções adversas. No momento de sua prescrição, dever-se-á ter em conta o estado geral de saúde e as características individuais do paciente, uma vez que, se mal indicado ou principalmente mal prescrito, a sua agressão pode superar o seu benefício. (Serra et al., 2003)

Na Medicina Dentária, são usados os compostos de vida curta, onde as concentrações séricas estabilizam em 24 a 48 horas, e são predominantemente utilizados por via oral. Os AINE'S estão indicados, nesta área, para todos os processos inflamatórios decorrentes dos procedimentos, onde a dor, edema e a perda da função trazem desconforto ao paciente, e apresentam-se eficazes quando administrados no período pré-operatório, horas antes do procedimento. O pico máximo de dor pós-operatória ocorre entre 3 a 5 horas, sendo recomendada uma administração prévia de AINE'S, para que haja um nível sérico máximo nesse período. (Gaujac, 2006)

Os analgésicos têm o papel de complementar o efeito analgésico oferecido pelos AINE'S nas primeiras 24 ou 48 horas. A depender do grau de trauma sofrido na cirurgia, estas drogas podem ser indicadas para uso, sem a presença do AINE, e devem ser prescritas ao paciente, para que não se permita que a dor se instale. (Gaujac, 2006)

Os analgésicos comuns, de acção periférica, estão indicados para complementar a acção analgésica dos AINE'S ou para serem administrados isoladamente em situações onde se prevê uma dor pós-operatória de baixa intensidade. Os analgésicos opióides são, geralmente, considerados em situações onde a intensidade da dor é caracterizada de moderada a intensa, refractárias aos analgésicos de acção periférica. Doses convencionais de analgésicos de acção periférica produzem um efeito máximo, e assim, um aumento das doses não determina analgesia adicional, concorrendo apenas para aumentar a toxicidade. Como há variação individual de respostas a diferentes dosagens, uma forma de não induzir efeitos tóxicos é adoptar valores máximos que não excedam de 1,5 a 2 vezes as doses inicialmente recomendadas. (Gaujac, 2006)

Na área da Periodontia, fala-se de medicação quando a eliminação mecânica não é suficiente para tratar a doença periodontal. Aí há necessidade de combinar a antibioterapia. O emprego de antibióticos nas infecções periodontais é um tema controverso. Tradicionalmente, os fármacos mais utilizados são a penicilina e tetraciclina, embora não exista actualmente um protocolo terapêutico bem definido. (Espluges et al., 1993)

O tratamento da gengivite através da eliminação mecânica dos depósitos de placa bacteriana, deverá ser eficaz na generalidade das ocasiões, não estando indicada a antibioterapia. (Espluges et al., 1993)

As indicações de antibioterapia na periodontite do adulto são três: quando fracassa o tratamento mecânico convencional; prevendo a ineficácia do tratamento mecânico, havendo autores que propõem a entrada de antibióticos nos estádios mais avançados da lesão; e, em caso de recidiva, em pacientes já controlados. Já na periodontite refractária, a administração de antibióticos está claramente indicada. (Espluges et al., 1993)

Para a Gengivite associada a Periodontite Ulceronecrosante, a antibioterapia é aconselhada quando fracassa a parte mecânica do tratamento. (Espluges et al., 1993)

O emprego de anti-sépticos, sobretudo em forma de colutórios, tem demonstrado a sua eficácia no tratamento do paciente periodontal. A sua principal limitação relaciona-se com a incapacidade de penetrar no interior da lesão, principalmente em bolsas profundas, o que os torna ineficazes contra formas periodontopatogénicas mais avançadas. A gengivite por placa é a patologia em que o uso de colutórios está mais indicado, pela superficialidade das lesões. (Espluges et al., 1993)

Acerca da prescrição na área de Endodontia, estudos revelam que mais de metade dos pacientes não reportam dor após um TE. No entanto, também uma percentagem revela dor

moderada a severa, enquanto uma pequena proporção de pacientes experienciam *flare-up*. Aos pacientes que têm um risco acrescido de dor pós-operatória devem ser prescritos analgésicos, para 2 ou 3 dias, de 6 em 6 horas. Depois desse período, o consumo deve ser feito consoante a dor sentida (em SOS) e deve ser considerado o uso de anestésicos de longa duração. (Walton et al., 2002)

Os antibióticos sistêmicos não são substitutos do tratamento local apropriado. Até porque, a maioria das infecções endodônticas podem ser tratadas sem eles. Pacientes saudáveis, sem sinais sistêmicos e sem sintomas de infecção, mas com pulpíte sintomática, periodontite apical sintomática, fístula ou tumefacção localizada, não requerem antibioterapia. No entanto, pacientes com risco de infecção secundária depois de uma bacterémia, incluindo os portadores de doenças como: Reumatismo, Doença Cardíaca Congénita, Válvulas Cardíacas Protéticas, Colapso da Válvula Mitral com regurgitação, Diabetes não controlados ou pacientes imunocomprometidos, devem receber regime de antibióticos. (Walton et al., 2002)

Quanto ao uso de antibióticos na área da Cirurgia, já Becker (1986), Rahn (1989), Fleming e al. (1990) e Berthold (1993) defendem que a antibioterapia representa o último recurso em caso de sintomatologia desconhecida, não devendo ser usados como procedimento de rotina geral. (Sailer et al., 1999)

É importante não esquecer que os agentes patogénicos microbianos têm capacidade para alterar a sua estrutura genética, permitindo-lhe criar resistências contra todas as formas de anti-microbianos. As bactérias podem ganhar resistência mudando o alvo específico onde se ligam ao antibiótico, resultando numa afinidade menor ou banindo o antibiótico da célula. Enquanto profissionais de saúde, temos que garantir que a administração dos antibióticos é feita de modo adequado e baseada num diagnóstico com exactidão. (Glick, 2006)

## Capítulo VI – Participantes e Métodos

### 6.1 – Tipo de Estudo

Este é um estudo transversal em que foram definidas questões a responder, a população a estudar e um método de escolha da amostra.

### 6.2- Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é de conveniência, sendo constituída por Médicos Dentistas e/ou Estomatologistas (n=100) a exercer profissão em Portugal Continental, Açores e Madeira.

Critérios de inclusão: Médicos Dentistas e Estomatologistas a exercer em Portugal, de ambos os sexos e de qualquer faixa etária.

Critérios de exclusão: Médicos Dentistas e Estomatologistas que nunca tenham exercido, bem como profissionais já reformados.

### 6.3 – Colheita de dados

Realizou-se um questionário, constituído por 49 perguntas, que foi distribuído e recolhido depois de preenchido. Questões que originaram dúvidas aos participantes foram eliminadas do estudo. (Anexo 6)

Foram entregues, pessoalmente, 86 questionários em clínicas e consultórios dentários, dos quais se obteve um total de 37 questionários respondidos. Foram enviados, por correio electrónico, 103 questionários, dos quais foram recebidas 26 respostas. Destinaram-se 200 questionários via postal domiciliária, dos quais foram recebidos 37. Num total de 389 distribuições, obteve-se um total de 100 respostas.

Aquando a entrega pessoal ou envio dos questionários foi explicado, de forma clara, aos Médicos Dentistas/Estomatologistas, os objectivos do estudo em questão e que poderia aceitar, ou não, participar no estudo.

Um dos pontos também esclarecido e assegurado relaciona-se com o Anonimato dos participantes, garantindo-se a privacidade da amostra em estudo. Na distribuição postal domiciliária foi enviado, juntamente com o questionário, um subscrito apenas com endereço do destinatário.

A colheita de dados decorreu entre os meses de Janeiro e Agosto de 2008.

#### 6.4 – Processamento de dados

As informações recolhidas foram tratadas utilizando o software SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 16.0, e também o Microsoft Excel.

A representação gráfica dos dados é geralmente uma boa abordagem para as análises estatísticas a efectuar, por facultar uma rápida consulta e compreensão dos resultados.

Para descrever os participantes do estudo, foram aplicadas metodologias de análise descritiva apropriadas, nomeadamente, gráficos e medidas sumário. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%); as variáveis contínuas foram descritas utilizando médias (m), desvio padrão (dp) ou medianas (mdn), percentis 25 e 75 (Amplitude Inter-Quartil (AIC)).

Foi usado o teste de independência do Qui-Quadrado para testar a existência ou não de relação entre variáveis categóricas. Quando mais de 20% das células de cada tabela apresentaram frequência esperada relativa à análise de associação de duas categóricas, inferior a 5, usou-se, em alternativa, o Teste Exacto de Fisher, caso a tabela fosse de dupla entrada, caso contrário não se apresentaram os resultados do teste.

O teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para testar hipóteses relativas à comparação da idade, ao número de anos que os profissionais exercem a profissão e ano de formatura, em relação a variáveis categóricas, uma vez que a distribuição destas variáveis é assimétrica.

De forma a estudar as associações entre a idade e número de anos que exercem a profissão, foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que estas não tinham distribuição normal, servindo-nos do respectivo diagrama de dispersão.

Para todos os testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 0,05 ( $\alpha=5\%$ ).

## Capítulo VII – Resultados

### 7.1 – Apresentação dos resultados

#### Caracterização dos participantes do estudo (n=100) no que concerne às características sócio-demográficas

Os participantes deste estudo apresentam idades entre 22 e 56 anos, sendo as percentagens máximas de 12% para os 26 anos e 9% para 25 anos.

	n	(%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	46	(46)
Masculino	54	(54)
<b>Prática Clínica</b>		
Generalista	80	(80)
Predominante Periodontia	1	(1)
Predominante Endodontia	2	(2)
Predominante Cirurgia Oral	1	(1)
Predominante Ortodontia	5	(5)
Predominante Prótese	1	(1)
Exclusiva Ortodontia	1	(1)
Predominante Prótese Fixa	3	(3)
Predominante Odontopediatria	2	(2)
Predominante Implantologia	4	(4)
<b>Universidade em que se licenciou</b>		
UFP	35	(35)
FMDUP	33	(33)
UNISA	2	(2)
ISCS-N	13	(13)
ISCS-S	5	(5)
Univ Brasil	3	(3)
Univ Bélgica	2	(2)
Universidade de Coimbra	3	(3)
FMDL	3	(3)
Universidade Oviedo (Espanha)	1	(1)
<b>Ano de formatura (em décadas)</b>		
Década 70	2	(2)
Década 80	19	(19)
Década 90	25	(25)
Década de 2000	54	(54)
<b>Formação Extra</b>		
Não	58	(58)
Sim	42	(42)
<b>Formação Extra</b>		
Sim, Endodontia	1	(3)
Sim, Ortodontia	16	(40)
Sim, Prótese	4	(10)
Sim, Odontopediatria	1	(3)
Sim, Prótese Fixa	2	(5)
Sim, Impantologia	3	(8)
Sim, Periodontia, Implantologia, Ortodontia	2	(5)
Sim, Endodontia, Ortodontia	1	(3)
Sim, Implantologia, Ortodontia	4	(10)
Sim, Cirurgia, Prótese Fixa	1	(3)
Sim, Cirurgia, Ortodontia	1	(3)
Sim, Medicina Dentária Estética	1	(3)
Sim, Saúde Pública	2	(5)
Sim, Ortodontia, Oclusão	1	(3)

Tabela 5: Caracterização dos participantes do estudo (n=100), no que concerne às características sócio-demográficas.

Uma percentagem de 46% dos participantes são mulheres e 54% são homens. (Tabela 5)

Oitenta por cento dos inquiridos assinalaram prática generalista em medicina dentária; 5% assinalaram prática predominante em Ortodontia; 4% referiram ter prática predominante em Implantologia; e 3% disseram ter prática predominante em prótese fixa. Seguem-se valores percentuais mais baixos para a prática predominante em Endodontia e Odontopediatra, com 2%, e com 1% apresentaram-se as práticas predominantes em Periodontia, Cirurgia oral, Prótese e prática exclusiva em Ortodontia. (Tabela 5)

Uma percentagem de 35% dos participantes licenciou-se na UFP, 33%, na FMDUP e 14%, no ISCS-N. A restante percentagem distribui-se por licenciaturas na: UNISA, ISCS-S, FMDL e Universidade de Coimbra. Três por cento das participações dizem respeito a pessoas formadas noutros países: Espanha, Bélgica e Brasil. (Tabela 5)

	Média	(dp)	min	P25	mediana	P75	max
<b>Idade</b>	35	(10)	22	26	32	43	56
<b>Número anos exerce profissão</b>	9	(8)	1	1	7	17	30
<b>Ano de Formatura</b>	1998	(9)	1976	1991	2001	2007	2008

dp: Desvio padrão; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75.

**Tabela 6: Caracterização dos participantes do estudo (n=100), no que concerne à idade, número de anos de experiência da profissão e ano de formatura.**

Os participantes têm entre 22 e 56 anos, apresentando uma mediana de 32 anos. Relativamente ao número de anos que exercem a profissão, estes correspondem a um intervalo compreendido entre 1 e 30 anos. (tabela 6) Os inquiridos que exercem a profissão há 1 ano, estão em maioria neste estudo (31%). O ano de formatura varia entre 1976 e 2008, apresentando a mediana em 2001. Os participantes formados em 2007 estão em maioria neste estudo (26%).

	Sexo													
	Feminino (n=46)							Masculino (n=54)						
	média	(dp)	Min	P25	mediana	P75	max	média	(dp)	min	P25	mediana	P75	max
<b>Idade</b>	35	(9)	24	26	32	41	56	35	(10)	22	27	32	44	53
<b>Número anos exerce profissão</b>	10	(8)	1	1	8	17	30	9	(8)	1	1	6	15	26
<b>Ano de Formatura</b>	1998	(8)	1976	1991	2000	2007	2007	1998	(9)	1978	1991	2002	2007	2008

dp: Desvio padrão; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75.

**Tabela 7: Caracterização dos participantes do estudo (n=100), no que a concerne à idade, número de anos de experiência e ano de formatura, comparativamente com o sexo.**

A média de idades entre mulheres é de 35 anos, exercendo a profissão, em média, há 10 anos,

com formação no ano de 1998. Não muito diferente, os homens têm também 35 anos, em média, exercendo a sua profissão, em média, há 9 anos, e com formação também em 1998. (Tabela 7)

Relativamente à formação extra dos participantes: 58% não obtêm mais estudos além da licenciatura, e 42% têm mais formação. (Tabela 8) Desse conjunto que respondeu ter formação extra, entram em destaque os que têm esse nível de formação em Ortodontia. (Tabela 5)

	Formação Extra						p
	Total (n=100)		Não (n=58)		Sim (n=42)		
Idade, mdn (P25-P75)	32	(26-43)	28	(26-42)	34	(31-45)	0,002§
Número anos exerce profissão, mdn (P25-P75)	7	(1-17)	2	(1-17)	11	(6-17)	0,003§

mdn: mediana; P25 e P75: Percentis 25 e 75; §: Teste de Mann-Whitney

**Tabela 8: Caracterização dos participantes do estudo (n=100), no que concerne a algumas variáveis sócio-demográficas por formação extra.**

A mediana de idades dos profissionais que têm formação extra (34 anos) é superior à mediana de idades dos clínicos que não têm mais estudos além da licenciatura (28 anos). Também a mediana de anos de experiência profissional é superior para os profissionais que têm formação extra (11 anos versus 2 anos). Estas constatações têm significado estatístico. (Tabela 8)

	Formação Extra: Ortodontia						p
	Total (n=98)		Não (n=73)		Sim (n=25)		
Universidade em que se licenciou, n (%)							-
UFP	35	(36)	34	(47)	1	(4)	
FMDUP	32	(33)	19	(26)	13	(52)	
UNISA	2	(2)	1	(1)	1	(4)	
ISCS-N	13	(13)	10	(14)	3	(12)	
ISCS-S	5	(5)	3	(4)	2	(8)	
Univ Brasil	3	(3)	2	(3)	1	(4)	
Univ Bélgica	1	(1)	1	(1)	0	(0)	
Universidade de Coimbra	3	(3)	1	(1)	2	(8)	
FMDL	3	(3)	2	(3)	1	(4)	
Universidade Oviedo (Espanha)	1	(1)	0	(0)	1	(4)	
Idade, mdn (P25-P75)	32	(26-43)	29	(26-42)	34	(31-45)	0,021§
Número anos exerce profissão, mdn (P25-P75)	7	(1-17)	3	(1-15)	12	(7-17)	0,010§

mdn: mediana; P25 e P75: Percentis 25 e 75; §: Teste de Mann-Whitney.

**Tabela 9: Caracterização dos participantes do estudo (n=98), no que concerne a algumas variáveis sócio-demográficas, por formação extra em Ortodontia.**

Os clínicos de MD com formação extra em Ortodontia têm idade mediana de 34 anos e apresentam uma mediana de 12 anos de experiência profissional, sendo esta uma afirmação

com relevo estatístico. A maioria destes profissionais adquiriu a sua Licenciatura na FMDUP (52%), mas esta constatação não tem significado estatístico. (Tabela 9)

### Distribuição da idade dos participantes relativamente à prática clínica

	Idade			P
	n	mediana	(P25 P75)	
Prática Clínica Generalista	80	31	(26; 40)	0,004
Predominante alguma área de MD	20	42	(31; 50)	

P25 e P75: Percentis 25 e 75; §: Teste de Mann-Whitney.

Tabela 10: Distribuição da idade dos participantes do estudo (n=100) relativamente à prática clínica.

Os profissionais de MD inquiridos cuja prática clínica incide, predominantemente, numa área específica da MD, são mais velhos do que aqueles cuja prática clínica é generalista, sendo, respectivamente, a idade mediana de 42 anos (AIQ: 31; 50 anos) e de 31 anos (AIQ: 26; 40 anos); uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,004$ ), como demonstra a tabela 10.

	Idade							
	n	media	(dp)	min	P25	mediana	P75	max
Prática Clínica Generalista	80	33	(9)	22	26	31	40	55
Predominante alguma área de MD	20	41	(11)	25	31	42	50	56
Prática Clínica Generalista	80	33	(9)	22	26	31	40	55
Predominante Periodontia	1	52	(.)	52	52	52	52	52
Predominante Endodontia	2	42	(20)	28	28	42	56	56
Predominante Cirurgia Oral	1	53	(.)	53	53	53	53	53
Predominante Ortodontia	5	45	(7)	37	38	45	50	53
Predominante Prótese	1	46	(.)	46	46	46	46	46
Exclusiva Ortodontia	1	29	(.)	29	29	29	29	29
Predominante Prótese Fixa	3	42	(13)	27	27	50	50	50
Predominante Odontopediatria	2	25	(0)	25	25	25	25	25
Predominante Implantologia	4	39	(8)	32	33	36	44	50

dp: Desvio padrão; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75.

Tabela 11: Distribuição da idade dos participantes do estudo (n=100) relativamente às áreas de prática clínica.

A tabela 11 sugere que os profissionais a exercer prática exclusiva em Ortodontia e prática predominante em Odontopediatria são mais novos do que os profissionais das outras áreas (mediana de 29 e 25 anos, respectivamente); já os profissionais a exercer predominantemente Periodontia e Cirurgia Oral são mais velhos do que aqueles que trabalham nas restantes áreas (mediana de 52 e 53 anos, respectivamente), apesar de estas diferenças não terem significado estatístico.

## Relação do número de anos que exerce a profissão com a Idade

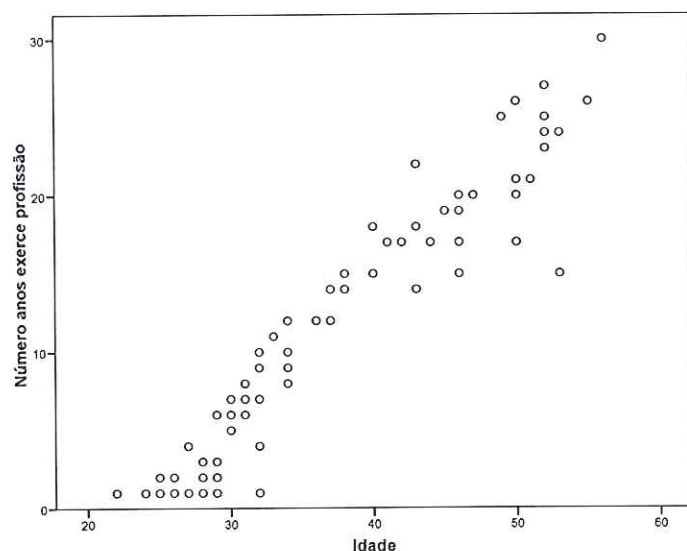


Gráfico 1: Diagrama de dispersão entre a idade (em anos) e o número de anos que os profissionais exercem a profissão.

		Número anos exerce profissão
Idade	Coefficiente de Correlação	0,954(**)
	<i>p</i>	<0,001
	<i>n</i>	100

\*\*Coeficiente de Correlação é significativo para um nível de significância de 0.01 (2-tailed).

Tabela 12: Coeficientes de correlação de Spearman entre a idade e o número de anos que os profissionais exercem a profissão.

Pela análise do diagrama de dispersão e da tabela 12, conclui-se que existe uma forte relação linear entre idade e número de anos que exercem a profissão ( $r=0,954$ ) e que o aumento do número de anos de exercício da profissão vem na sequência do aumento da idade.

## Seguimento do conhecimento adquirido como aluno de Medicina Dentária

Segue em pormenor o conhecimento que adquiriu enquanto aluno de MD?

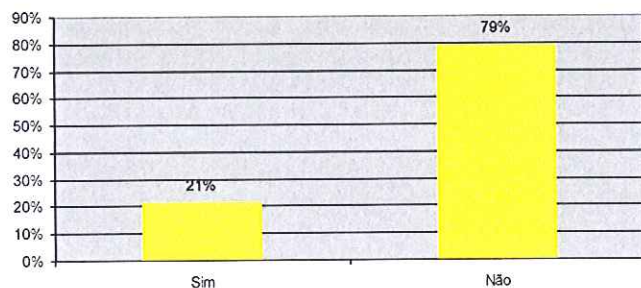
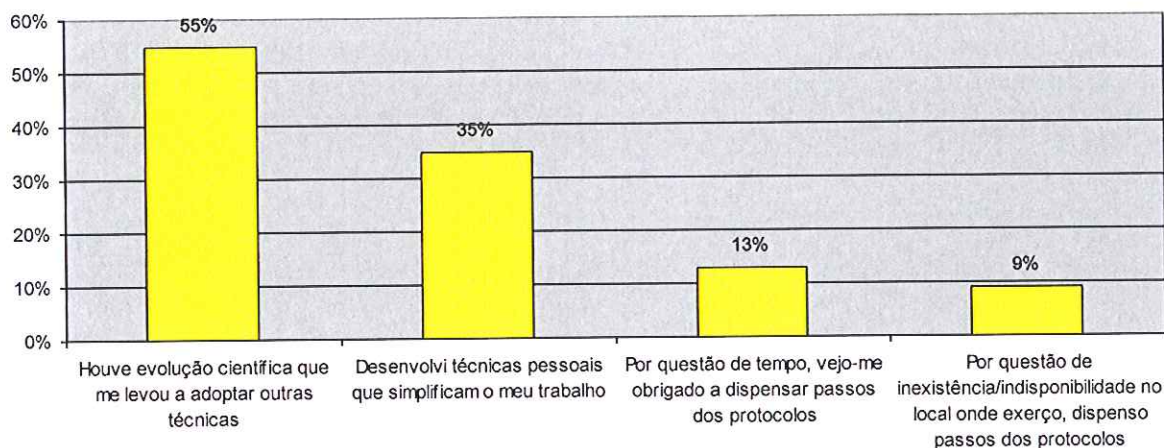


Gráfico 2: Seguimento do conhecimento adquirido enquanto aluno de MD.

Uma percentagem de 79% de clínicos não segue em pormenor o conhecimento adquirido enquanto aluno de MD indo contra os 21% que são rigorosos em relação ao que aprenderam. (Gráfico 2) Observe-se, então, no gráfico 3, os motivos pelos quais não são respeitados em pormenor os protocolos que se aprenderam aquando a Licenciatura.

Não, porque:



**Gráfico 3: Motivos pelos quais os clínicos não seguem o conhecimento adquirido enquanto alunos.**

Os profissionais que responderam não seguir, em pormenor, o conhecimento que adquiriram como aluno (79%) seleccionaram os seguintes motivos: 55% afirmam haver evolução científica que os levaram a adoptar outras técnicas; 35% dos clínicos dizem desenvolver técnicas pessoais que simplificam o seu trabalho; 13% vêem-se obrigados a dispensar alguns passos dos protocolos, por questão de tempo, e 9% não respeitam os protocolos por inexistência de material no local onde exercem. (Gráfico 3)

Porque as diferentes formações, as diferentes idades e o número de anos que os profissionais exercem a profissão formam um conjunto de parâmetros que pode influenciar o facto do clínico seguir, ou não, em pormenor, o conhecimento adquirido como aluno, resolveu-se procurar alguma correlação, neste âmbito.

Perante a análise do gráfico 2, podemos constatar, desde logo, que uma maioria absoluta dos profissionais de MD (79%) não segue, à risca, o que aprendeu durante a sua formação. A maioria dos clínicos que respondeu respeitar rigorosamente os conhecimentos adquiridos enquanto alunos, teve formação na UFP (48%); já a maioria dos clínicos que respondeu que não seguia, em pormenor, o que aprendeu, tirou a sua licenciatura na FMDUP (35%), apesar destas diferenças não terem relevância estatística. (Anexo 7)

Os profissionais que seguem, com rigor, os conhecimentos adquiridos enquanto alunos apresentam uma mediana de 3 anos de experiência de trabalho; já os que não seguem a sua formação ao pormenor apresentam uma mediana de 7 anos de experiência de trabalho.

Concluindo, os profissionais mais experientes não se regem, então, pelo que aprenderam de um modo tão minucioso. Podemos ainda acrescentar que a maioria dos profissionais que dizem sentir mais dificuldade em todas as áreas referidas, seguem menos a sua formação universitária. No entanto, apesar dos resultados sugerirem tais conclusões, nenhuma delas tem evidência estatística. (Anexo 7)

### Áreas de Medicina Dentária onde os MD sentem mais dificuldades

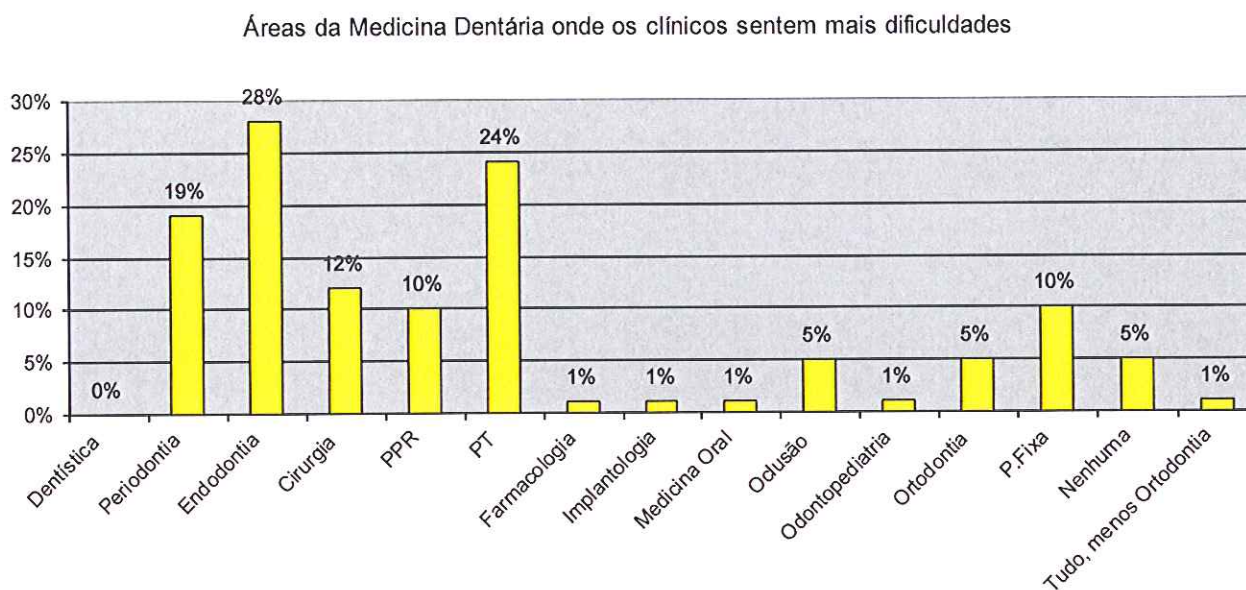


Gráfico 4: Áreas da Medicina Dentária onde os clínicos sentem mais dificuldades.

As áreas que apresentam mais dificuldades para os clínicos são: a Endodontia (28%) e a Prótese Total (24%). A área de Dentística parece proporcionar um grande à vontade aos profissionais, já que esta não foi assinalada em qualquer resposta. (Gráfico 4) Visto a área de Endodontia se apresentar como oferecendo mais dificuldades aos profissionais de MD, entendeu-se oportuno procurar algumas correlações.

	Em que áreas de MD costuma sentir mais dificuldade?						p
	Total (n=100)		Endodontia (n=28)		Não (n=72)		
<b>Universidade em que se licenciou, n (%)</b>							
UFP	35	(35)	12	(43)	23	(32)	-
FMDUP	33	(33)	8	(29)	25	(35)	
UNISA	2	(2)	1	(4)	1	(1)	
ISCS-N	13	(13)	3	(11)	10	(14)	
ISCS-S	5	(5)	2	(7)	3	(4)	
Univ Brasil	3	(3)	0	(0)	3	(4)	
Univ Bélgica	2	(2)	0	(0)	2	(3)	
Universidade de Coimbra	3	(3)	1	(4)	2	(3)	
FMDL	3	(3)	1	(4)	2	(3)	
Universidade Oviedo (Espanha)	1	(1)	0	(0)	1	(1)	
Idade, mdn (P25-P75)	32	(26-43)	30	(27-36)	33	(26-45)	0,282§
Número anos exerce profissão, mdn (P25-P75)	7	(1-17)	4	(1-13)	10	(1-18)	0,091§
<b>Segue em pormenor o conhecimento que adquiriu como aluno de MD? , n (%)</b>							
Houve evolução científica que me levou a adoptar outras técnicas	55	(55)	11	(39)	44	(61)	0,049*
Não	45	(45)	17	(61)	28	(39)	
<b>Segue em pormenor o conhecimento que adquiriu como aluno de MD? , n (%)</b>							
Desenvolvi técnicas pessoais que simplificam o meu trabalho	35	(35)	9	(32)	26	(36)	0,709*
Não	65	(65)	19	(68)	46	(64)	
<b>Segue em pormenor o conhecimento que adquiriu como aluno de MD? , n (%)</b>							
Por questão de tempo vejo-me obrigado a dispensar passos de protocolos	13	(13)	6	(21)	7	(10)	0,182**
Não	87	(87)	22	(79)	65	(90)	
<b>Segue em pormenor o conhecimento que adquiriu como aluno de MD? , n (%)</b>							
Por questão de inexistência/indisponibilidade no local onde exerço dispensei passos do protocolo	9	(9)	3	(11)	6	(8)	0,707**
Não	91	(91)	25	(89)	66	(92)	

mdn: mediana; P25 e P75: Percentis 25 e 75; §: Teste de Mann-Whitney; \* Teste de independência do Qui-quadrado; \*\*Teste Exacto de Fisher.

**Tabela 13:** Caracterização dos participantes do estudo (n=100), no que concerne a algumas variáveis sócio-demográficas e áreas de MD que costumam sentir mais dificuldades, pelo facto de sentir ou não dificuldade em Endodontia.

A maioria dos profissionais com mais dificuldades na área da Endodontia teve formação na UFP (43%), enquanto a maioria dos participantes que não assinalaram esta área como tendo dificuldades foi formada na FMDUP (35%), apesar de esta conclusão não ter significado estatístico. (Tabela13)

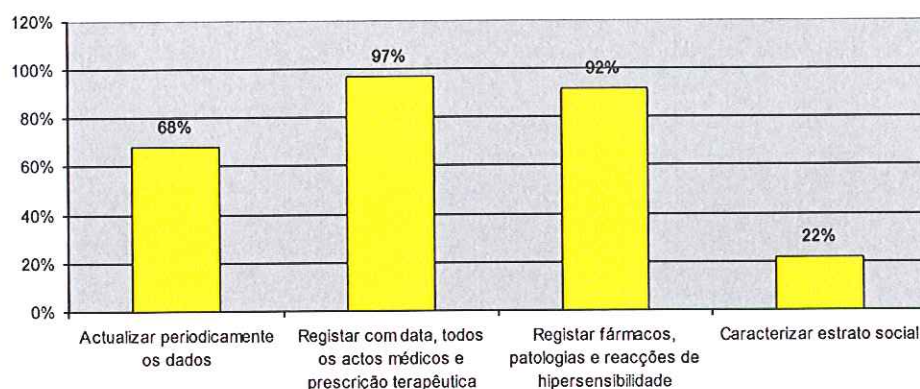
Os clínicos que consideram a Endodontia uma área de dificuldades apresentam uma mediana de 4 anos de experiência profissional, sendo inferior à mediana daqueles que não assinalaram esta área como tendo mais dificuldades, que é de 10 anos de experiência profissional. (Tabela 13)

Ainda podemos constatar na tabela 13, com significado estatístico, que os profissionais de MD que não seguem rigorosamente o conhecimento adquirido enquanto alunos, por considerarem que houve evolução científica que os levou a adoptar outras técnicas, não consideram a Endodontia uma área com mais dificuldades (n=44).

A maioria dos profissionais de MD que desenvolveu técnicas pessoais que simplificam o seu trabalho ou que por questão de tempo ou inexistência/indisponibilidade de material na clínica onde trabalha não segue, com rigor, a sua formação universitária, não assinalou a Endodontia como área difícil, apesar desta constatação não ter relevo estatístico. (Tabela 13)

### História Clínica do Paciente

Na história Clínica do Paciente costuma:



**Gráfico 5: Procedimentos dos clínicos relativamente à História Clínica do paciente.**

Relativamente à história clínica do paciente, verifica-se que a quase a totalidade dos clínicos regista sob data todos os actos médicos e prescrição terapêutica, bem como os fármacos e reacções de hipersensibilidade dos pacientes. No entanto, apenas 68% actualizam periodicamente os dados da história clínica e somente 22% caracterizam o estrato social do paciente. (Gráfico 5)

Correlacionou-se a idade do profissional de MD com o facto de estar a caracterizar, ou não, o estrato social do paciente, para perceber se esta é uma atitude mais recente. Realmente, a mediana de idades é inferior para os profissionais que fazem esta caracterização, mas esta diferença, para além de pouco expressiva, não tem significado estatístico. (Anexo 8)

## Medidas de Protecção

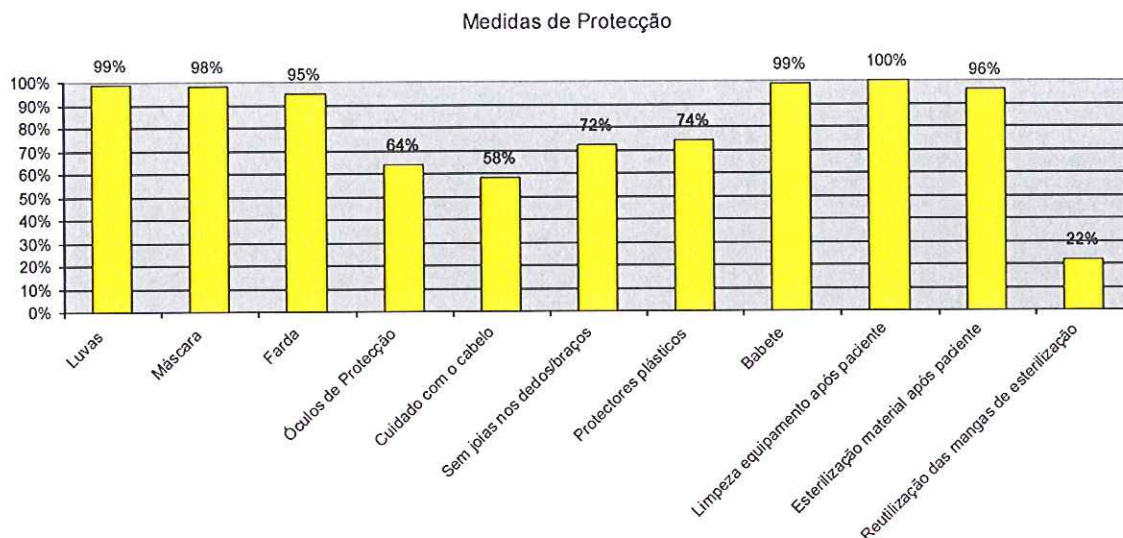


Gráfico 6: Medidas de protecção que os clínicos providenciam.

Todos os clínicos deste estudo fazem a limpeza do equipamento após paciente (100%), e a quase a totalidade afirma esterilizar o material após cada paciente (99%), usar luvas (99%), máscara (98%), farda (95%) e colocar babete no paciente (99%).

Menos cuidados se verificam no que concerne à colocação de protectores plásticos nas superfícies (74%), ao retirar de jóias dos dedos e braços (72%), à protecção visual (64%), dos cuidados com o cabelo (58%) e à reutilização das mangas de esterilização (22%). (Gráfico 6)

No gráfico 7, está demonstrado o número de vezes que os clínicos (22%) reutilizam as mangas de esterilização:

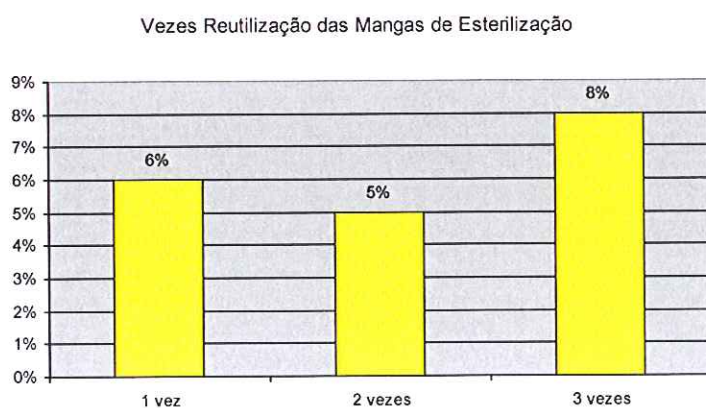


Gráfico 7: Número de Reutilizações das Mangas de Esterilização.

### Fases do TENC onde podem ocorrer mais erros

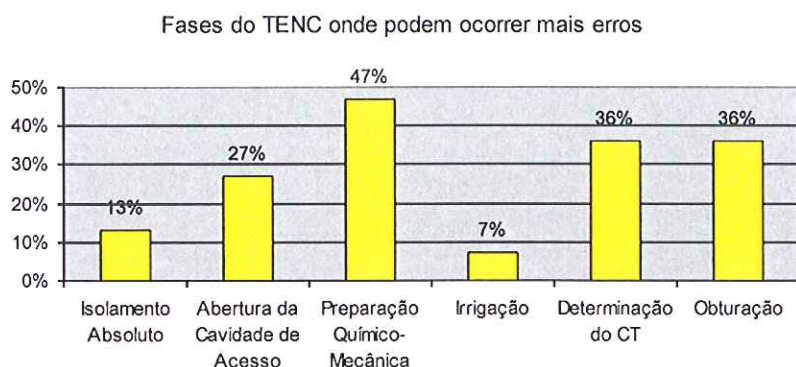


Gráfico 8: Opinião dos clínicos sobre as fases do TENC, onde podem ocorrer mais erros.

As maiores dificuldades dos clínicos parecem ocorrer durante a preparação químico-mecânica (47%), determinação do CT (36%) e obturação (36%). Alguns clínicos apontam a fase de abertura da cavidade de acesso como susceptível à ocorrência de erros (27%). Já a execução do isolamento absoluto e da irrigação foram assinaladas por menos participantes como fases susceptíveis a mais erros no TENC (13% e 7%, respectivamente). (Gráfico 8)

### Prática de Isolamento Absoluto

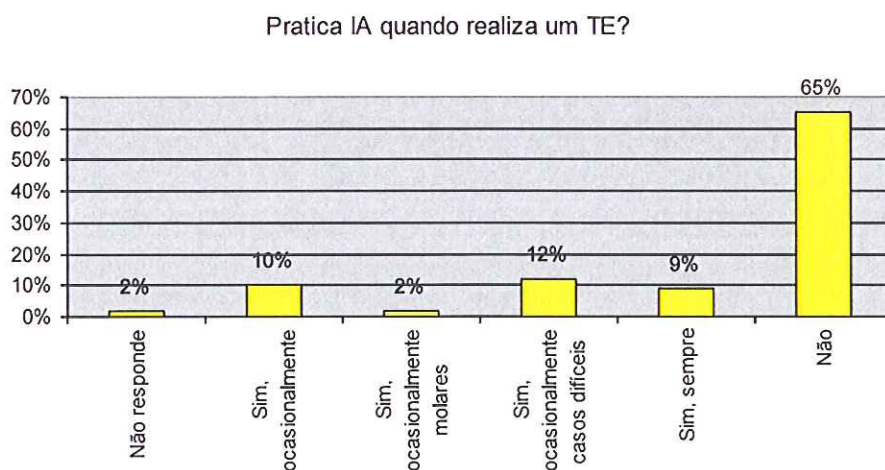


Gráfico 9: Prática de Isolamento Absoluto entre os clínicos questionados

65% dos MD questionados não praticam Isolamento Absoluto, enquanto 9% diz fazer sempre esta manobra no TENC. Ocasionalmente, 12% realizam esta prática, em casos difíceis, e 2%, em TENC de molares. Ocasionalmente, 10% dos MD fazem Isolamento Absoluto sem justificar quais as situações em que o realizam. (Gráfico 9) Veja-se, no gráfico 10, os motivos pelos quais os profissionais de MD não realizam o IA, aquando a realização de um TENC.

Não, porque:

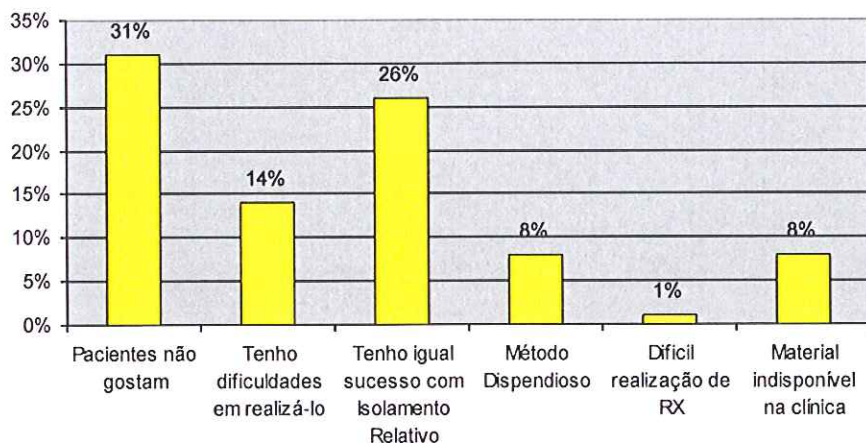


Gráfico 10: Motivos assinalados pelos clínicos para não realizar IA.

Os profissionais de MD que dispensam o IA no TENC (65%), utilizam isolamento relativo com rolos de algodão (87%) e aspiração (86%).

Dos profissionais que consideram o isolamento absoluto a fase do TE em que podem ocorrer mais erros, a maioria não o realiza (92%), embora seja uma constatação sem significado estatístico. (Anexo 10)

### Irrigação num TE

Quanto à irrigação num Tratamento Endodôntico:

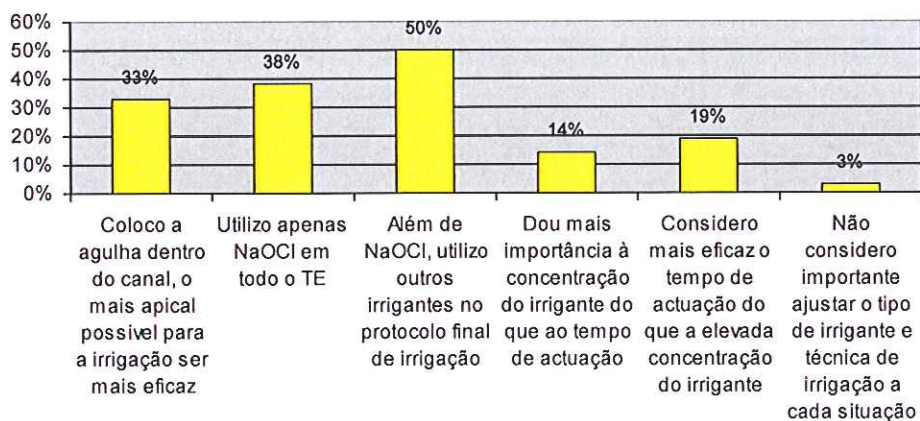


Gráfico 11: Aspectos assinalados pelos clínicos relativamente à irrigação num TE.

Relativamente à irrigação no TE, alguns procedimentos dos profissionais de MD (n=100) foram estudados. Em relação ao modo de realizar a irrigação, 33% dos profissionais afirmam colocar a agulha dentro do canal o mais apical possível, para este passo se tornar mais eficaz.

No que diz respeito ao irrigante, 14% dos participantes dão mais importância à sua concentração do que ao tempo de actuação; já 19% consideram mais eficaz o tempo de actuação do que a elevada concentração do produto. Ainda neste item, 38% dos profissionais de MD elegem o NaOCl o irrigante para todo o TE e 50% utilizam outros produtos, além do NaOCl, no protocolo final de irrigação. (Gráfico 11)

Procurou-se uma correlação entre a Endodontia, como área considerada mais difícil, e alguns aspectos relativos à irrigação. Os resultados sugerem que 43% dos profissionais que assinalam a Endodontia como área de maior dificuldade utilizam apenas o NaOCl em todo o TE; e que 46% dos clínicos que assinalam a Endodontia como uma área com obstáculos usam outros irrigantes no protocolo final, além do NaOCl, mas esta diferença de resultados não tem significado estatístico. (Anexo 9)

### Comportamento do MD perante uma Fractura de Lima ou Perfuração Radicular

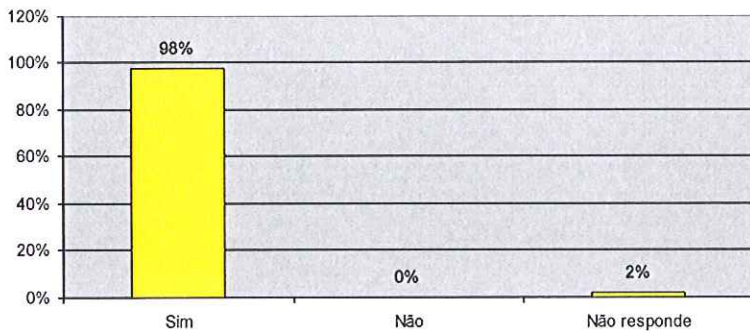


**Gráfico 12: Procedimento dos clínicos questionados perante uma fractura de lima ou perfuração radicular.**

Perante a fractura de uma lima ou perfuração radicular verificou-se: 60% dos MD avisam o paciente e controlam a evolução do caso após a obturação; 27% dos MD tentam remover o instrumento e prosseguem com o TENC e, caso não consigam continuar, referenciam para um colega especialista na área da Endodontia; 8% dos MD afirmam continuar o TENC de um modo normal e consideram uma atitude alarmista avisar o paciente; 2% dos inquiridos referenciam imediatamente um colega especialista em Endodontia; e 3% não responderam a esta pergunta. (Gráfico 12)

### Determinação do Comprimento de Trabalho (CT)

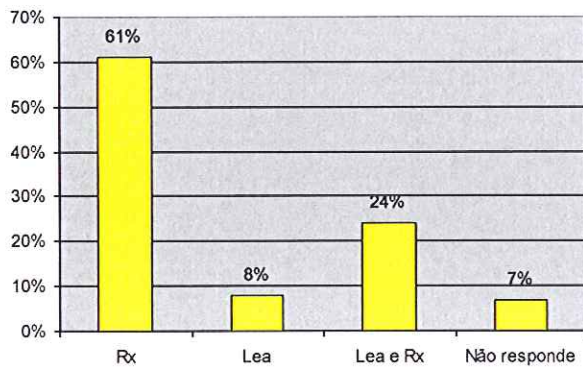
Costuma determinar o Comprimento de Trabalho na realização de um TE?



**Gráfico 13:** Hábito de determinar o CT na realização de um TE.

Uma percentagem de 98% dos questionados tem o hábito de determinar o CT, na realização de um TENC e 2% dos inquiridos não responderam a esta pergunta. (Gráfico 13) No gráfico 14, estão os métodos enunciados pelos participantes, para a determinação do CT.

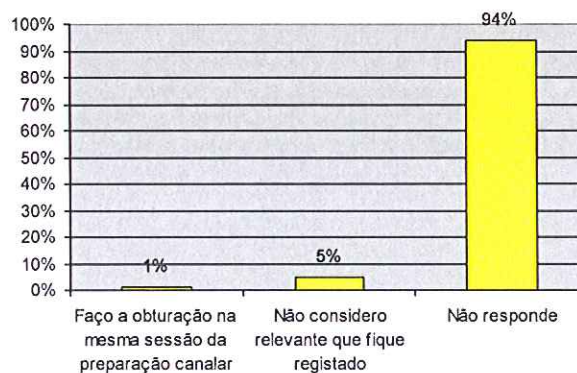
Como determina o CT?



**Gráfico 14:** Métodos de determinação do CT enunciados pelos clínicos.

A maioria dos participantes (91%) costuma anotar os valores do CT. Os profissionais que não têm por hábito anotar o CT justificaram-se conforme o referido no gráfico 16.

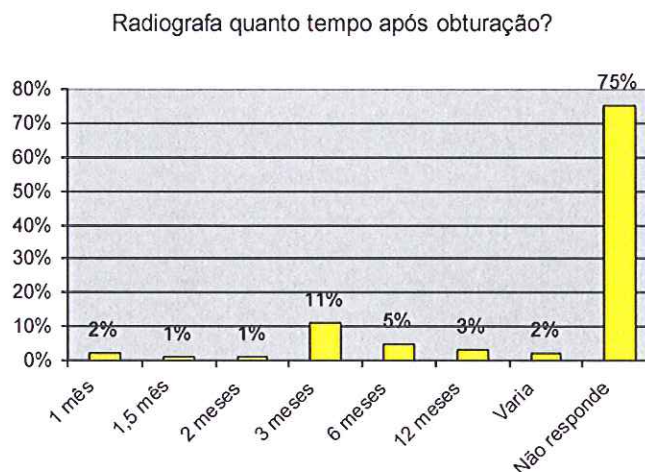
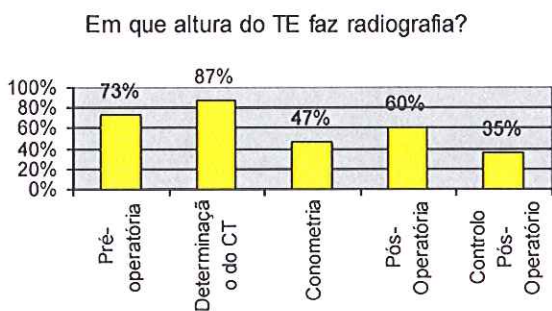
Não anoto os valores de CT, porque:



**Gráficos 15 e 16:** Respectivamente, hábito de anotar os valores do CT e motivos porque não regista valores do CT.

Os profissionais de MD que têm por hábito anotar o CT são, na maioria, profissionais que não sentem dificuldades na fase de determinação do CT num TE (63%), no entanto, esta correlação também não apresenta significado estatístico. (Anexo 11)

### Radiografias no TENC



**Gráficos 17 e 18:** Respectivamente os momentos do TE em que os clínicos realizam radiografias e no caso de realizar controlo pós-operatório, quanto tempo após a obturação.

Quando questionados sobre os momentos em que costumam realizar radiografias num TENC regista-se: 73% dos participantes afirmam realizar uma radiografia pré-operatória; 87% radiografam aquando a determinação do CT; 47% fazem a radiografia de conometria; 60% dos profissionais realizam uma radiografia pós-operatória; e somente 35% fazem um controlo pós-operatório, como o evidenciado no gráfico 17.

Dos participantes que fazem o controlo pós-operatório (n=35), 75% não referem quanto tempo depois da obturação realizam este passo, sendo que a maioria das respostas incidu sobre um espaço de 3 meses (11%). (Gráfico 18)

Tendo em conta que nem todos os profissionais de MD realizam as radiografias enumeradas, veja-se, no gráfico 19, as justificações apresentadas.



**Gráfico 19:** Motivos para a não realização de todas as radiografias num TENC.

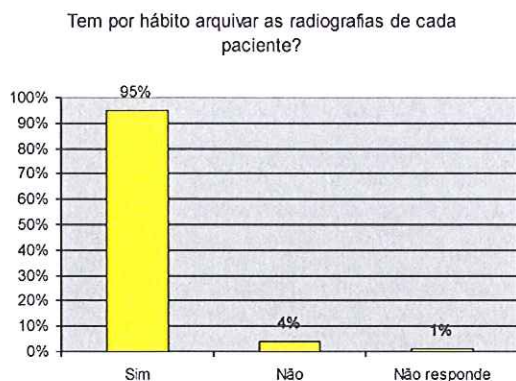


Gráfico 20: Hábito de arquivar as radiografias dos pacientes.

Uma percentagem de 95% dos MD tem o hábito de arquivar as radiografias que realizam ao longo do TENC; 4% não guardam as radiografias; e 1% não responde a esta pergunta. (Gráfico 20)

### Número de consultas para terminar um Tratamento Endodôntico

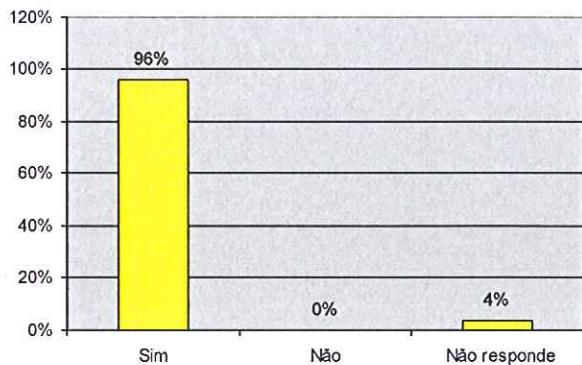
	Número de consultas para terminar um TE				
	Uma	Duas	Três	Mais do que Três	Não responde
Monorradicular com polpa vital	27%	55%	15%	1%	2%
Monorradicular com polpa necrosada	6%	54%	33%	5%	2%
Multirradicular com polpa vital	5%	47%	45%	1%	2%
Multirradicular com polpa necrosada	1%	22%	63%	12%	2%

Tabela 14: Número de consultas para terminar um Tratamento Endodôntico.

Relativamente ao número de consultas para terminar o TE, constata-se, conforme registo na tabela 14, que: monorradiculares com polpa vital são tratados maioritariamente em 2 consultas (55%); monorradiculares com polpa necrosada são tratados maioritariamente em 2 (54%) ou 3 consultas (33%); para multirradiculares com polpa vital são também usadas 2 (47%) ou 3 (45%) sessões; e para multirradiculares com polpa necrosada, os profissionais dividem-se entre o uso de 2 (22%), 3 (63%) ou mais de 3 consultas (12%).

## Restauração definitiva após TE

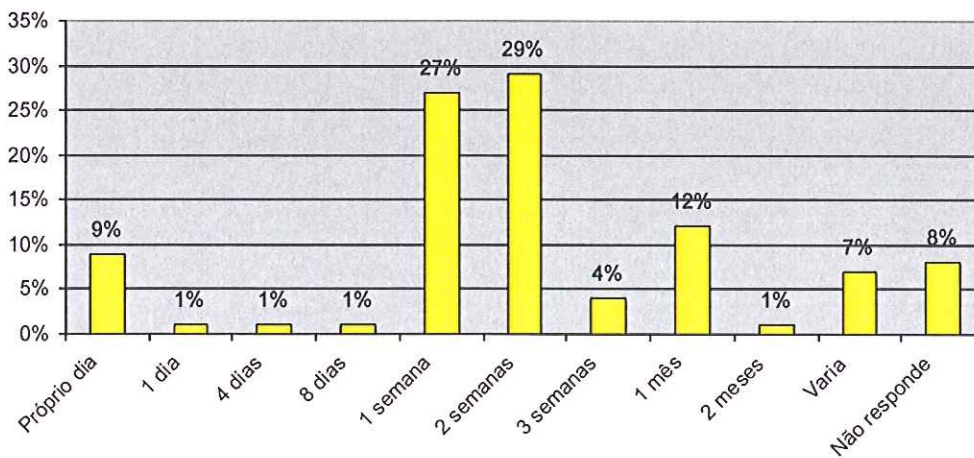
A restauração definitiva é feita por si?



**Gráfico 21: Restauração após obturação pelos próprios clínicos.**

Em 96% dos casos, são os próprios MD a realizar a restauração definitiva, após um TENC; 4% não responderam a esta pergunta. (Gráfico 21). Torna-se, então, uma curiosidade o período de tempo entre a consulta de obturação e a consulta da restauração definitiva do dente, conforme o levantamento, no gráfico 22.

Quanto tempo após obturação realiza a restauração definitiva?



**Gráfico 22: Período de tempo entre a obturação e a restauração definitiva.**

A maioria dos profissionais de MD realiza a restauração definitiva de dente endodunciado uma semana ou duas após a obturação. Nas respostas dadas, este período de tempo varia desde o próprio dia a 2 meses de intervalo entre as duas consultas. (Gráfico 22)

## Situações em que o profissional de Medicina Dentária não realizaria TE

Em que situações NÃO realizaria um Tratamento Endodôntico?

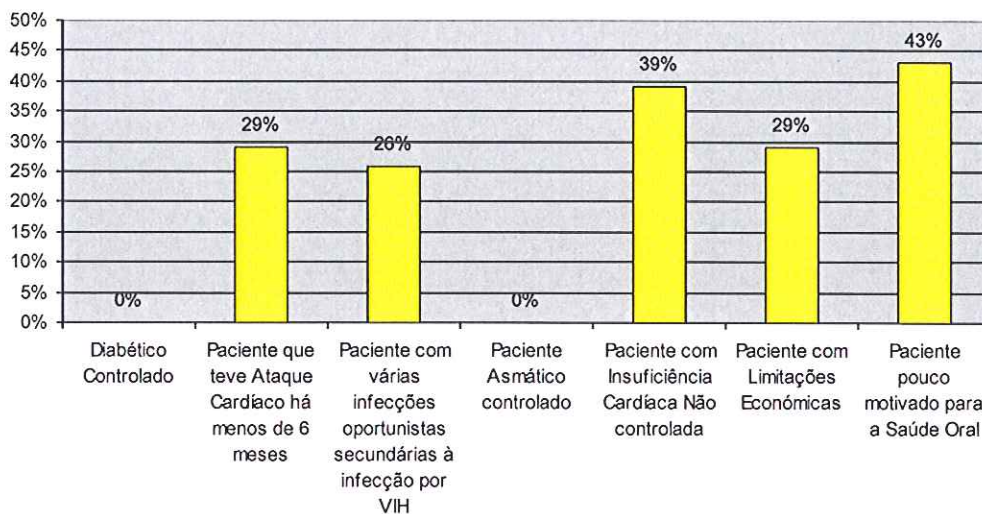


Gráfico 23: Situações em que os clínicos não realizariam um TE.

Quando os profissionais de saúde se vêem confrontados com situações que envolvem pacientes especiais, terão que providenciar a tomada de medidas em relação ao tratamento e, muitas vezes, abdicar da sua realização. No gráfico 23, são apresentadas algumas dessas situações de pacientes condicionados e a opção do profissional entre realizar, ou não, um TE. Aí, constata-se que a totalidade dos participantes (100%) recorre à realização do TE em pacientes diabéticos controlados e paciente asmáticos controlados, mas ficam registados outros resultados menos lineares.

## Utilização do Amálgama em restaurações

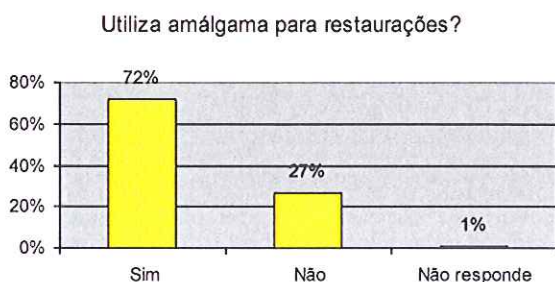
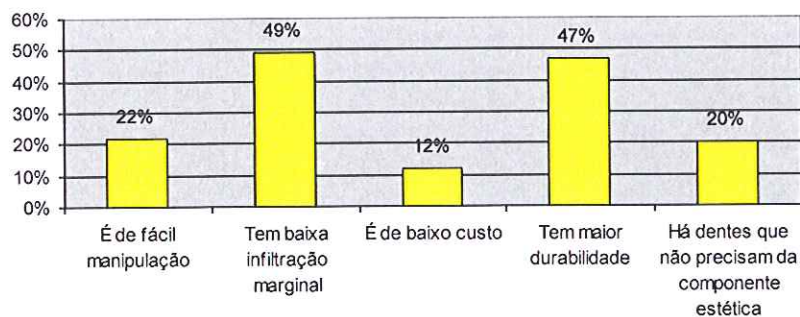


Gráfico 24: Utilização de Amálgama em restaurações.

Quanto à utilização do amálgama em restaurações: 72% dos profissionais de MD recorrem a este material para realizar as restaurações, enquanto 27% não usam o amálgama. (Gráfico 24)

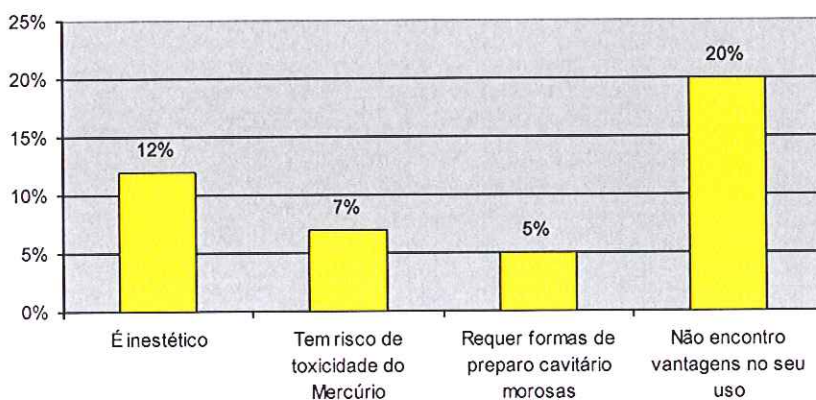
Uso amálgama porque:



**Gráfico 25: Motivos que levam os clínicos a utilizarem o Amálgama.**

Os profissionais de MD utilizam o amálgama (n=72) nas restaurações, porque: tem baixa infiltração marginal (49%); tem maior durabilidade (47%); é de fácil manipulação (22%); há dentes que não precisam da componente estética (20%) e é de baixo custo (12%). (Gráfico 25).

Não utilizo Amálgama, porque:



**Gráfico 26: Motivos que levam os clínicos a não utilizarem o Amálgama.**

Os profissionais de MD que não utilizam o amálgama (n=27), apresentam as seguintes justificações: o material não apresenta vantagens (20%); é inestético (12%); tem risco de toxicidade do Mercúrio (7%); e requer formas de preparo cavitário morosas (5%). (Gráfico 26)

## Cor do compósito

Quando escolhe a cor do compósito para uma restauração estética tem em atenção:

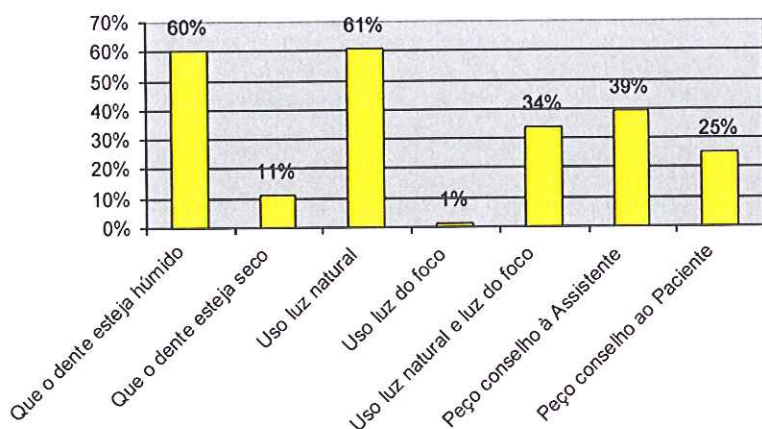


Gráfico 27: Escolha da cor do compósito.

Aquando da realização de uma restauração, em que pesa a componente estética, os profissionais de MD devem ter algumas considerações na escolha da cor do compósito. Assim, 60% dos participantes deste estudo têm em atenção que o dente a restaurar esteja húmido e 11% fazem a escolha com o dente seco. Relativamente à luz utilizada durante a selecção da cor: 61% usam apenas luz natural; 1% usa apenas luz do foco; e 34% usam a luz do foco e a luz natural. No que concerne à recolha de opiniões: 39% dos profissionais pedem conselho à assistente sobre a escolha da cor e 25% solicitam a opinião do próprio paciente. (Gráfico 27)

## Sistema Adesivo

Num tratamento de Dentística, se um paciente fechar a boca durante o ataque ácido, como procede?

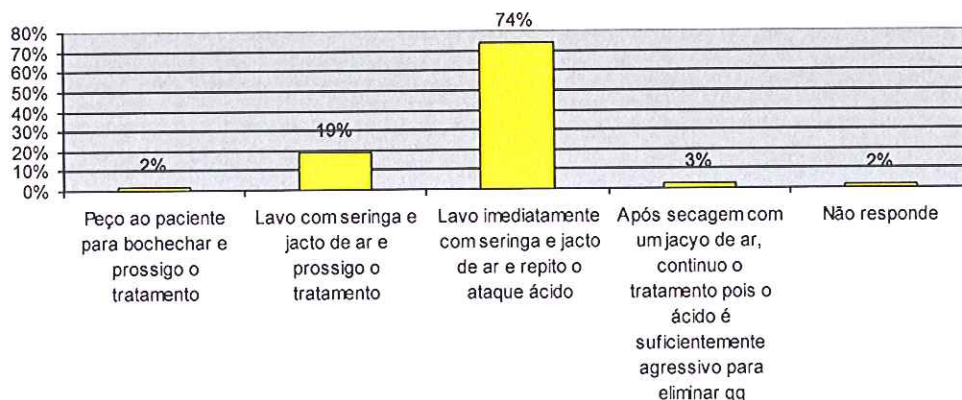
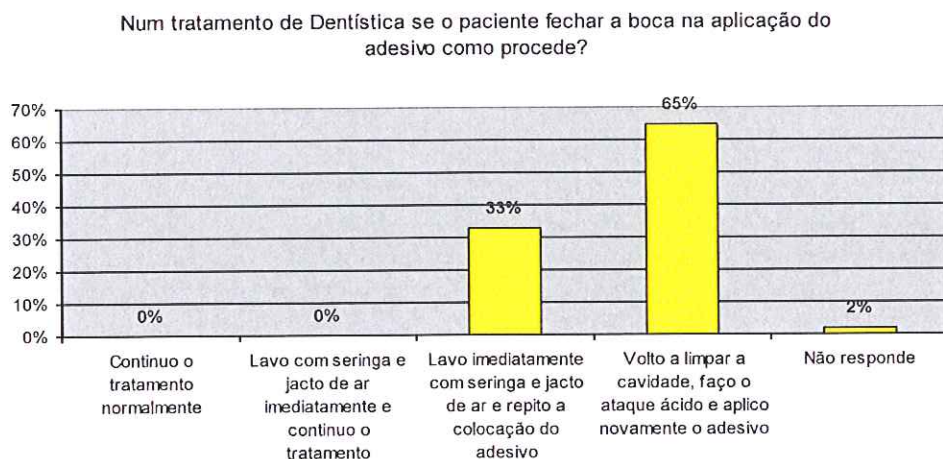


Gráfico 28: Procedimento dos profissionais quando o paciente fecha a boca durante o ataque ácido.

No caso do paciente fechar a boca aquando do ataque ácido: 74%, dos profissionais lavam imediatamente com seringa e jacto de ar e repete o ataque ácido; 19% lavam com seringa e jacto de ar imediatamente e continuam o tratamento; 3%, após secagem com jacto de ar, continuam o tratamento, pois consideram que o ácido é agressivo para eliminar qualquer contaminação da saliva; 2% pedem ao paciente para bochechar e prosseguem o tratamento; 2% não respondem à pergunta. (Gráfico 28)

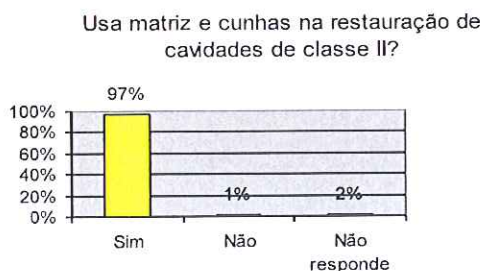


**Gráfico 29: Procedimento dos profissionais quando o paciente fecha a boca aquando a aplicação do adesivo.**

No caso do paciente fechar a boca aquando da aplicação do adesivo: 63% dos clínicos voltam a limpar a cavidade, repetindo o ataque ácido e a aplicação do adesivo; 33% lavam imediatamente com seringa e jacto de ar e repetem a colocação do adesivo; 2% não respondem à pergunta. (Gráfico 29)

A maioria dos profissionais que refere não seguir, em pormenor, o conhecimento adquirido como aluno e preferem simplificar o seu trabalho (38%), no caso de um paciente fechar a boca na aplicação do adesivo, soluciona a situação voltando a limpar a cavidade, fazendo o ataque ácido novamente e aplicando outra vez o adesivo. No entanto, esta constatação não apresenta relevo estatístico. (Anexo 12)

### Uso de matriz e cunhas



**Gráfico 30: Uso de matriz e cunhas em restaurações de cavidade de classe II.**

A quase totalidade dos profissionais de MD (97%) usa matriz e cunhas em restaurações de cavidade de classe II. (Gráfico 30)

### Envio do desenho da PPR para o laboratório de prótese



Gráfico 31: Envio do desenho da PPR para o laboratório de prótese.

Numa reabilitação protética, 60% dos clínicos não enviam o desenho da PPR para o laboratório de prótese, enquanto 37% afirmam que têm por hábito enviar o desenho; 3% não responderam a esta questão. (Gráfico 31)

Relativamente aos profissionais que costumam enviar o seu desenho da prótese para o protésico, 11% não refere a PPR como área de maior dificuldade e 89% assinala a PPR como uma das áreas onde surgem mais obstáculos, no entanto, esta diferença não tem significado estatístico. (Anexo 13)

A maioria dos profissionais que não segue, em pormenor, o conhecimento adquirido enquanto aluno, visto que desenvolveu técnicas que simplificam o seu trabalho ou que, por questões de tempo, se vêem obrigados a saltar passos dos protocolos, não têm por hábito enviar o seu desenho da PPR para protésico (n=25 e n=10, respectivamente), embora estas constatações não tenham significado estatístico. (Anexo 13)

A maioria dos profissionais que envia o desenho da PPR para o laboratório de prótese foi formada na FMDUP (43%), enquanto a maioria que não envia o seu desenho ao protésico foi formada na UFP (37%); no entanto, estas conclusões não têm relevância estatística. (Anexo 13)

### Detecções mais frequentes na altura da colocação de uma Prótese Total

Durante a colocação de uma PT, os profissionais de MD costumam detectar: erros de oclusão (72%); falta de retenção (53%); imperfeições estéticas (12%); erros na superfície da prótese (11%); e outras irregularidades não especificadas (2%). (Gráfico 32)

O que é comum detectar na altura da colocação de uma PT?

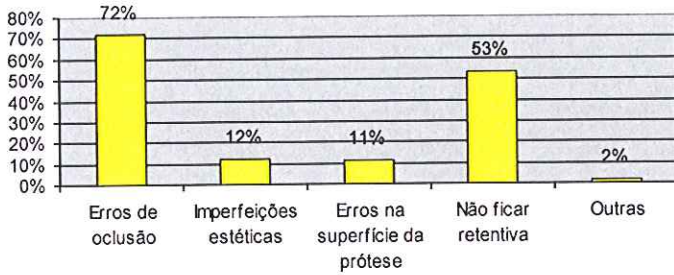


Gráfico 32: Detecções mais frequentes na altura da colocação de uma PT.

### Áreas dolorosas/feridas mais comuns após primeiros tempos de uso de uma PT

Áreas dolorosas após primeiros tempos de uso de uma PT:

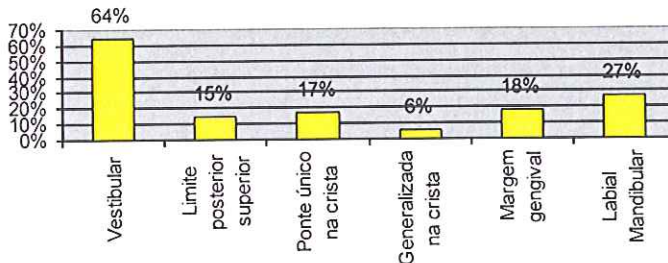


Gráfico 33: Áreas dolorosas após primeiros tempos de uso de uma PT.

Após os primeiros tempos de uso de uma PT, os profissionais de MD admitem que é mais comum os seus pacientes se queixarem, essencialmente de áreas dolorosas ou feridas: por vestibular (64%); por labial mandibular (27%); na margem gengival (18%); em um ponto único na crista (17%); no limite posterior superior (15%); e de forma generalizada na crista (6%). (Gráfico 33).

### Outras queixas do paciente, após colocação de PT

Queixas mais frequentes do paciente de PT:

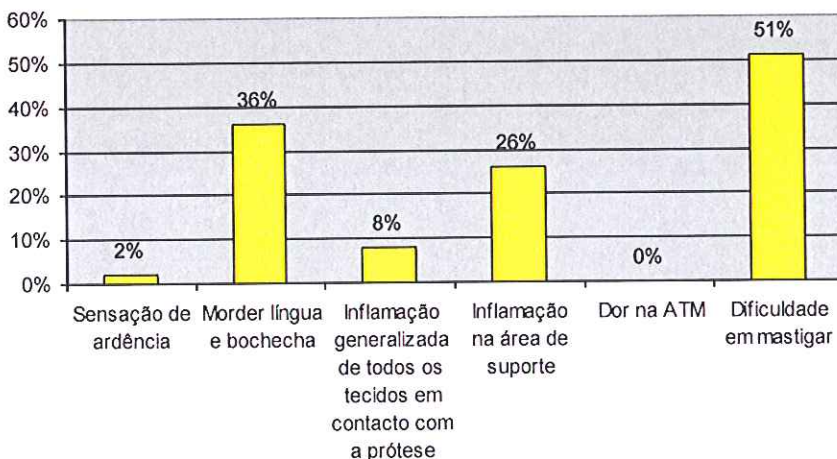


Gráfico 34: Queixas mais frequentes do paciente de PT, segundo o clínico.

Outras queixas dos pacientes, após a colocação da PT, são referidas pelos profissionais de MD: dificuldade em mastigar (51%); morder a língua e a bochecha (36%); área de suporte inflamada (26%); inflamação generalizada de todos os tecidos em contacto com a prótese (8%); e sensação de ardência (2%). (Gráfico 34)

### Dificuldade na determinação da DVO

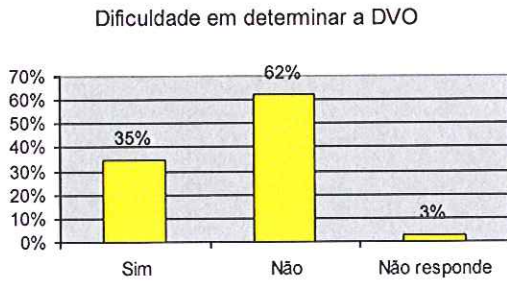


Gráfico 35: Dificuldade em determinar a DVO.

Sessenta e dois por cento dos inquiridos não têm dificuldade em determinar a DVO, já 35% admitiram que têm; 3% não responderam a esta pergunta. (Gráfico 35)

Procurou-se uma relação entre o facto da Prótese Total ser considerada uma área mais difícil e a dificuldade em determinar a DVO. Os resultados sugeriram que: a maioria dos profissionais que não assinala a PT como sendo uma área de maior dificuldade, bem como a maioria que assinala, não têm dificuldades em determinar a DVO. Para além dos resultados não trazerem qualquer tipo de conclusão, não apresentam relevo estatístico. (Anexo 14)

### Erros de oclusão mais comuns numa Prótese Total

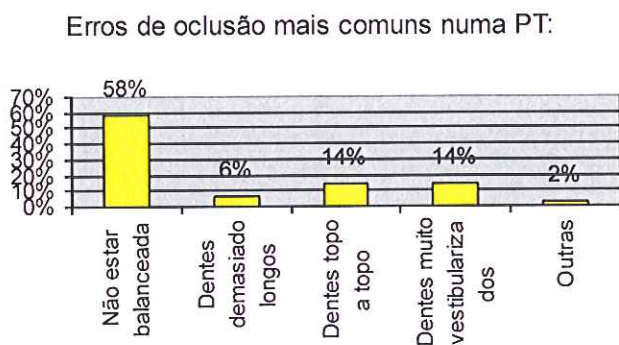


Gráfico 36: Erros de oclusão mais comuns numa PT.

Os erros mais comuns numa PT, referidos pelos profissionais de MD são: o facto da prótese não estar em oclusão balanceada (58%); dentes topo a topo (14%); dentes demasiados vestibularizados (14%); dentes demasiados longos (6%) e outros erros não especificados (2%). (Gráfico 36)

### Utilização do Arco Facial e Articulador em PPR

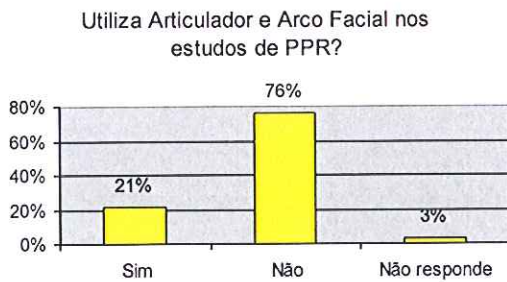


Gráfico 37: Uso de Articulador e Arco Facial nos estudos de PPR.

O arco facial e o articulador não constituem uma prática comum em PPR para 76% dos profissionais de MD; ao contrário dos 21% que afirmam utilizar estes métodos no estudo de casos para PPR; 3% não responderam a esta pergunta. (Gráfico37)

Procurou-se uma correlação entre o hábito de utilizar arco facial e articulador e a PPR considerada uma área difícil. Evidenciando os profissionais que costumam utilizar o arco facial e o articulador no estudo de casos de PPR: 5% sentem dificuldades na área de PPR e 95% não sente dificuldades, embora estas correlações não tenham significado estatístico. (Anexo 15)

A maioria dos profissionais que assinalou a PPR como uma das áreas com maior dificuldade não costuma utilizar o arco facial e o articulador no estudo dos casos de PPR (n=9), embora esta constatação não tenha significado estatístico. (Anexo 15)

A maioria dos profissionais que não faz seguimento da sua formação inicial, com rigor, visto que desenvolveu técnicas que simplificam o seu trabalho ou que, por questão de tempo, se vê obrigada a dispensar passos dos protocolos, não costuma utilizar arco facial e articulador no estudo de casos de PPR (n=30 e n=12, respectivamente), embora estas afirmações não tenham relevância estatística. (Anexo 15)

### Fases de uma Exodontia com mais dificuldade para o Médico Dentista

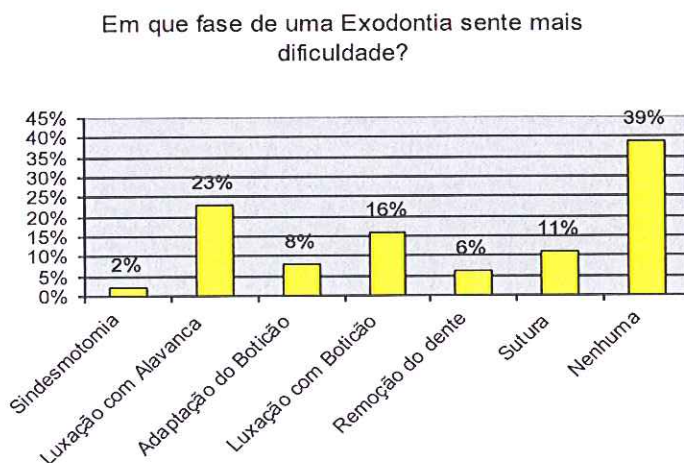
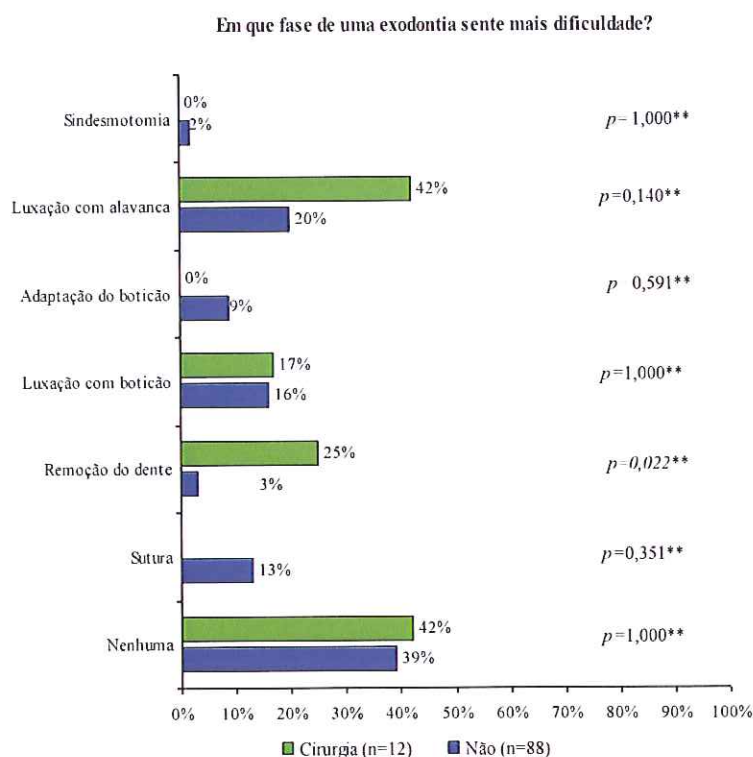


Gráfico 38: Fases de uma Exodontia com mais dificuldade para os profissionais.

Numa exodontia, os profissionais de MD (n=100) consideram mais difícil: a fase de luxação com a alavanca (23%) e com o boticão (16%); revelam alguma dificuldade na sutura (11%), na adaptação do boticão (8%) e na remoção do dente (6%). A sindesmotomia parece ser uma fase em que os profissionais se sentem mais à vontade para realizar (apenas 2% assinalaram esta fase como sendo difícil). A maioria dos participantes (39%) afirma não ter quaisquer dificuldades na realização de uma exodontia. (Gráfico 38)



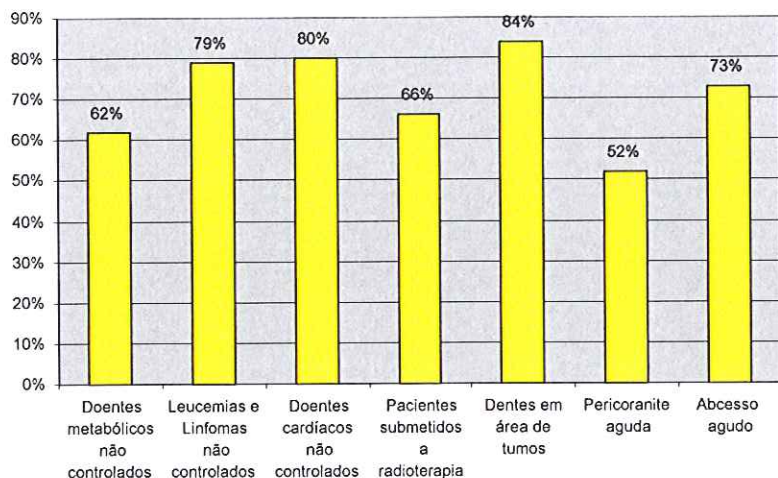
**Gráfico 39: Caracterização dos participantes do estudo (n=100), no que concerne às fases de uma exodontia em que sentem mais dificuldades, pelo facto de sentir ou não dificuldade em Cirurgia. (Teste Exacto de Fisher)**

Relativamente aos profissionais de MD que assinalaram a Cirurgia como área com mais obstáculos, 25% referem a remoção do dente a parte mais difícil de uma exodontia. Esta é uma constatação com significado estatístico (p=0,022). (Gráfico 39) (Anexo 16)

No entanto, é curiosa a percentagem de profissionais que assinalaram a Cirurgia como área com mais dificuldades e não consideram nenhuma das fases de uma exodontia difíceis (42%). Provavelmente, outras manobras desta área estão na base destas respostas, se bem que esta correlação não tenha significado estatístico. (Anexo 16)

### Situações em que não realiza uma Exodontia

Situações em que NÃO realiza uma Exodontia:

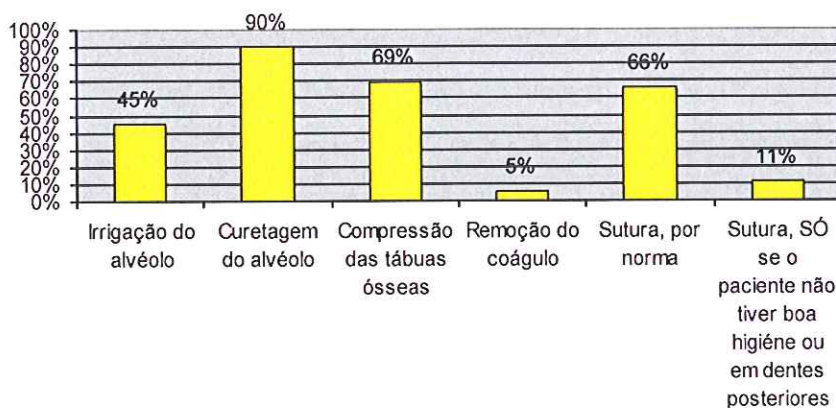


**Gráfico 40:** Situações em que os clínicos não realizam uma Exodontia.

Os profissionais de MD (n=100) assinalaram como situações em que não realizariam um exodontia: dentes em área de tumor (84%); doentes cardíacos não controlados (80%); pacientes com leucemia e linfomas não controlados (79%); pacientes com abscesso agudo (73%); pacientes submetidos a radioterapia (66%); doentes metabólicos não controlados (62%); e pacientes com pericorante aguda (52%). (Gráfico 40)

### Procedimento após realização de uma Exodontia

Após uma Exodontia costuma fazer:



**Gráfico 41:** Procedimento após a realização de uma Exodontia.

Os profissionais de MD (n=100) assinalaram como procedimentos que costumam realizar após a remoção do dente, numa exodontia: irrigação do alvéolo (45%); curetagem do alvéolo (90%); compressão das tábuas ósseas (69%); remoção do coágulo (5%); habitualmente sutura (66%); e sutura apenas em dentes posteriores ou em caso de pacientes com pouca higiene oral (11%). (Gráfico 41)

	Ano de Formatura			p
	Mdn	P25	P75	
<b>Após uma exodontia costuma fazer: , n (%)</b>				
Irrigação do alvéolo	2.007	2.004	2.007	<0,001§
Não	1.993	1.988	2.000	
<b>Após uma exodontia costuma fazer: , n (%)</b>				
Curetagem do alvéolo	2.001	1.993	2.007	0,008§
Não	1.989	1.987	1.998	
<b>Após uma exodontia costuma fazer: , n (%)</b>				
Compressão das tábuas ósseas	2.000	1.991	2.007	0,955§
Não	2.001	1.991	2.007	
<b>Após uma exodontia costuma fazer: , n (%)</b>				
Remoção do coágulo	2.007	2.007	2.007	0,032§
Não	2.000	1.991	2.006	
<b>Após uma exodontia costuma fazer: , n (%)</b>				
Sutura, por norma.	2.000	1.990	2.007	0,483§
Não	2.001	1.993	2.007	
<b>Após uma exodontia costuma fazer: , n (%)</b>				
Sutura, só se o paciente não tiver boa higiene ou se for num dentes posterior	2.002	1.997	2.007	0,317§
Não	2.000	1.990	2.007	

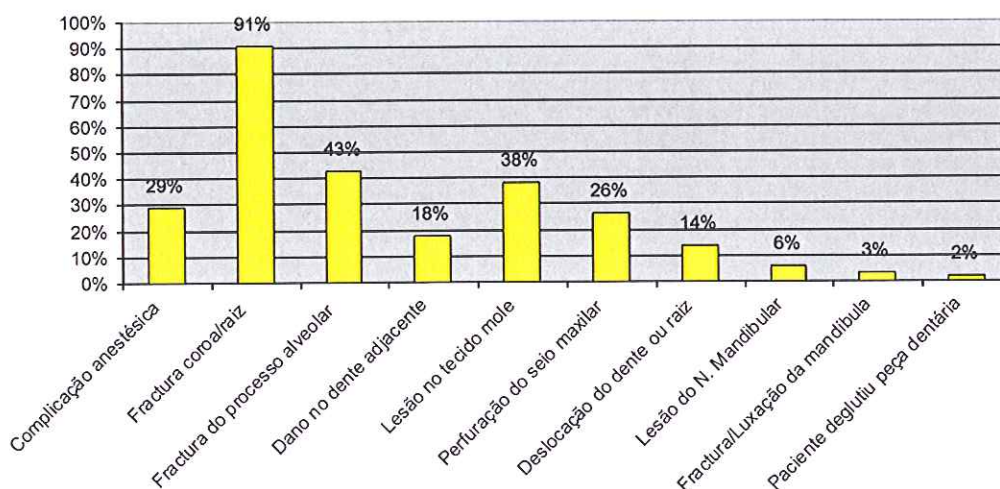
mdn: mediana; P25 e P75: Percentis 25 e 75; §: Teste de Mann-Whitney

**Tabela 15: Caracterização dos participantes do estudo (n=81) no que concerne às práticas executadas após realização de uma exodontia, pelo ano de formatura.**

A mediana do ano de formatura para quem costuma fazer irrigação do alvéolo, curetagem do alvéolo e remoção do coágulo, após exodontia, é de 2007, 2001 e 2007, respectivamente; anos mais recentes que os da formatura daqueles que não procedem desta forma (1993, 1989 e 2000, respectivamente). Estas diferenças são estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ;  $p = 0,008$  e  $p = 0,032$ , respectivamente). (Tabela 15)

### Complicações numa Exodontia

Qual destas complicações já lhe aconteceu numa Exodontia?



**Gráfico 42: Complicações numa Exodontia.**

Os profissionais de MD (n=100) referem como complicações que ocorreram nas suas exodontias: fractura coroa/raiz (91%); fractura do processo alveolar (43%); lesão do tecido mole (38%); complicação anestésica (29%); perfuração do seio maxilar (26%); dano no dente adjacente (18%); deslocação do dente ou raiz (14%); lesão do nervo mandibular (6%); fractura ou luxação da mandíbula (3%); e o facto do paciente ter deglutido a peça dentária extraída (2%). (Gráfico 42)

	Ano de Formatura			P
	Mdn	P25	P75	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Complicação anestésica	1.997	1.991	2.005	0,173§
Não	2.001	1.991	2.007	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Fractura coroa/raiz	2.000	1.990	2.006	0,003§
Não	2.007	2.007	2.007	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Fractura do Processo alveolar	1.993	1.989	2.002	<0,001§
Não	2.006	1.996	2.007	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Dano no dente adjacente	1.994	1.991	2.004	0,069§
Não	2.001	1.993	2.007	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Lesão no tecido mole	1.999	1.993	2.004	0,166§
Não	2.001	1.991	2.007	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Perfuração do seio maxilar	1.993	1.989	1.998	0,001§
Não	2.004	1.993	2.007	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Deslocação do dente ou raiz	1.992	1.988	1.993	<0,001§
Não	2.002	1.994	2.007	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Lesão do Nervo Mandibular	1.989	1.984	1.992	0,004§
Não	2.001	1.993	2.007	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Fractura/Luxação da mandíbula	1.992	1.981	1.994	0,083§
Não	2.001	1.991	2.007	
Qual destas situações já lhe aconteceu numa exodontia? , n (%)				
Paciente deglutiu peça dentária	1.995	1.994	1.996	0,502§
Não	2.001	1.991	2.007	

mdn- mediana; P25 e P75 – Percentis 25 e 75; §- Teste de Mann-Whitney

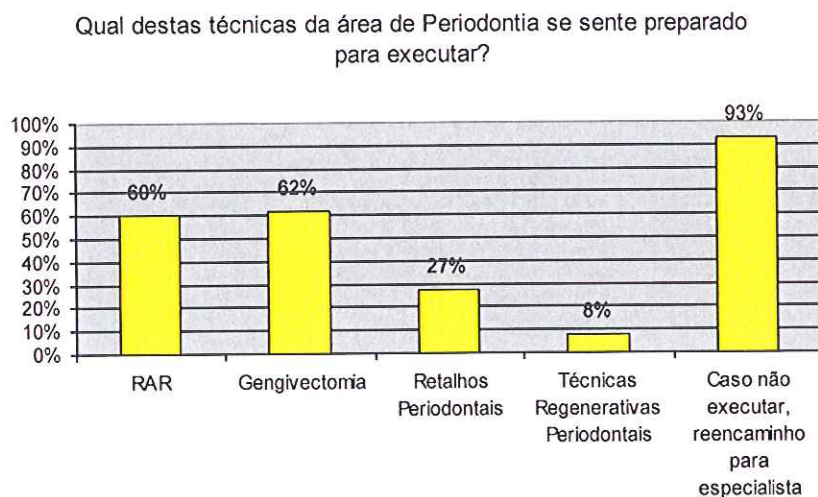
**Tabela 16: Caracterização dos participantes do estudo (n=100) no que concerne a situações ocorridas numa exodontia, pelo ano de formatura.**

As medianas dos anos de formatura dos profissionais que já tiveram complicações, como: fracturas da coroa/raiz, fracturas do processo alveolar, perfurações do seio maxilar, deslocações do dente ou raiz e lesões do N. Mandibular representam anos menos recentes comparativamente às medianas dos anos de formatura daqueles profissionais que não tiveram essas complicações. Esta constatação tem significado estatístico. (Tabela 16)

Apesar dos resultados sem significado estatístico, podemos observar que a maioria do profissionais, que referem não sentir quaisquer dificuldades na realização de uma exodontia, já se deparou com: complicações anestésicas (28%); fracturas coroa/raiz (90%); fracturas do

processo alveolar (44%); danos no dente adjacente (21%); lesões no tecido mole (41%); perfurações no seio maxilar (31%); deslocações dos dentes ou raízes (13%); lesões do nervo mandibular (8%); fracturas ou luxações da mandíbula (5%); e deglutição da peça dentária por parte do paciente (5%). (Anexo 17)

### Técnicas da área da Periodontia em que os profissionais se sentem preparados para executar



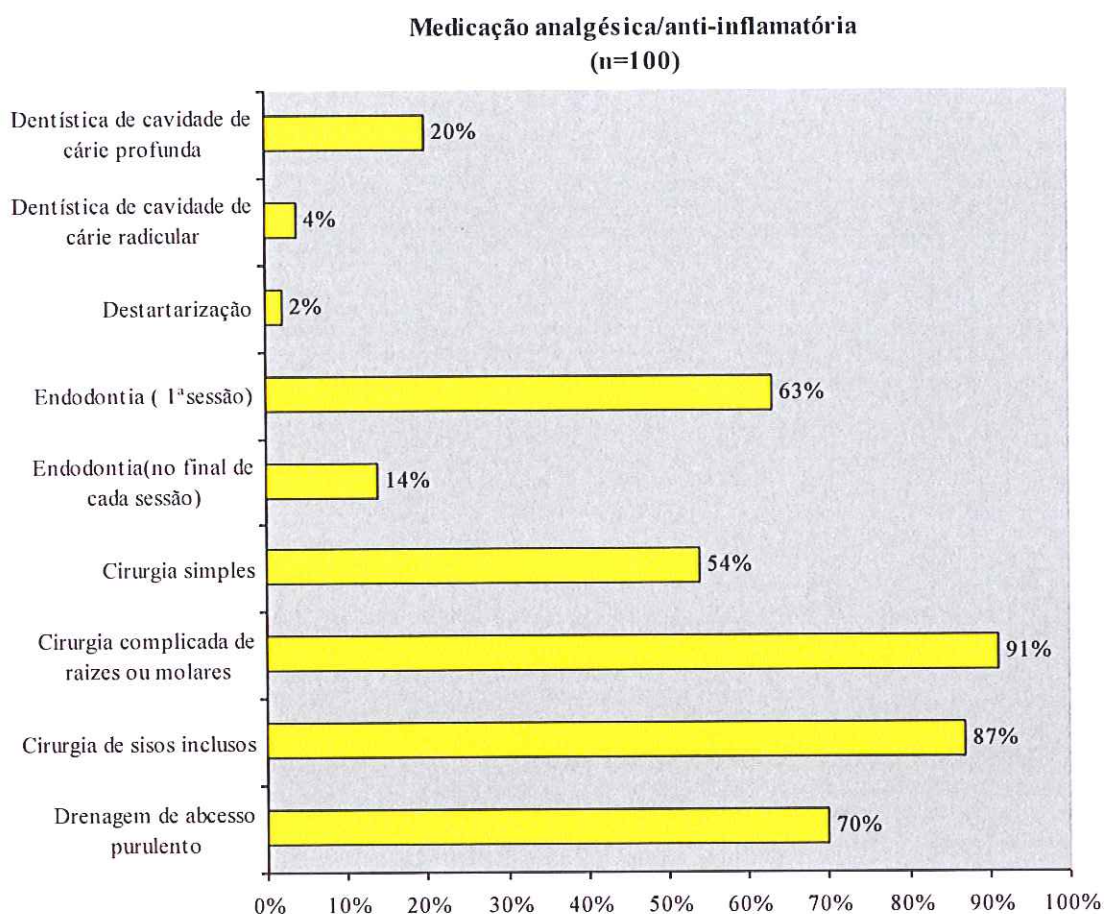
**Gráfico 43: Técnicas da área de Periodontia de os profissionais se sentem preparados para executar.**

Questionados sobre as técnicas da área da Periodontia, os profissionais de MD apontam a RAR e a Gengivectomia como as técnicas em que se sentem mais preparados para executar (60% e 62%, respectivamente); alguns dentistas dizem ser capazes de realizar retalhos periodontais (27%); e apenas uma pequena minoria (8%) afirma estar preparado para executar técnicas regenerativas periodontais. No caso de não se sentirem aptos para este tipo de procedimento, os profissionais de MD (93%) reencaminham o paciente para um colega especializado na área. (Gráfico 43).

Os profissionais que consideram a Periodontia uma das áreas com mais dificuldades sentem-se preparados para executar: RAR (47%); Gengivectomia (68%); Retalhos Periodontais (26%); e Técnicas Regenerativas Periodontais (11%). No entanto, esta constatação não tem significado estatístico. (Anexo 18)

Os resultados desta correlação também sugerem que 95% dos profissionais, que consideram a Periodontia uma área que apresenta obstáculos, reencaminham os pacientes para um especialista, caso não executem as técnicas referidas; apesar de tudo, esta é uma observação sem significado estatístico. (Anexo 18)

## Prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios

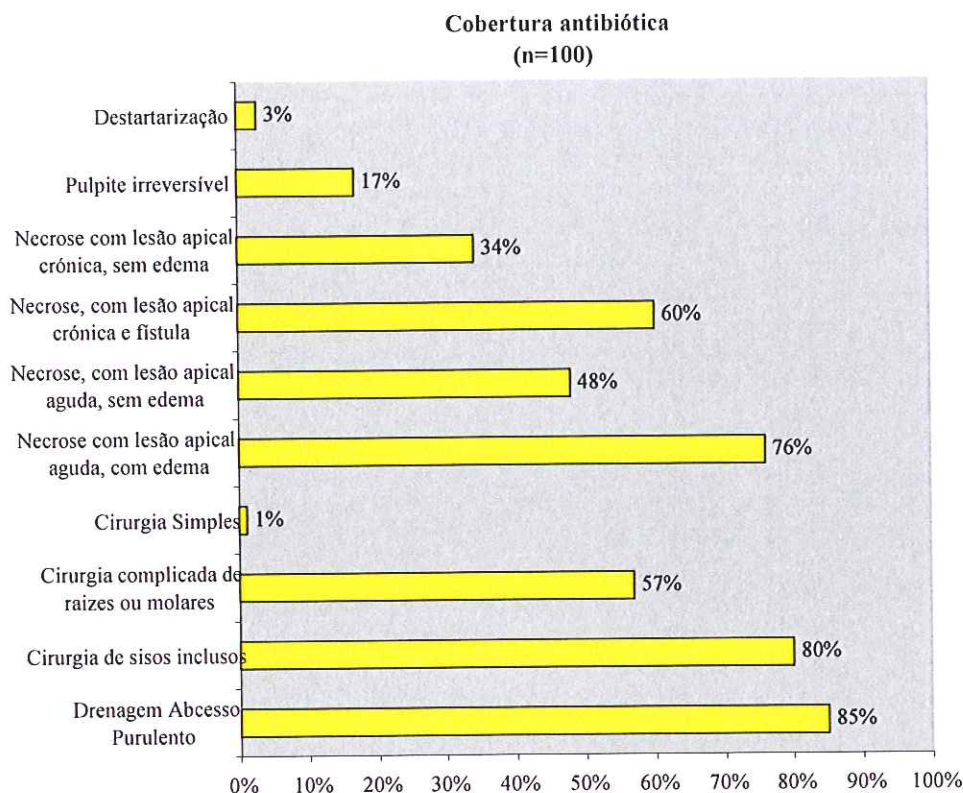


**Gráfico 44:** Situações em que os participantes (n=100) prescrevem analgésicos e anti-inflamatórios.

Os profissionais de MD revelam prescrever medicação analgésica/anti-inflamatória, principalmente nos casos de: cirurgia complicada de raízes ou molares (91%); cirurgia de sisos inclusos (87%); drenagem de abscesso purulento (70%); endodontia, no final da primeira sessão (63%); e de cirurgia simples (54%) (Gráfico 44).

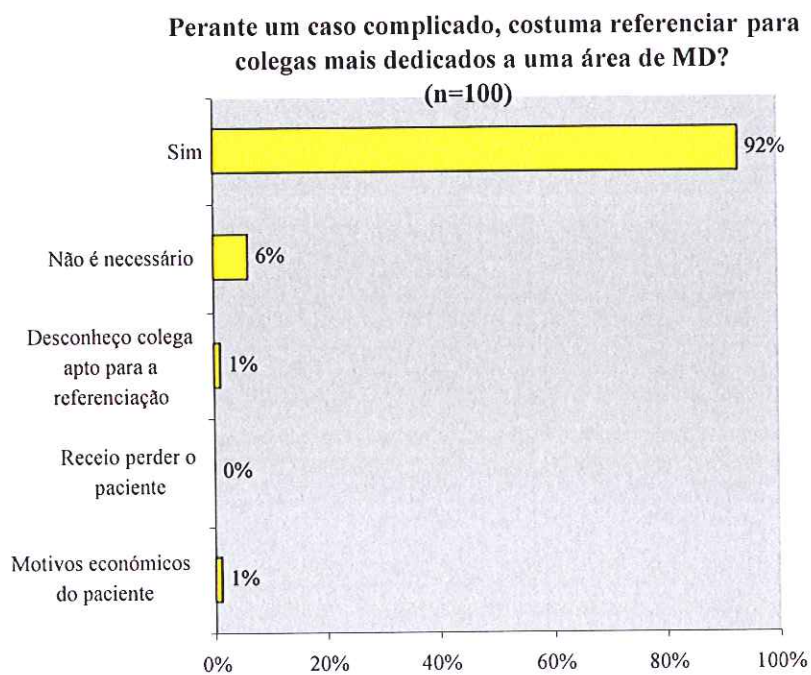
## Prescrição de Antibióticos

Mais de 50% dos profissionais de MD recomendam a cobertura antibiótica nos casos de: drenagem de abscesso purulento (85%); cirurgia de sisos inclusos (80%); necrose, com lesão apical aguda com edema (76%); necrose, com lesão apical crónica e fístula (60%); e cirurgia complicada de raízes ou molares (57%) (Gráfico 45).



**Gráfico 45:** Situações em que os participantes (n=100) prescrevem antibióticos.

### Referenciação de pacientes



**Gráfico 46:** Referenciação de pacientes perante casos complicados

A maioria dos profissionais de MD (92%) costuma referenciar colegas especializados, perante casos que consideram complicados e face as suas capacidades. Existe uma pequena minoria de

8% que não reencaminha os pacientes, justificando-se com a falta de motivos económicos do paciente (1%), desconhecimento de colegas mais aptos (1%) ou que não consideram necessário fazer essa referência (6%). (Gráfico 46)

### Auto-avaliação

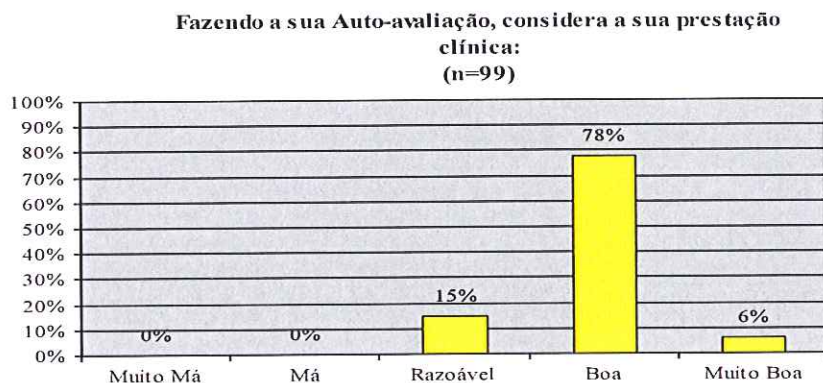


Gráfico 47: Auto-avaliação da prestação clínica.

Fazendo a sua auto-avaliação, 78% dos clínicos consideram a sua prestação clínica boa; 15% consideram o seu modo de actuação razoável; 6% acham a sua prestação muito boa; e 1% não responde a esta pergunta. (Gráfico 47)

No que concerne à auto-avaliação dos profissionais: 67% dos clínicos que consideram a sua prestação clínica muito boa referenciam colegas especializados perante casos complicados; 94% dos profissionais que avaliam o seu desempenho como bom referenciam colegas especializados perante casos mais difíceis; e 100% dos clínicos que consideram a sua prestação razoável indicam outros profissionais especializados. No entanto, estas diferenças não têm significado estatístico. (Anexo 19)

Então, quais os profissionais que não encaminham pacientes porque não consideram necessário? Do levantamento efectuado conclui-se: 33% dos clínicos que avaliam o seu desempenho como sendo muito bom e 5% dos clínicos que se consideram-se apenas bons naquilo que fazem. Nenhum clínico que referiu a sua prestação clínica como razoável respondeu que não era necessário encaminhar pacientes em casos mais complicados. No entanto estas constatações não têm significado estatístico. (Anexo 19)

### Áreas da Medicina Dentária em que os clínicos se sentem melhor preparados

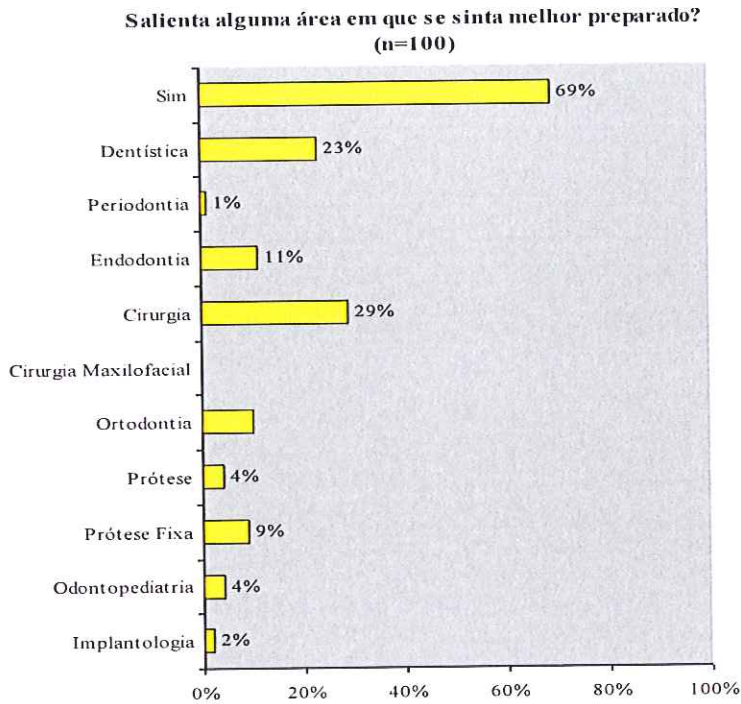


Gráfico 48: Áreas em que os profissionais (n=100) se sentem mais preparados.

Os profissionais de MD (69%) referem sentir-se mais preparados nas áreas de Cirurgia (29%) e Dentística (23%) (Gráfico 48).

### Áreas da Medicina Dentária em que os clínicos se sentem pior preparados

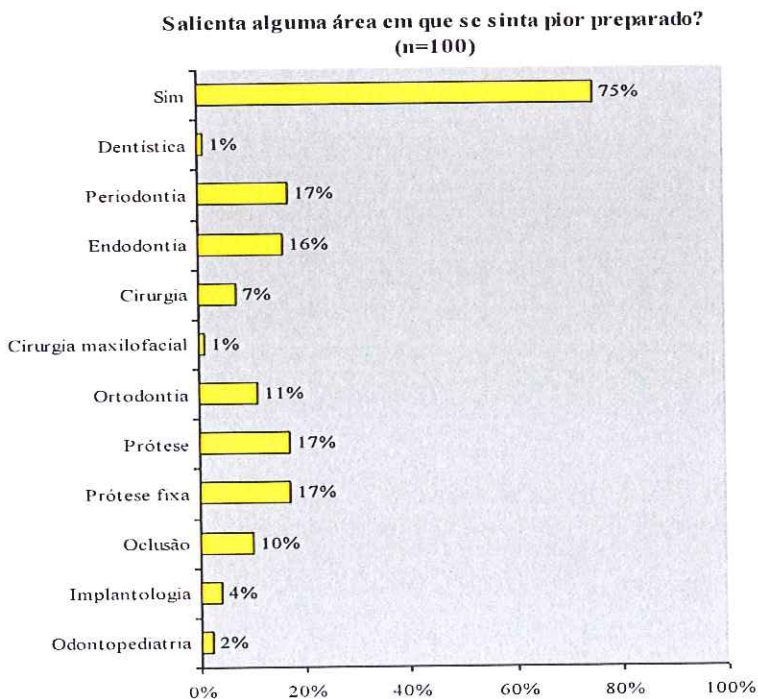
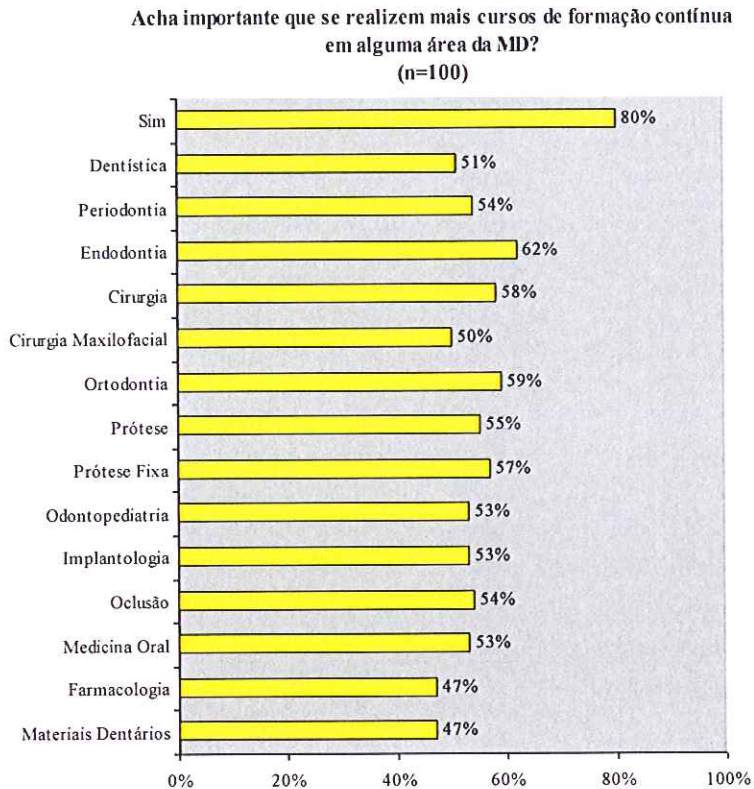


Gráfico 49: Áreas em que os profissionais (n=100) se sentem pior preparados.

Os profissionais de MD (75%) salientam as áreas de Periodontia (17%), Prótese (17%), Prótese Fixa (17%) e Endodontia (16%) como aquelas em que se sentem pior preparados (Gráfico 49).

### Importância dos cursos de formação contínua em Medicina Dentária



**Gráfico 50:** Importância da formação contínua para os profissionais deste estudo (n=100) e as respectivas áreas em que consideram importantes essa formação.

A maioria dos profissionais de MD (80%) assume a importância da formação contínua, estando representadas no gráfico 50 as áreas em que consideram mais necessário um aprofundamento da formação.

## 7.2 – Discussão de Resultados

### **Seguimento do conhecimento adquirido pelos profissionais enquanto alunos de MD e áreas de MD onde sentem mais dificuldades**

Setenta e nove por cento dos clínicos não seguem, em pormenor, o conhecimento adquirido enquanto aluno, ao contrário dos 21% que são rigorosos em relação ao seu ensino. (Gráfico 2) O motivo assinalado pela maioria dos profissionais para não agir exactamente em conformidade com os conhecimentos adquiridos durante a sua formação inicial é a evolução científica geradora de novas técnicas (55%). (Gráfico 3) De facto, a Medicina Dentária continua a evoluir no decorrer do tempo. É recomendado o acompanhamento do conhecimento das técnicas mais avançadas para melhoria da saúde oral, mas é igualmente importante estar ciente dos riscos e consequências que algumas manobras acarretam. Tejada (2004) realizou um estudo onde 84% dos questionados afirmaram sentir-se seguros com os métodos avançados na prática da MD. De facto, 75% dos profissionais dessa pesquisa dizem preferir as novas técnicas por diferentes razões: porque são métodos redutores de dor (35%); porque a nova tecnologia traz boa assistência (23%); porque as novas manobras são mais rápidas (23%); ou porque lhes permitem acompanhar as novas doenças e ficar ao nível dos Médicos Dentistas recém-formados (19%). Ainda parece concluir-se que os profissionais mais velhos sentem mais conforto com o uso dos métodos tradicionais, demonstrando-se mais cépticos relativamente a conteúdos mais recentes e aos clínicos recém-formados que os acolhem, já que estes não dispõem, ainda, de experiência.

O desenvolvimento de técnicas pessoais que simplificam o trabalho dos profissionais (35%), a falta de tempo (13%) ou inexistência de material (9%) que os levam a dispensar alguns passos dos protocolos, são outras justificações para o não rigor do seguimento da prática clínica enquanto alunos. (Gráfico 3) No entanto, essas são justificações que põem em questão a ética profissional do clínico e que o colocam numa situação desprotegida perante o Código Deontológico, como oportunamente será referenciado neste trabalho.

As áreas que apresentam mais dificuldades para os clínicos são a Endodontia (28%) e a PT (24%). (Gráfico 4) Não tendo sido encontrados outros estudos com este tipo de informação, torna-se impossível estabelecer comparações com os resultados. Pode, no entanto, insinuar-se que na base dessas respostas estarão os tratamentos complicados destas áreas, que nem sempre revelam índices de sucesso. Tendo a Endodontia sido assinalada por um maior número de profissionais, tentou-se estabelecer algumas correlações; no entanto, apenas uma revelou valor estatístico. (Tabela 13) Os profissionais de MD que não seguem, rigorosamente, o conhecimento adquirido enquanto alunos, porque consideram que a evolução científica os levou a adoptar outras técnicas, não consideram a Endodontia uma área com mais

dificuldades. Ou seja, fica evidente o acompanhamento das técnicas mais avançadas, da parte destes profissionais, pelo facto de estas os ajudarem a desmistificar esta área em específico, fazendo-os sentir mais seguros.

### **História Clínica**

Little et al. (1997) dizem que a história clínica geral deve conter informação acerca das várias patologias, reacções de hipersensibilidade, fármacos e estado geral mais recente do paciente, pelo que os dados devem ser actualizados. Apesar de ser evidente o registo, com data, dos actos médicos e prescrição, tal como o registo de fármacos, patologias e reacções de hipersensibilidade, da parte dos profissionais deste estudo constata-se que apenas 68% se preocupam em actualizar periodicamente os dados dos pacientes. (Gráfico 5) Neste âmbito, podemos reparar que não é dada a devida importância à condição de saúde geral do paciente, já que de pouco serve ter uma ficha clínica com informação desactualizada.

Também dizem Sturdevant et al. (1996) que a caracterização social do paciente vem a propósito das suas expectativas e interesses nem sempre serem estereotipadas. Daí, apenas 22% dos questionados parecem dar importância a este facto. (Gráfico 5)

### **Medidas de Protecção**

99% dos clínicos afirmam usar luvas , 96% usam máscara e 95% recorrem a vestuário adequado para trabalhar, confirmando-se que a quase totalidade dos profissionais têm estes cuidados. Pois, diz Silva (2003) que a protecção das mãos é um dos cuidados fundamentais para o controlo da infecção. Devem usar-se luvas em todos os tratamentos e estas devem ser removidas logo que acabem os actos clínicos. As unhas convêm estar curtas e limpas, já que as unhas artificiais aumentam o risco dos microorganismos proliferarem sob elas. Por esse mesmo motivo, anéis, relógios e pulseiras não devem ser usados durante os tratamentos, norma que é respeitada por 72%, enquanto 28% ainda não têm consciência que estes acessórios podem constituir factores potenciadores de infecção cruzada. (Gráfico 6)

Do mesmo modo, é aconselhável o uso de máscaras ou viseiras, porque, apesar de não conferirem total protecção microbiológica, impedem que alguns salpicos contaminem a face. Relativamente às batas ou farda clínica, existe um consenso quanto ao seu uso indispensável, mas não quanto à preferência de mangas curtas ou compridas; enquanto as mangas curtas permitem lavar antebraços, as mangas compridas protegem-nos contra salpicos, mas são facilmente contaminadas. (Silva, 2003) É de notar que estas normas são respeitadas pela maior parte dos clínicos questionados. (Gráfico 6)

Também escreveu Silva (2003) que o Médico Dentista deve usar protecção ocular, nomeadamente aquele que use óculos de correcção visual, já que estes são demasiado pequenos e não protegem eficazmente. Neste estudo, apenas 64% dos clínicos dizem respeitar esta medida de protecção. (Gráfico 6)

É importante que toda a equipa médica pratique uma boa higiene pessoal no trabalho, pelo que o cabelo deve estar limpo e preso atrás, no caso de ser longo. (Silva, 2003). Apenas 58% dos questionados afirmam que seguem essas orientações; mas se a maioria tem esse cuidado, são muitos ainda os que esquecem esta recomendação. (Gráfico 6)

Deste estudo, extrai-se a conclusão de que os profissionais de MD providenciam a limpeza (100%) e esterilização (96%). (Gráfico 6) No entanto, e segundo Silva (2003) “(...) os instrumentos que utilizados, bem como que, tendo sido seleccionados para uma sessão de trabalho e não foram usados, são considerados contaminados (...)”. Deste modo, 4% dos Médicos Dentistas questionados, não pratica esterilização do material, quebrando uma grande norma de controlo de infecção.

99% dos clínicos providenciam babete para os pacientes e 74% utilizam protectores plásticos de cobertura, demonstrando o propósito de controlo de higiene e infecção. (Gráfico 6)

Dos 22% dos profissionais que reutilizam as mangas de esterilização, há aqueles que o fazem 1 vez (6%), 2 vezes (5%) 3 vezes (8%). (Gráfico 7) No entanto, segundo Silva (2003), a partir do momento que o produto é classificado como “descartável”, este não deve ser reutilizado e o Médico Dentista deve ser consciente e tratar o lixo de acordo com as normas em vigor. De facto, também neste estudo se abordou esta questão, conversando com quatro vendedores/representantes deste tipo de produtos, tentando perceber qual a informação que transmitem aos seus clientes Médicos Dentistas. Todos eles consideram as mangas de esterilização um produto descartável e aconselham, deste modo, a sua não reutilização.

### **Fases do TENC onde podem ocorrer mais erros**

Weinfeld, em 1996 (*cit. in Vale, 2005*), avaliou o trabalho pré-clínico de alunos de graduação em dentes extraídos e adaptados a modelos, constatando ser a obturação a etapa de maior insucesso, seguida da abertura coronária, preparo do sistema de canais e, por último, a determinação do CT do canal radicular. Simi Júnior *et al.* (*cit. in Vale, 2005*) analisaram as dificuldades nas diversas etapas do TE. Os resultados demonstraram que as dificuldades encontradas pelos alunos foram: acesso à câmara pulpar e entrada dos canais (27,02%), preparo químico-cirúrgico do canal radicular (24,33%), obturação do canal radicular (18,92%), retratamento do canal radicular (16,22%) e a odontometria (13,51%). Em outro

estudo, Vale (2005) constatou que a etapa do TE em que os alunos sentem mais dificuldades foi também a do acesso à cavidade pulpar (59,71%), seguida pela etapa da obturação do canal (24,5%) e da instrumentação (7,35%).

Nesta pesquisa, há uma maioria relativa de profissionais de MD (47%) que considera a preparação químico-mecânica a fase em que podem ocorrer mais erros num TENC, o que parece não ir ao encontro dos resultados dos estudos anteriores. (Gráfico 8) Diz Estrela, em 2004, que entre os factores operatórios que podem interferir no sucesso ou fracasso endodôntico, aqueles que se relacionam com o preparo do canal radicular são: a localização do canal, o enfraquecimento da estrutura dentária, a presença de um canal adicional, a perda do CT e o desvio ou transporte foraminal. Também um alargamento exagerado ou uma sobre-instrumentação, tal como uma perfuração ou fractura de instrumentos, são dificuldades técnicas com as quais o clínico poderá ter de se deparar nesta fase. Há, portanto, uma quantidade significativa de erros possíveis coincidente com a fase assinalada pelos profissionais de MD, pelo que é de ter em conta que a probabilidade destes ocorrerem aumenta com a quantidade de canais do dente.

Cantatore, em 2009, referiu que é, genericamente, aceite que a maioria das causas de insucesso dos TE é a inviável localização e tratamento de todos os canais radiculares, acrescentando que existe um alto risco de perder a anatomia durante o tratamento devido à complexidade do sistema radicular. Existem situações em todos os tipos de dentes em que podemos encontrar raízes ou canais extra, e, mais habitualmente, nos molares e pré-molares, deparamo-nos com configurações invulgares. Deste modo, tornam-se compreensíveis os resultados das respostas dos profissionais, já que especialmente na preparação químico-mecânica nos podemos deparar com alguns imprevistos, que vão comprometer o restante TE.

### **Prática do Isolamento Absoluto**

É, de facto, evidente, mas não surpreendente, que a maioria dos profissionais de MD deste estudo (65%) que não realiza IA. (Gráfico 9) Outros estudos vão de encontro a este resultado, como o de Whitworth et al., em 2001, onde se conclui que a maioria dos Médicos Dentistas de UK (60%) nunca usou IA e que a qualidade da formação tem um impacto significativo nesta atitude.

Ainda em 2007, Susini publicou um estudo sobre a ingestão e aspiração de instrumentos endodônticos, num período de 11 anos, verificando que um instrumento foi aspirado e 57 foram ingeridos, em situações em que o IA não foi realizado. Visto que a não prática do IA absoluto pode, a qualquer momento, tornar uma rotina de tratamento numa emergência,

poderão estar aí os motivos pelos quais a maioria dos clínicos não a realiza, e porque, apenas, uma pequena percentagem utiliza o dique de borracha ocasionalmente.

Os clínicos deste estudo não realizam IA (65%), justificando-se, na sua maioria (31%), com o facto dos pacientes não apreciarem esta manobra. (Gráfico 10) No entanto, pesquisas como as de Stewardson et al., em 2001, estudaram a atitude dos pacientes perante a utilização do IA. Esse estudo, em específico, concluiu que a maioria dos pacientes considerou o IA uma experiência positiva e não achou longo o seu tempo de colocação, no entanto, ficou demonstrada que uma maior experiência do profissional contribuí para uma melhor atitude do paciente face a este procedimento.

### **Irrigação no TE**

Neste estudo, tentou saber-se se os profissionais davam mais importância à concentração do irrigante ou ao seu tempo de actuação. No entanto, foi pequena a quantidade de respostas a essa questão, tendo uma pequena maioria dos clínicos considerado mais eficaz o tempo de actuação do que a elevada concentração de um irrigante. (Gráfico 11) Mas a literatura diz que há um conjunto de propriedades a ter em conta num irrigante ideal. Gomes et al. analisaram, *in vitro*, a actividade antibacteriana de irrigantes endodônticos, concluindo que todos eles apresentam actividade antibacteriana e que o tempo para a eliminação de microorganismos depende da concentração e do tipo de irrigante usado. (Estrela, 2004)

Também se tentou perceber se os profissionais se sentiam à vontade relativamente às técnicas de irrigação. Publicaram Estrela et al., em 2004, além do volume e da frequência de irrigação, a profundidade com que a agulha penetra no canal deve ser considerada. No entanto, apenas 33% dos profissionais admitem ter em atenção que a agulha penetre o mais apical possível no canal, para a irrigação ser eficaz. (Gráfico 11)

O NaOCl é a primeira opção, como irrigante, para os profissionais em geral. Neste estudo, 38% dos profissionais utilizam unicamente esta solução em todo o TE. (Gráfico 11) A biocompatibilidade do hipoclorito de sódio é considerada aceitável em concentração de 0,5% a 1%. No entanto, quanto maior a concentração e a temperatura, maior a velocidade de dissolução tecidual e efectividade antimicrobiana, mas também a sua toxicidade. Em vários estudos, nomeadamente os de Nicolaus et al.; Harrison et al.; Jeansone e White e Ayhan et al., foi comparado o efeito do NaOCl em várias concentrações ou com outros irrigantes e todos se concluiu que o NaOCl em maior concentração, 5,25%, elimina mais rapidamente os microorganismos. (Estrela, 2004)

No entanto, como é do conhecimento geral, a capacidade de remoção do tecido inorgânico e orgânico é facilitada pela associação de outras soluções. (Estrela, 2004) Apenas 50% dos profissionais de MD revelam ter essa atitude e empregam outros irrigantes no protocolo final de irrigação. (Gráfico 11) Seria interessante, numa pesquisa posterior perceber os motivos que os levam a agir dessa forma, se por falta de conhecimento, por motivos económicos, por falta de material nas clínicas em que trabalham ou por outras justificações.

### **Complicações numa Endodontia: Fractura de Lima e Perfuração Radicular**

Em 2004, foi publicado um estudo que revelou que 56% dos entrevistados já fracturou algum tipo de instrumento endodôntico e, entre os endodontistas, esse valor alcançou os 87,5%. A falta de conhecimentos técnico-científicos constituiu uma das causas de fractura dos instrumentos para 39,5% da amostra; 74% dos questionados sentem necessidade de um programa de educação continuada sobre acidentes e complicações em Endodontia, sendo que 62,5% dos profissionais desconhece qualquer tipo de técnica para retirar o instrumento fracturado. (Silva, 2004)

Nesta pesquisa, 8% dos profissionais procedem como se a fractura de lima não tivesse ocorrido, considerando uma atitude alarmista avisar o paciente do sucedido. (Gráfico 12) Ora, segundo Mounce, em 2007, este não é o modo como o profissional deve proceder. O ideal seria referenciar o caso para um colega especialista em Endodontia, mas apenas 2% dos profissionais deste estudo têm esta atitude imediata, e, 27% referenciam um especialista, caso falhe a tentativa de remover o fragmento. No entanto, caso seja inviável essa recomendação, o paciente deve ser informado sobre a situação e o profissional deve controlar a evolução do caso após a obturação, procedimento seguido por 60% dos clínicos desta pesquisa. (Gráfico 12)

Crump e Natkin não encontraram diferenças significativas nas taxas de insucesso entre os dentes com obturação radicular que incorporam os fragmentos dos instrumentos e os que não os possuíam. Já Frostell e Strindberg mostraram que em dentes com obturações radiculares, nos quais já tinham fracturado instrumentos, havia um insucesso acrescido de 14% em relação aos que não sofreram esse tipo de acidente. (*cit. in* Lin et al., 2005)

Porque parece não existir um consenso sobre o prognóstico do dente com a lima fracturada envolvida na obturação, é atitude eticamente aconselhável o aviso do paciente acerca do acidente e o controlo do caso com consultas periódicas, porque, realmente, se verifica que a maioria dos profissionais procede à obturação em caso de fractura de lima.

Também perante uma fractura radicular, o paciente deve ser informado imediatamente do sucedido, dos procedimentos a serem seguidos, bem como das alterações alternativas de tratamento e o efeito no prognóstico, segundo Estrela et al. (2004). Estes autores também explicam que as alternativas para tratamento das perfurações envolvem métodos não cirúrgicos e cirúrgicos, sendo que a primeira opção, sempre que possível, é a não-cirúrgica. Parece-nos, deste modo, que a maioria dos profissionais deste estudo (60%) tem uma atitude satisfatória perante este tipo de acidente, mas seria plausível recolher levantamentos acerca dos seus tratamentos, materiais e técnicas utilizados nestas situações. (Gráfico 12)

### **Determinação do CT**

Uma das dificuldades durante o TE é a determinação do CT referida, por 27% dos profissionais deste estudo (Gráfico 8), como uma das mais susceptíveis a erros no TENC. Devido às limitações impostas pela imagem radiográfica, muitas técnicas têm sido desenvolvidas com o intuito de facilitar a execução da odontometria, dizem Ferreira et al., em 1998. Referem, ainda, que o cuidado na obtenção desse limite de trabalho evitará consequências desagradáveis, tais como a formação de degraus na parede do canal radicular, instrumentação e obturação inadequadas, perfuração radicular e pós-operatório sintomático. A determinação precisa do comprimento do canal radicular até a junção cimento-dentina-canal (CDC) é fundamental durante a realização do TE, sendo que 98% dos profissionais deste estudo têm essa consciência e, por conseguinte, costumam determinar o CT (Gráfico 13), assinalando-se também o bom hábito da grande maioria anotar os valores obtidos (91%). (Gráfico 15) Os profissionais de MD que têm por hábito anotar o CT são, na maioria, profissionais que não sentem dificuldades na fase de determinação do CT num TE. (Tabela 10)

Muitas técnicas vêm sendo empregues na tentativa de determinar clinicamente, com o máximo de precisão, o comprimento dos dentes e dos canais radiculares. As técnicas convencionais de determinação do limite apical da intervenção endodôntica recaem sobre a utilização de radiografias e das técnicas de odontometria de Bregman (1950), Ingle (1957) e Best et al. (1960). Essas técnicas utilizam a imagem radiográfica e uma tabela contendo os valores médios do comprimento do elemento dentário para determinar o comprimento real do dente. Esses métodos são largamente utilizados, pois não exigem auxílio de qualquer tipo de equipamento especial, além da atenção e cuidado do profissional. (Ferreira et al., 1998) Também, neste estudo, fica evidente a utilização do método radiográfico para a determinação do CT, pela maioria dos profissionais de MD (61%). (Gráfico 14)

Dizem Ferreira et al., 1998, no seu estudo, que os aparelhos electrónicos constituem uma alternativa para a determinação da odontometria. A enorme variação do grau de precisão dos

aparelhos deve-se ao grande número de metodologias empregues nas pesquisas e também aos diferentes tipos de aparelhos e istentes no mercado, mas, ho e em dia, a sua fiabilidade é elevada. este estudo, 24% dos profissionais já recorrem ao uso do LEA, confirmando, posteriormente, os valores com o Rx (Gráfico 14)

### **Radiografias no TENC**

As radiografias de diagnóstico, tomadas em várias angulações, permitem um estudo detalhado do dente que vai ser submetido ao TE. E, durante o tratamento, usam-se, ainda, as radiografias periapicais para o cálculo e determinação do CT, na conometria, no momento pós-operatório e, posteriormente, no controlo pós-operatório. (Cohen et al., 1998) este estudo, os profissionais que admitem não realizar todas as radiografias justificam-se dizendo que têm igual sucesso com este procedimento (44%). (Gráfico 19) Mas ve amos, a seguir, porque se torna importante realizar também as radiografias menos utilizadas pelos profissionais de MD.

esta pesquisa, ficam, em destaque, as percentagens inferiores de profissionais que realizam radiografias de conometria (47%) e de controlo pós-operatório (35%). (Gráfico 17) Após efectuar a calibragem e ter seleccionado o cone com travamento na totalidade do CT, também as radiografias são a chave da confirmação do cone principal no que concerne à sua posição relativamente ao ápice radicular. (Cohen et al., 1998). Fica evidente a importância da confirmação deste passo e a falta da sua realização pela maioria dos profissionais de MD. A pequena percentagem (35%) de clínicos que faz o acompanhamento e controlo pós-operatório, com ajuda radiográfica, põe em realce a sua responsabilidade perante os seus actos clínicos, já que há estudos que revelam fracassos dos tratamentos, nos períodos de tempo após a obturação. (Gráfico 17) Então, quais os períodos de maior risco de fracasso, apurando a necessidade de maior controlo? Ingle e Taintor afirmaram que, embora os TE possam demonstrar insucessos em períodos de até 10 anos, a maioria é ocorre no período de até 2 anos. Stabholz e Walton (*cit. in* Cohen et al., 1998) salientaram que o acompanhamento, posterior ao tratamento, deve ser de 1 a 4 anos. O valor da radiografia periapical é significativo na identificação da qualidade do TE. Contudo, é pertinente o cuidado com algumas lesões que podem estar presentes, sem serem nítidas no exame radiográfico. É de notar que 75% dos participantes não acharam importante referir quanto tempo após a obturação fazem o controlo pós-operatório, sendo as restantes respostas divididas entre períodos de 1 a 12 meses. (Gráfico 18)

### **Número de consultas para terminar um Tratamento Endodôntico**

Relativamente ao número de consultas para terminar o TE, fica evidente que a maioria dos profissionais realiza menos sessões em monorradiculares com polpa vital do que em

monorradiculares com polpa necrosada, e utiliza mais consultas ainda em multirradiculares, e que o número de sessões é maior nos multirradiculares com polpa necrosada do que nos que têm polpa vital. (Tabela 14)

Um dos temas mais polémicos da Endodontia actual continua a ser o da realização do TE em sessão única, inclusive em dentes com polpas necrosadas e lesão periapical. Neste estudo, as consultas únicas foram assinaladas maioritariamente (27%) para tratamentos de monorradiculares com polpa vital, sendo os tratamentos de monorradiculares com polpa necrosada e multirradiculares no geral realizados em mais do que uma consulta (Tabela 14). Em 1985, Silveira et al. (*cit. in* Soares et al., 2001) fizeram um estudo com endodontistas no Brasil e verificaram que 91,7% acreditam no fracasso do tratamento de dentes com lesão periapical, quando realizado em sessão única. Já a experiência dos endodontistas americanos, relatada por Landers e Calhoun (*cit. in* Soares et al., 2001), observa que o tratamento em sessão única era mais frequente em dentes com polpa vital. No entanto, existem muitos estudos que defendem a sessão única, argumentando trazer vantagens tanto para o paciente como para o profissional. Takahashi et al. (2003) revêem a literatura e escrevem que entre essas vantagens estariam: a redução do número de visitas ao consultório; a redução de problemas entre sessões; e o decréscimo de custo ao paciente. Outras razões apontam para a possibilidade de contaminação decorrente da infiltração marginal e do deslocamento do material obturador provisório. A maioria das publicações refere que o sucesso do TE executado em uma ou mais sessões não difere estatisticamente, quando os critérios de avaliação são clínicos, como a dor pós-operatória e o exame radiográfico. Contudo, os trabalhos baseados em uma análise histológica têm demonstrado que os melhores resultados são obtidos quando o tratamento é realizado em mais do que uma sessão. (Takahashi et al., 2003)

### **Restauração definitiva após TE**

Uma restauração permanente do dente deve ser realizada até 30 dias após a conclusão do tratamento do canal radicular, segundo a conclusão de Cohen et al. (1998). Neste estudo, 84% dos profissionais de MD realizam a restauração definitiva neste período de tempo. (Gráfico 22)

Swartz et al. (*cit. in* Sewell et al., 1999) demonstraram que a ausência de restauração dentária adequada após a endodontia diminui o índice de sucesso do TE. A micro-infiltração coronária pode recontaminar os dentes tratados resultando daí um factor de insucesso.

### Situações em que o profissional de Medicina Dentária não realiza TE

Referidas algumas situações de comprometimento físico ou psicológico ou outras limitações do paciente, os profissionais de MD assinalaram aquelas em que não realizariam o TE. No que se refere aos Diabetes, o objectivo médico neste tipo de paciente é manter o nível de glicose perto dos valores normais, de modo que, diz Lalla (2001) que, para os diabéticos controlados, as consultas são completamente viáveis e deverão ser agendadas para manhãs, sendo importante que o paciente faça a refeição e a medicação matinais normais. A totalidade dos profissionais deste estudo realiza tratamentos endodônticos em pacientes com diabetes controlados, numa atitude enquadrada em procedimentos recomendados cientificamente. (Gráfico 23)

Relativamente a doenças cardiovasculares, dizem Cohen et al. (1998) que uma história de enfarte do miocárdio nos últimos 6 meses é uma contra-indicação para o tratamento. No entanto, apenas 29% dos clínicos procedem como indicado na literatura. (Gráfico 23) O atendimento de emergência, no entanto, deve ser proporcionado após prévia consulta com o cardiologista do paciente.

A infecção pelo VIH, incluindo a SIDA, não é uma contra-indicação para a terapia endodôntica. No entanto, é necessário que se estabeleça um contacto com o médico do paciente, assim como uma cobertura antibiótica e rigor no que respeita aos princípios de controlo de infecção (Chiapasco, 2004) É de notar que 26% dos profissionais de MD não realizam TE em pacientes com várias infecções oportunistas, secundárias à infecção por VIH. (Gráfico 23) De facto, a fase da SIDA declarada implica uma maior susceptibilidade de desenvolvimento de infecções secundárias, pós-cirúrgicas, maior tendência a hemorragias devido a trombocitopenia e alterações de coagulação e possibilidade de infecção cruzada. Em pacientes em fase avançada ou terminal, está indicada a realização dos tratamentos mais conservadores, em meio hospitalar. (Chiapasco, 2004)

Também a totalidade dos profissionais de MD referem realizar TE em pacientes com asma controlada. (Gráfico 23) Providenciar tratamentos dentários seguros para o paciente asmático está dependente da sua função pulmonar, da capacidade de desenvolver um episódio asmático durante o tratamento, da função imune e estado de adrenalina. Regra geral, a Medicina Dentária deverá apenas ser efectuada em pacientes asmáticos assintomáticos ou cujos sintomas estão bem controlados. Um paciente asmático não deverá ser tratado na presença de sintomas. Ainda assim, o clínico deverá compreender que um paciente pode ter as vias aéreas obstruídas e, do mesmo modo, estar assintomático. (Steinbacher et al., 2002) Concluindo, os

clínicos deste estudo procedem de forma adequada, quando se deparam com pacientes asmáticos.

Quando o paciente possui insuficiência cardíaca congestiva de forma estabilizada, o Médico Dentista deverá programar, de todas as formas, intervenções pouco invasivas e de curta duração, depois de consultar o Cardiologista do paciente. No entanto, se tem entre mãos um paciente com insuficiência cardíaca não controlada, aconselha-se a evitar qualquer tratamento específico, sem que antes haja estabilização da patologia. Descompensação cardíaca intra-operatória, enfarte de miocárdio, paragem cardíaca, acidentes cérebro-vasculares e hemorragias são alguns dos problemas implicados em cirurgias nos pacientes nesta situação. (Chiapasco, 2004) No entanto, apenas 39% dos profissionais de MD agem de acordo com a literatura, não realizando um TE neste tipo de pacientes comprometidos. (Gráfico 23)

Em situações de pacientes com limitações económicas, não foi encontrada qualquer literatura que oriente o profissional de MD no modo de agir. No entanto, só 29% dos clínicos deste estudo dizem não realizar um TE, por limitação económica da parte do paciente, o que demonstra, pelo menos, boa vontade do profissional. (Gráfico 23)

Relativamente à motivação dos pacientes, afirmam Cohen et al. (1998) que antes que o paciente possa ser incentivado, o profissional precisa de estar motivado. Um paciente que não mostra interesse em manter uma boa higiene oral ou que falta constantemente às consultas pode não ser um bom candidato ao TE, a menos que o clínico consiga motivá-lo para alterar a atitude negligente. Este parece ser um dos tópicos que mais preocupa os profissionais de MD, visto que 43% afirma não realizar uma endodontia neste tipo de pacientes. (Gráfico 23)

### **Utilização do Amálgama em restaurações**

A controvérsia relativa ao uso do amálgama passa da literatura para a prática e revê-se nos resultados deste estudo: 72% dos profissionais de MD continuam a usar este material e 27% dos clínicos não utiliza o amálgama. (Gráfico 24)

Os motivos apresentados pelos profissionais (n=72) para usar este material baseiam-se principalmente na sua maior durabilidade (47%) e baixa infiltração marginal (49%). Gráfico 25) De facto, Soncinni et al. (2007) publicaram um artigo onde revêm a literatura sobre o amálgama e discutem a sua durabilidade, que, além de ser de boa a excelente em restaurações largas e profundas, revela mais longevidade que outros materiais restauradores, nomeadamente em paciente pediátricos.

Em 2003, foi publicado um estudo longitudinal de 17 anos, que revela um tempo de sobrevivência significativamente mais elevado para restaurações extensas de amálgama, em relação a restaurações extensas de compósito, salientam Soncini et al. (2007). Também estes mesmos autores fizeram um estudo, numa população infantil de Inglaterra, onde os compómeros foram 7 vezes substituídos devido a cáries recorrentes e os compósitos foram reparados 7 vezes. Estas estatísticas acabaram por demonstrar que as restaurações a amálgama têm mais longevidade, embora sem resultados estatisticamente relevantes, acabando por justificar, também, a alta percentagem de profissionais deste estudo que escolhem este material devido à sua durabilidade e baixa infiltração marginal.

Mesmo com o avanço do conceito de estética e a busca por restaurações imperceptíveis, o amálgama de prata ainda continua a ser utilizado por muitos profissionais. Várias são as razões do seu uso, nomeadamente: baixo custo, facilidade técnica, durabilidade, resistência ao desgaste e selamento marginal. Entretanto, pela presença do mercúrio e outros metais pesados, potencialmente tóxicos para o profissional e para o paciente, existe uma crescente resistência ao seu uso. Para além disso, sendo uma liga metálica, ele é anti-estético e está sujeito a corrosão, implicando pigmentação indesejável da estrutura dentária. Outro factor de restrição é a necessidade de confecção de cavidades retentivas, pois não existe adesão do amálgama ao dente, sendo necessário, assim, desgastes excessivos em estruturas que poderiam ser poupadas. Neste estudo, os profissionais que baniram o amálgama das suas restaurações (n=27) apontaram estas mesmas razões para a sua atitude, dizendo que não encontram vantagens no seu uso (20%), que é um material inestético (12%), tem risco de toxicidade do mercúrio (7%) e requer formas de preparo cavitário morosas (5%). (Gráfico 26)

Relativamente à toxicidade do mercúrio, vários estudos foram já realizados neste âmbito. Dodes et al. (2003) publicaram um artigo onde sublinham as palavras de Mackert e Blerglund quando concluíram que a dose baixa de mercúrio atribuída às restaurações com amálgama não era suficiente para produzir efeitos negativos na saúde do paciente.

Muitas das substituições de restaurações de amálgama são feitas consoante a filosofia do operador e da sua escola. Bogacki et al. (*cit. in* Osborne et al., 2008) reportaram que as restaurações a amálgama removidas por um novo Médico Dentista são 7 vezes mais do que se o paciente continuasse a ser tratado pelo mesmo profissional. Terá o novo Médico Dentista uma melhor visão? Ou será este um resultado de pobres diagnósticos ou diferentes critérios de avaliação?

A controvérsia continua e, pelo menos no nosso país, não existem dados que obriguem a uma mudança no uso deste material, ficando a sua utilização ao critério do profissional de MD e vontade do paciente.

## Cor do Compósito

Sturdevant et al. (1996) recomendam que a escolha da cor para uma restauração com compósito é o passo a realizar após o preparo da cavidade e, nesse caso, esta selecção deve ser efectuada com o dente húmido, usando luz natural e verificando as diferenças com a luz do foco.

Neste estudo, 60% dos profissionais têm atenção para que o dente esteja húmido, de acordo com as palavras de Sturdevant. Mas 11% dos clínicos fazem a eleição da cor do compósito com o dente seco, não tendo em atenção os efeitos que se podem produzir ao desidratar o dente. (Gráfico 27) No que consta ao tipo de luz a utilizar no momento da selecção da cor do compósito: 61% dos profissionais usam apenas luz natural; 1% usa apenas a luz do foco e 34% utilizam ambas as fontes de luz. (Gráfico 27) Qual será, por conseguinte, a luz mais apropriada? Cada indivíduo tem a sua própria cor de dentes e cada grupo dentário tem diferentes tonalidades. Num corpo iluminado há uma série de factores que vão ser determinantes da cor do mesmo. Explicam Tejeda et al. (2008) que há um fenómeno na natureza conhecido por metamerismo, onde cores que se vêem iguais sob a mesma fonte de luz, podem ver-se diferentes sob outra fonte de luz. Devido a tal fenómeno deve eleger-se a cor do compósito utilizando tipos de luzes diferentes. Os profissionais de MD devem ter em conta a influência do metamerismo na hora de identificar as cores dentárias, já que não é a mesma percepção sob luz natural, luz fluorescente (do consultório) e/ou luz incandescente (do foco dentário). (Tejeda et al., 2008) Deste modo, concluímos que os 34% de profissionais deste estudo que utilizam a luz natural e do foco são os que mais se aproximam do que é evidente na literatura apresentada. (Gráfico 27)

Sturdevant et al. (1996), ainda a respeito deste tema, dizem que devido aos inúmeros factores que influenciam a percepção das cores, joga também a subjectividade dos operadores nesta selecção e, assim sendo, convém que o clínico, assistente e paciente decidam, em conjunto, a cor a utilizar.

Também, afirmam Tejeda et al. (2008), que além da subjectividade, outros factores dependem do operador, como: o cansaço visual, a iluminação da zona de trabalho, factores psicofisiológicos e transtornos somáticos. Por todas estas razões, na escolha da cor deveriam participar mais pessoas além do clínico; mas, neste estudo, verificou-se que apenas 25% dos profissionais pedem conselho ao paciente e 39% pedem conselho ao assistente. (Gráfico 27)

## Sistema Adesivo

Durante décadas, houve um consenso de que os procedimentos necessitam de correcto isolamento para prevenir a contaminação dos preparos dentários. (Hitmi *cit. in* Hasan et al., 2005). El-Kalla et al. (*cit. in* Hasan et al., 2005) comprovaram que alterações ocorridas na superfície dentinária, como exposição à saliva, influenciam o mecanismo do condicionamento. Assim, diz Hitmi (*cit. in* Hasan et al., 2005) que a humidade, em particular da saliva, pode afectar a qualidade da adesão entre o substracto e o material restaurador, levando à microinfiltração e tendo como resultado a perda ou descoloração da restauração, cáries recorrentes e sensibilidade pós-operatória.

Glantz, em 1977, chega à conclusão que a contaminação pela saliva é um problema complexo, já que o adesivo pode ser impedido de penetrar na dentina por uma camada monomolecular da saliva. (Turbino et al., 1997)

O estudo de Hasan et al. (2005) comprovou que a contaminação com saliva reduziu, significativamente, a capacidade de selamento, tanto em esmalte como em dentina. A secagem da saliva, após contaminação, não restabeleceu os valores de adesão, mas a lavagem com água proporcionou valores similares àqueles apresentados pelo grupo de controlo.

Também Sartori et al. (2007) realizaram uma pesquisa, onde os resultados demonstram que contaminação salivar compromete o selamento marginal do adesivo ao substracto. Sugerem que quando houver contacto com a saliva nas margens da dentina deverá optar-se por lavar a cavidade, formar novamente esfregaço dentinário e condicionar novamente a superfície, já que apenas a secagem, após contaminação, compromete o tratamento.

O recondicionamento após contaminação salivar gera controvérsia no tema. Teoricamente, segundo Peschke (*cit. in* Hasant et al., 2005) uma nova aplicação de ácido poderia proporcionar uma camada excessiva de dentina desmineralizada, que poderia não ser totalmente penetrada pelo sistema adesivo, permitindo a formação de uma área adesiva mais frágil. Também Ibrahim (*cit. in* Sartori e tal., 2005) tem uma opinião acerca do recondicionamento das superfícies, após contaminação. Afirma, em relação ao esmalte, que voltar a submetê-lo ao ácido pode reduzir a concentração de fluoretos da superfície, ficando esta mais susceptível à cárie.

Já na experiência de Hasan et al. o condicionamento após contaminação restabeleceu os valores normais de adesão na dentina, o que vai ao encontro de outros estudos realizados, como os de Xie et al. (*cit. in* Hasant et al., 2005).

Neste estudo, 74% dos profissionais de MD lavam e secam imediatamente a superfície, repetindo o ataque ácido em caso de contaminação durante esta manobra, agindo de acordo com alguns dos autores atrás citados. Já quando a contaminação ocorre depois da aplicação do adesivo, a maioria dos profissionais (65%) têm uma atitude mais rigorosa, voltando a limpar a cavidade com a broca, fazendo um novo ataque ácido e repetindo a colocação do adesivo. (Gráfico 28 e Gráfico 29)

Apesar da contaminação com saliva ainda ser um problema clínico comum, pouco se sabe sobre os seus reais efeitos no resultado final de restaurações adesivas e pouco tem sido estudado sobre qual seria a solução para um problema clínico tão comum. (Hansan et al., 2005)

### **Uso de Cunhas e Matriz**

Já afirmam, Keogh et al. (*cit. in* Melo et al., 2005), que nas restaurações directas de cavidades de classe II, a obtenção de um bom ponto de contacto está dependente de dois factores: do contorno da superfície proximal e do espaço fisiológico interproximal. E para a obtenção de um correcto contorno da superfície proximal da restauração, há necessidade de usar matrizes, porque, para além desta função, ainda facilitam a inserção e condensação do material; impedem o aparecimento de excessos de material restaurador no espaço interproximal e permitem isolar parcialmente o dente. (Cvitko *cit. in* Melo et al. 2005)

Para conseguir-se um correcto espaço fisiológico interproximal, dizem Mullejans et al., em 2003 (*cit. in* Melo et al., 2005) que deve recorrer-se ao uso de cunhas de madeira em complemento ao sistema de matrizes. Através da pressão que exercem, permitem que os dois dentes se afastem o suficiente para compensar o espaço ocupado pela matriz. Não obstante, ainda permitem a adaptação do bordo gengival da matriz ao espaço interproximal, impedindo o extravasamento do material restaurador para a margem gengival.

A quase totalidade (97%) dos profissionais de MD parece ter presente a importância das matrizes e cunhas na obtenção do contorno da superfície proximal e do espaço fisiológico interproximal em restaurações de cavidade de classe II. (Gráfico 30)

### **Envio do desenho da PPR para o laboratório de prótese**

No Brasil, realizou-se um estudo onde concluíram que a maioria dos técnicos protésicos recebe os moldes dos pacientes sem qualquer desenho ou planeamento das PPR, por parte dos profissionais de MD. Muitos relataram que grande parte dos Médicos Dentistas não realiza montagem dos modelos em articulador e não confecciona preparos nos dentes suporte da PPR (Mattos, 2002). No mesmo estudo, refere-se que a maioria dos profissionais (60%) não envia o seu desenho para o laboratório de prótese. É evidente a necessidade de consciencialização destes profissionais e técnicos em relação ao papel por eles desempenhado na confecção das próteses. (Gráfico 31)

### **Detecções mais frequentes na altura da colocação da PT e queixas gerais do paciente**

O aumento gradual da esperança média de vida da população contribui para o aumento de indivíduos desdentados. Em Portugal, segundo dados da OMS relativos ao ano 2000, 70% da população a partir dos 65 anos era desdentada, passando a sua reabilitação oral, muitas vezes, pela utilização de próteses removíveis. (Areias et al., 2007)

Não é por acaso que os profissionais de MD (72%) relatam que é comum observarem erros de oclusão após a colocação de uma PT. (Gráfico 32) Uma prótese mal ajustada pode deslocar-se ao fechar os maxilares e simular uma boa oclusão, por sua vez, uma oclusão insuficiente pode simular um ajuste insatisfatório por destabilização da base. Para se poder distinguir entre causa e efeito é preciso comprovar o ajuste e a estabilidade da prótese, antes de cada controlo de oclusão. (Geering et al., 1988)

A falta de retenção e de estabilidade verifica-se, por norma, em portadores de próteses antigas, facto que está, não raras vezes, relacionado com a falta de acompanhamento posterior à colocação da prótese. As consultas de controlo são esquecidas, agravando esta situação. (Areias et al., 2007) Neste estudo, 53% dos profissionais de MD referem a falta de retenção como uma detecção frequente na altura da colocação da prótese, tornando-se pertinente descobrir o que falha neste aspecto. (Gráfico 32)

Relatam os profissionais de MD que as queixas mais frequentes dos pacientes após colocação de uma PT, residem na dificuldade em mastigar (51%), no morder da língua ou da bochecha (36%) e na inflamação na área de suporte (26%). (Gráfico 34)

Quando um paciente refere que “a prótese dói ao mastigar”, é, normalmente, devido à acção muscular e compressão da mucosa, sempre que se produz algum movimento da prótese em função. (Geering et al., 1988)

Se o ajuste é defeituoso, se o bordo da prótese não está correctamente delimitado, existe a possibilidade de as rugosidades da mucosa se introduzirem sob a base e serem comprimidas. Como consequência, as zonas mais proeminentes da crista ficam sobrecarregadas. A montagem incorrecta dos dentes provoca movimentos basculantes da prótese ao mastigar e acelera a destruição óssea, por sobrecarga local. Por conseguinte, a estabilidade mastigatória, no contacto funcional, é uma condição obrigatória. (Geering et al., 1988)

Se os alimentos ficam aderidos à parte externa vestibular da prótese, deve-se principalmente à falta de contacto basal, à sobre-extensão do bordo da prótese ou ao espaço defeituoso ou insuficiente dos freios bucais. Se os alimentos se introduzem sob a base da prótese, não se deve apenas a uma sobre-extensão dos bordos, mas também aos bordos configurados amplamente para conseguir o contacto bucal no maxilar superior. (Geering et al., 1988)

Quando a queixa do paciente reside no facto de morder a língua ou bochecha, a causa pode advir de três aspectos: um problema de DVO diminuída, os dentes posteriores terem ficado topo-a-topo ou numa posição demasiado lingual ou muito vestibular. No caso do problema se relacionar com a DVO, a solução passa por adicionar resina acrílica às faces oclusais para aumentar a DVO ou voltar a procurar referências apropriadas para determinar a DVO. No caso da complicação surgir devido aos dentes posteriores se encontrarem numa posição topo-a-topo ou demasiado para lingual ou para vestibular, Barrack et al. sugerem a remoção dos dentes da base e seu reposicionamento em cera, para reavaliação da situação. (Barrack et al., 1997)

Uma inflamação generalizada de todos os tecidos em contacto com a prótese aponta para uma alergia à base da prótese. Barrack et al. (1997) sugerem a revisão da história médica para medicação que possa causar xerostomia ou solicitar uma avaliação médica complementar.

A inflamação da área de suporte também foi referida, significativamente, como causa de desconforto da prótese. Este problema pode justificar-se pelo facto de existir uma desadaptação da prótese ou uma avitaminose. No caso de desadaptação, a solução passa por compor os bordos, usando cera, por exemplo, e apurar novamente a extensão da prótese. Quando a suspeita reside numa situação de avitaminose, o ideal será pedir análises nutricionais, a fim de avaliar a situação. (Barrack et al., 1997)

Os profissionais de MD (64%) indicaram a área vestibular e labial mandibular (27%) como sendo as que os pacientes referem como dolorosas, após colocação de uma PT. (Gráfico 33) Uma prótese sobre-extendida justifica, de facto, a dor por vestibular. Sustentam Barrack et. al (1997) que dever-se-ão identificar as sobre-extensões e/ou o tecido sujeito a elevado stress e ajustar adequadamente essas zonas. No fundo, pretende-se determinar se existe um problema de comprimento excessivo da base ou algum ponto de demasiada pressão. Mas se a dor aborda

a área labial mandibular, poderá advir de três causas: demasiada sobremordida vertical; hábito de mastigar em protusiva; ou prótese com sobre-extensões. Nas duas primeiras situações, dizem aqueles autores que, provavelmente, ter-se-ão que identificar as discrepâncias oclusais, providenciar nova montagem de dentes e reavaliar o processo.

Há outros aspectos, além da técnica do profissional que influenciam, amplamente, a satisfação dos pacientes portadores de prótese. Panek et al. (*cit. in* Areias et al., 2007) referem que os pacientes com grande auto-estima se apercebem de poucos problemas dentários. O sucesso do tratamento depende da idade, do sexo, do estado médico e psicológico do paciente. A colocação de uma prótese nem sempre consegue satisfazer as expectativas estéticas e funcionais dos seus portadores, dificultando, nesses casos, a sua aceitação e contribuindo para um aumento de queixas.

Ainda num estudo realizado em 2007, por Areias, concluiu-se que apenas 54,4% das próteses realizadas na FMDUP satisfaziam os pacientes, facto este justificado pela falta de habituação à nova prótese, de modo que se torna essencial o conhecimento seguro dos possíveis erros de construção da prótese e, assim, saber distinguir se a queixa do paciente se fundamenta numa situação de iatrogenia ou falta de habituação.

### **Dificuldade em determinar a DVO**

Da impressão preliminar até à colocação das próteses totais, o acto menos preciso é a determinação da dimensão vertical de oclusão (DVO). Os métodos utilizados são muito variados. Existem métodos indirectos de determinação da DVO, os quais se baseiam na estética do paciente e na experiência do profissional e outras determinações que funcionam como guia para chegar a um valor de DVO. (Makzoumé, 2001)

O aumento da distância vertical resulta em distorção da face, quando o indivíduo tem dificuldade em fechar os lábios. Além disso, torna-se difícil a deglutição. A dimensão vertical diminuída, quando os dentes estão em oclusão, ocasiona um fecho exagerado que é prejudicial para a ATM. O espaço normal da língua fica limitado e aparece mais perceptível a distorção da face, com o queixo a aproximar-se do nariz e a comissura dos lábios a virar para baixo, e os lábios perdem volume; os músculos da expressão facial perdem tonicidade e a face parece flácida. (Ditterich et al., 2005) Assim, torna-se evidente a importância da perícia e sensibilidade do profissional neste passo. Neste estudo, 35% dos profissionais admitem ter dificuldades na determinação do valor da DVO e 62% não consideram este acto complicado (Gráfico 35). É importante que cada profissional utilize o método que lhe proporcione maior segurança e sucesso final, ou então, como dizem Ditterich et al. (2005), não existindo um

melhor método para a mensuração da DVO, a associação de várias técnicas deve ser aplicada na reabilitação protética.

Principalmente durante a confecção de uma prótese total, uma das etapas que requer maior atenção do profissional é a correcta obtenção da DVO, pois é capaz de influenciar na qualidade final da prótese, já que esta é uma medida que ditará o restabelecimento satisfatório do sistema estomatognático e, conseqüentemente, das funções de fonação, mastigação e deglutição, inclusive pela questão de conferir ao paciente uma aparência estética agradável. (Ferreira *cit. in* Paiva, 200 )

### **Utilização do Arco Facial e Articulador**

O articulador e o arco facial são usados com o objectivo de estabelecer um correcto diagnóstico de um caso clínico, de desenvolver um tratamento eficiente e de contribuir para a correcta construção das próteses dentárias durante o tratamento.

amaki (*cit. in* Gonçalves, 2004) comenta que o correcto posicionamento dos modelos de trabalho fixados no articulador influencia a funcionalidade do aparelho. Moura Filho ( ) notou a falta de coincidência da posição de relação cêntrica do paciente com a do articulador, quando os modelos foram montados sem o auxílio do arco facial.

Muito embora, Gonçalves (2004) tenha realizado um estudo em que os resultados mostraram que não existem diferenças significativas na montagem do modelo maxilar no articulador pelo mesmo profissional, foram observadas diferenças aquando a montagem realizada por operadores diferentes. No entanto, crê-se que, conforme a opinião de Swenson (1955), "... o registo e o uso do arco facial são operações simples e rápidas que oferecem vantagens substanciais, justificando, assim, alguns minutos a mais com o paciente (Gonçalves, 2004). Os profissionais de MD (76%), por vezes parecem não demonstrar ter a consciência da importância do uso do articulador e do arco facial, visto que estes métodos não constituem prática comum na reabilitação dos seus pacientes (Gráfico 37).

Desde há muito, os protésicos têm chamado a atenção para o facto de, se os modelos de trabalho não forem montados no articulador, com o auxílio do arco facial, não se poder comprovar um registo de relação cêntrica, uma vez que, ao fechar o articulador, os contactos oclusais que ocorrem não serão idênticos aos observados em boca. O rigor e a atenção por parte do operador são fundamentais para a realização de uma montagem correcta. (Gonçalves, 2004)

### **Fases de uma exodontia com mais dificuldades para o profissional de MD e complicações durante este tratamento**

A maioria dos profissionais de MD (39%) referiu não sentir qualquer dificuldade na realização de uma exodontia. No entanto, as percentagens mais relevantes de dificuldade neste tratamento apontam para as fases de luxação do dente com alavanca (23%) e com boticão (16%). (Gráfico 38)

De facto, a luxação da peça dentária pode ser realizada com o auxílio de uma alavanca e posteriormente, com o boticão. A dificuldade reside em encontrar o ponto de apoio para manipular a alavanca. Diz Chiapasco (2004) que esta nunca se deve apoiar em um dente adjacente, se não actuar com movimentos de rotação entre a crista alveolar e o dente a extrair, para evitar luxar, também, o dente adjacente e fracturar partes dentárias ou restaurações. O que pode, de algum modo, explicar o facto de 18% dos clínicos terem já realizado danos no dente adjacente. (Gráfico 42)

Todas as fases de uma exodontia estão interligadas, sendo perfeitamente perceptível que, não realizando adequadamente uma delas, surgirão complicações nas acções seguintes. Assim foi encontrada a seguinte relação: naqueles profissionais que assinalam a Cirurgia como área mais difícil, 25% consideram a fase de remoção do dente propriamente dita a parte mais complicada de uma exodontia ( $p=0,02$ ) (Gráfico 39). E, sendo a remoção do dente uma manobra em que é necessário evitar força excessiva, pois a sua avulsão pode provocar imprevistos, ela deverá ser executada de modo delicado, já que, nesta altura, o osso alveolar deverá estar expandido e o dente luxado, convenientemente, para poder ser, por fim, removido (Chiapasco, 2004). Fica a seguinte dúvida: não será que os profissionais consideram a Cirurgia uma das áreas mais complicadas e a associam à dificuldade de realizar a avulsão da peça dentária, por falta de dedicação às fases anteriores à remoção do dente?

Complicações como fracturas da coroa/raiz (91%), fracturas do processo alveolar (43%) e lesões no tecido mole (38%) aparecem como aquelas mais assinaladas pelos profissionais de MD (Gráfico 42). A aplicação de uma força excessiva durante a luxação, designadamente se esta é realizada apenas com o boticão, pode provocar fractura do processo alveolar. Também as lesões nos tecidos moles podem ser resultado da utilização imprópria do boticão e/ou alavanca (Chiapasco, 2004). Mais uma vez, parece fazer sentido os profissionais de MD terem referido as fases de luxação como sendo aquelas em que têm mais dificuldades, já que da sua má realização podem surgir bastantes complicações.

As fracturas radiculares previnem-se pela análise pré-cirúrgica da existência de raízes desfavoráveis, e, nestes casos, é conveniente recorrer a procedimentos como a osteotomia e

odontossecação. Dentes muito destruídos, ou que apresentem cáries muito desenvolvidas, são mais susceptíveis a fracturas da coroa, de modo que é sempre importante uma boa observação de cada situação, para proceder com os devidos cuidados (Chiapasco, 2004)

Também problemas relacionados com a anestesia e situações de perfuração do seio maxilar são mencionadas como complicações ocorridas por 29% e 26% dos profissionais, respectivamente. (Gráfico 42)

As causas das comunicações entre a cavidade oral e o seio maxilar podem ser de origem iatrogénica e não-iatrogénica, como podemos observar na tabela 17, sendo que a grande maioria acaba por se curar espontaneamente. Acontecem com mais frequência em exodontias complicadas de dentes e raízes superiores. (Chiapasco, 2004)

Causas das Comunicações Orosinusiais	
Iatrogénicas	Não-Iatrogénicas
Exodontia dos elementos dentários superiores	Traumatismos
Exodontia cirúrgica de dentes incluídos	Infecções
Deslocação de dentes ou raízes para o seio maxilar	
Enucleação de lesões periapicais ou quistos	
Remoção de neoformações benignas	
Preparações para implantes	

**Tabela 17: Causas das Comunicações Orosinusiais (Chiapasco, 2004)**

Também as complicações anestésicas são um imprevisto com variadas causas. Harn & Durham (1990), após terem avaliado 9587 bloqueios anestésicos mandibulares, apresentam como sendo 3,6 % a chance de haver um trauma do nervo lingual ou episódio traumático, como consequência de uma anestesia mandibular. A injeção produz uma estimulação do nervo, representada por dor, choque ou o chamado “formigueiro” nos dois terços anteriores da língua, sulco sublingual ou gengiva lingual do lado da injeção, mas com volta ao normal da sensibilidade da região, até 4 horas após o episódio. Walters (1995), após ampla revisão na literatura, afirmou que, em média, este acidente ocorre em cerca de 11% da prática clínica. (Pereira, 2004)

Resumidamente, avaliando a condição de saúde geral do paciente e estabelecido um diagnóstico, deverá programar-se a intervenção. A eleição do tipo de anestesia é condicionada pelo estado, pela idade e pela colaboração do paciente, pela duração da intervenção, pelo tipo de tratamento, pelo acesso ao campo operatório e pelo o nível de experiência do cirurgião. Uma notável experiência do operador comporta sempre uma redução dos tempos de cirurgia e um menor traumatismo dos tecidos envolvidos (Chiapasco, 2004).

Concluem Ribeiro et al. (2004), no seu estudo sobre o ensino da Cirurgia Oral, na Europa, que as Universidades portuguesas proporcionam aos estudantes bastante diferenciação dos actos clínicos praticados. No entanto, fica evidente neste estudo que são muitas as complicações com que os profissionais de MD se deparam, restando saber se estão preparados para solucionar cada imprevisto. Esta era uma pergunta inserida também no questionário desta pesquisa, e que, por ser de resposta aberta, apenas um número muito reduzido de profissionais se prontificou a responder, tendo, por isso, sido excluída da análise.

### **Situações em que os profissionais de MD não realizam uma Exodontia**

Como atrás referido, e generalizando, doenças não controladas são contra-indicações para o tratamento odontológico. Doentes metabólicos não controlados, leucemias e linfomas não controlados, bem como doentes cardíacos não controlados, devem requerer atendimento após prévia consulta com o médico responsável ou no caso da doença estabilizar. Esta pesquisa revela, também, que a maioria dos profissionais não realiza uma exodontia, quando o paciente se apresenta comprometido neste sentido (62%, 79% e 80% para as situações referidas antes, respectivamente) (Gráfico 40). Diz Chiapasco (2004), que em pacientes com história de enfarte de miocárdio, nos últimos 6 meses, podem surgir complicações como angina de peito, recidiva de enfarte e paragem cardíaca. Já se nos depararmos com um paciente com insuficiência cardíaca não controlada, podem estar implicados alguns problemas nas cirurgias, como: acidentes cérebro-vasculares; hemorragias; descompensação cardíaca; enfarte de miocárdio e paragem cardíaca. Doentes com Linfoma estão sujeitos a desenvolver infecções pós-operatórias. Quando o quadro clínico é estável, é possível realizar os tratamentos indicados em meio hospitalar. Em pacientes terminais só se realizam consultas de manutenção. Pacientes com Leucemia estão sujeitos a maior susceptibilidade a infecções, a hemorragias mais abundantes e prolongadas e atraso no processo de cicatrização. Por este motivo, devem evitar-se tratamentos quando esta doença se encontra em fase aguda, devendo optar-se por realizá-los em meio hospitalar.

Em várias literaturas, surge assinalado que há problemas implicados nas intervenções cirúrgicas em pacientes irradiados, como atraso na cicatrização das feridas, aumento do risco de infecção e de osteorradionecrose. O Médico Dentista poderá realizar apenas tratamentos urgentes e em meios adequados, sempre com o paciente sob antibioterapia e oxigenoterapia (Chiapasco, 2004). A maioria dos participantes deste estudo (66%) declararam não realizar uma cirurgia neste tipo de pacientes e 52% não realiza exodontias em pacientes com pericoronite aguda (Gráfico 40). Traduzem-se, de facto, em contra-indicações temporárias os casos de pacientes com pericoronite e com dentes em zona irradiada. Deverão ser tomadas medidas concomitantes, como seja a profilaxia. São situações que admitem tratamento normal, após monitorização do paciente (Sailer, 1997).

### **Procedimento após realização de uma Exodontia**

Depois de um dente removido de um alvéolo, há um conjunto de procedimentos a realizar para concluir o tratamento.

Após extracção do dente, o tecido de granulação das paredes e fundo do alvéolo deve ser removido, pois reduzirá o risco de infecções residuais, favorecerá a cicatrização do alvéolo com neoformação óssea e evitará a formação de quistos residuais em casos de dentes extraídos associados a lesões periapicais. Em alguns casos, ele poderá estar aderido à raiz, sobretudo na região do ápice. A eliminação do tecido de granulação faz-se através da curetagem do alvéolo, com uma cureta cirúrgica cortante. (Chiapasco, 2004) Neste estudo, 90% dos profissionais de MD realizam a curetagem do alvéolo, como explica Chiapasco. (Gráfico 41)

Do protocolo de uma exodontia faz parte a irrigação do alvéolo com soluções fisiológicas, para se remover possíveis fragmentos de tecido dentário e reduzir o risco de Alveolite. (Chiapasco, 2004) No entanto, verificou-se que apenas 45% dos profissionais procedem desta forma. (Gráfico 41)

Outrora expandido, o osso alveolar pós-extracção dentária deve, agora, ser submetido a uma compressão digital, por vestibular e lingual, de modo a restabelecer a sua dimensão normal. (Chiapasco, 2004) De facto, 69% dos profissionais realizam esta manobra (Gráfico 41). A compressão pode, por vezes, ser suficiente para conformar as margens da ferida, facto que elimina a necessidade de sutura. No entanto, esta manobra deverá ser ignorada quando está prevista a colocação de um implante osteointegrado, em substituição do dente extraído, para manter a maior espessura possível da crista alveolar. (Chiapasco, 2004)

Antes de dar por concluída a cirurgia, é necessário confirmar a formação de um coágulo normal no alvéolo. Em caso de sangramento insuficiente, este pode ser estimulado através da curetagem da parede alveolar (Chiapasco, 2004). Alguns profissionais (5%) revelam alguma confusão no que diz respeito a este conceito, pois, em vez de promoverem a formação do coágulo, fazem a sua remoção. (Gráfico 41)

A fase final da intervenção cirúrgica é a sutura, que se mantém na cavidade oral durante um período médio de 6 a 8 dias. O material e método devem seleccionar-se com o fim de proporcionar a melhor cicatrização possível, sendo obviamente necessários o conhecimento e domínio das diferentes técnicas de sutura. (Chiapasco, 2004) A maioria dos profissionais (66%) realiza, por norma, a sutura após uma exodontia, mas 11% apenas a faz se o paciente não tiver boa higiene ou no caso de cirurgias em dentes posteriores. (Gráfico 41)

### **Técnicas da área da Periodontia que os profissionais de MD se sentem preparados para executar**

Um estudo com os alunos finalistas das Faculdades de Odontologia do Rio de Janeiro e profissionais graduados por estas escolas nos últimos 5 anos analisou, de igual modo, a opinião dos questionados quanto ao ensino de Periodontia. Os resultados mostraram que: a maioria dos inquiridos entende que as faculdades os prepararam para executar os procedimentos de controlo de placa, diagnóstico de doença periodontal e raspagem supragengival, mas considera-se inabilitada para executar cirurgia periodontal. Os participantes referem, ainda, que a experiência clínica obtida na faculdade foi deficiente e julgam necessário aperfeiçoar o seu conhecimento. Apesar de reconhecerem a importância do ensino da Periodontia, consideram que o nível de interesse que a disciplina lhes despertou não foi suficiente. Verificou-se, por fim, a maioria dos profissionais não utiliza a sonda periodontal rotineiramente nos seus exames iniciais. (Gopp et al., 1996)

Neste estudo, também é revelada alguma inaptidão para algumas técnicas na área da Periodontia. Os profissionais de MD apontam a RAR e a Gengivectomia como as técnicas em que se sentem mais preparados para executar (60% e 62%, respectivamente). É notório um decréscimo na percentagem de execução das manobras mais complicadas desta área, já que apenas alguns dentistas dizem ser capazes de realizar retalhos periodontais (27%), e uma pequena minoria (8%) diz estar preparada para executar técnicas regenerativas periodontais. No entanto, é um acto cômico o de 93% dos profissionais de MD que reencaminham o paciente para um colega especializado em Periodontia, caso não se sintam aptos para este tipo de procedimento (Gráfico 43). Brayer et al., em 1989 (*cit. in* Lara, 2005) demonstraram que a experiência do operador influenciava os resultados dos tratamentos periodontais. Os Médicos Dentistas mais experientes são mais eficientes na realização de RAR do que os profissionais inexperientes. Da consciencialização de cada profissional depende o modo de agir de acordo com o seu conhecimento e habilidade ao realizar qualquer tipo de tratamento, mas será sempre um acto reconhecido, o de encaminhar um paciente para outro serviço, quando o profissional não se sente capaz, evitando-se resultados não satisfatórios.

### **Anti-inflamatórios/Analgésicos**

Os antiinflamatórios não-esteróides ( AINE's ) estão indicados em processos inflamatórios, dos quais a dor, o edema e a disfunção decorrentes trazem desconforto e o prejuízo

funcional ao paciente. Não devem ser administrados quando o atendimento odontológico provocar apenas dor, sendo, neste caso, indicado o uso de analgésicos de intensidade adequada. (Serra et al., 2003)

A primeira opção dos analgésicos deve ser restrita aos analgésicos de baixa potência, de preferência o paracetamol. Caso esse não surta efeito, pode optar-se pelos analgésicos de acção combinada, pois existe uma grande chance de anular a dor referida pelo paciente. Em último caso, o uso do tramadol estaria indicado. Na persistência de dor, deve-se reavaliar o caso. (Gaujac, 2006)

Classificação dos procedimentos baseados no tempo operatório e trauma aos tecidos		
Classificação	Definição	Exemplos
<b>Tipo I</b>	Procedimentos com tempo operatório curto e pouca manipulação de tecidos.	Dentes erupcionados; cirurgias periodontais pouco invasivas; tratamento endodôntico, biopsias.
<b>Tipo II*</b>	Procedimentos com necessidade de pequeno retalho para uma adequada manipulação e tempo operatório um pouco mais prolongado.	Dentes com necessidade de pequeno retalho; cirurgias periodontais invasivas, aumento de coroa clínica, colocação de implantes dentários.
<b>Tipo III*</b>	Procedimentos de maior complexidade, onde é necessário um retalho maior e tempo operatório prolongado.	Dentes com necessidade de grandes retalhos, enxertos intra bucais, remoção de mais de um terceiro molar.
<b>Tipo IV*</b>	Procedimentos bastante minuciosos com tempo operatório relativamente alto e necessidade de exposição cirúrgica ampla.	Cirurgia parendodôntica; remoção de mais de dois terceiros molares.

\*Uso de Antibiótico

**Tabela 18:** Classificação dos procedimentos baseados no tempo operatório e trauma aos tecidos. (Gaujac, 2006)

Gaujac (2006) elaborou um plano (Tabela 18) onde classifica os procedimentos baseando-se no tempo operatório e trauma de tecidos, de modo, a posteriormente, atribuir um plano de prescrição. Resumidamente, nas classificações tipo I e II, é recomendado o uso de AINE'S e analgésicos; na classificação tipo III, há necessidade de um corticóide, além dos AINE'S e dos analgésicos; e na classificação tipo IV deverá haver prescrição de ansiolíticos, corticóides, AINE'S e analgésicos. (Gaujac, 2006)

Os profissionais de MD, deste estudo, revelam prescrever medicação anti-inflamatória/analgésica, principalmente nos casos de: cirurgia complicada de raízes ou molares (91%); cirurgia de sisos inclusos (87%); drenagem de abscesso purulento (70%); endodontia, no final da primeira sessão (63%); e de cirurgia simples (54%) (Gráfico 44).

Relativamente às situações de administração de anti-inflamatória/analgésica, após a primeira sessão do tratamento, os estudos revelam que mais de metade dos pacientes não reportam dor após sessão de TE. No entanto, também 40% experimentaram alguma dor pós-operatória, com 20% dos pacientes a confirmar dor moderada a severa. Aos pacientes que têm um risco acrescido de dor pós-operatória devem ser prescritos analgésicos, para 2 ou 3 dias, de 6 em 6 horas. Depois desse período, o consumo deve ser feito consoante a dor sentida (em SOS). (Walton et al., 2002)

Genet et al. (2007) mostraram que a dor pós-operatória, depois da primeira consulta de Endodontia, ocorre em 27% dos casos, sendo que 5% se trata de uma dor severa e 22% de uma dor moderada. Há uma correlação positiva entre a incidência de dor pós-operatória e outros factores, como: presença de dor pré-operatória em conjunto com estado de polpa necrótica; presença de radiolucidez maior do que 5mm de diâmetro; número de canais do dente tratado; e o facto das mulheres reportarem mais dor pós-operatória.

Nas cirurgias orais, como a de terceiros molares, ocorrem manifestações inflamatórias que serão atenuadas com a acção dos anti-inflamatórios, diminuindo a intensidade e a duração do processo, aliviando dor, edema, hipertermia local e trismo. (Serra et al., 2003) Torna-se evidente, neste estudo, a prescrição dos anti-inflamatórios/analgésicos em tratamentos de exodontias, sejam elas simples, complicadas ou de sisos inclusos.

### **Antibióticos**

Mais de 50% dos profissionais de MD recomendam a cobertura antibiótica nos casos de: drenagem de abscesso purulento (85%); cirurgia de sisos inclusos (80%); necrose, com lesão apical aguda com edema (76%); necrose, com lesão apical crónica e fistula (60%); e cirurgia complicada de raízes ou molares (57%) (Gráfico 45).

Souza-Filho & Andrade (*cit. in* Vianna, 2006) recomendam o uso de antibióticos no tratamento dos abscessos apicais agudos localizados, quando os pacientes são portadores de doenças sistémicas caracterizadas por alterações metabólicas e por imunossupressão, como se observa nos diabéticos, portadores de doença renal crónica, lúpus eritematoso sistémico, etc. Além desses casos, quando houver abscessos apicais agudos, acompanhados de sinais e sintomas físicos, como a presença de dor severa, celulite ou outros sinais importantes como linfadenite, trismo, febre, taquicardia, falta de apetite e mal-estar geral. A prescrição deve ser feita inicialmente por 3 dias. Antes de completar esse período de 72 horas, nova avaliação do quadro deve ser realizada para decidir pela interrupção da administração do antibiótico ou sua manutenção por mais dias. Neste estudo, os profissionais foram questionados quanto à

prescrição de antibióticos em casos de drenagem de um abscesso purulento, tendo 85% dos profissionais de MD recomendado a antibioterapia nestas situações.

Os antibióticos sistêmicos não são substitutos do tratamento local apropriado, até porque a maioria das infecções endodônticas podem ser tratadas sem eles. Pacientes saudáveis, sem sinais sistêmicos e sem sintomas de infecção, mas com pulpíte sintomática, periodontite apical sintomática, fístula ou tumefacção localizada não requerem antibioterapia (Walton et al., 2002). No entanto, verifica-se, neste estudo, que a maioria dos profissionais de MD prescreve antibióticos em situações de necrose, com lesão apical crónica e fístula (60%). (Gráfico 45)

Pacientes com pulpíte irreversível devem ser medicados com um analgésico, mas, contrariamente, os antibióticos não estão indicados neste casos. Nos casos de Pulpíte irreversível com periodontite apical aguda, a limpeza, a boa irrigação e a conformação dos canais, deverá reduzir a dor. Nos casos de pulpíte irreversível sem periodontite apical aguda, refere-se ainda que um ligeiro desgaste dos pontos de contacto na oclusão alivia os sintomas (Walton et al., 2002). De qualquer modo, 17% dos profissionais fazem cobertura antibiótica neste tipo de situação. (Gráfico 45)

Nos casos de necrose pulpar sem edema, considera-se a eliminação do agente irritante, a administração de um anestésico de longa duração e a prescrição de um analgésico para reduzir a dor pós-operatória. Os antibióticos não estão indicados. Em 2 ou 3 dias, é suposto a inflamação diminuir (Walton et al., 2002). Neste estudo, em situações de necrose pulpar, sem edema, verifica-se que, se a lesão apical for crónica, 34% dos profissionais recomendam o uso de antibióticos, mas, se a lesão apical for aguda, essa percentagem aumenta para 48% (Gráfico 45).

Necrose pulpar acompanhada de edema localizado obriga a dois tipos de urgência: à limpeza dos canais e à drenagem do seu conteúdo. A drenagem implica uma diminuição da pressão e da dor e a remoção do irritante: o conteúdo purulento. No entanto, na existência de abscesso apical agudo com edema localizado, foi demonstrado que o uso de antibióticos sistêmicos não trazia benefícios (Walton et al., 2002). Neste estudo, a cobertura antibiótica é recomendada por 76% dos profissionais, nos casos de necrose com lesão apical aguda, com edema, e, por 85% dos médicos, em situações de drenagem de abscessos purulentos, ao contrário do que é aconselhado por Walton. (Gráfico 45)

Não obstante, em situações de necrose pulpar com edema difuso, os pacientes apresentam, por norma, temperatura elevada e outros sinais sistêmicos. A drenagem pode não ser conseguida, em alguns casos, e, noutros, o abscesso drena através de uma via extra-oral ou subcutânea. A profilaxia com prescrição de AINE'S deverá reduzir a dor e o desconforto pós-operatório. Os

antibióticos sistémicos estão indicados nestes casos, sendo a primeira escolha a penicilina, e a azitromicina para pacientes alérgicos à penicilina. Os analgésicos para dor moderada a severa devem ser prescritos (Walton et al., 2002).

Silveira et al. (2003) realizaram um estudo sobre a profilaxia antibiótica em cirurgias de terceiros molares inclusos. Os resultados obtidos não apoiam o uso rotineiro de antibióticos profiláticos para este tipo de cirurgia, já que a sua utilização não trouxe benefícios no que diz respeito à diminuição dos índices de infecção pós-operatória. Também Poeschl et al. (2004) concluíram, na sua pesquisa, que a profilaxia antibiótica pós-operatória, em cirurgias de terceiros molares semi-inclusos, não contribui para uma melhoria do edema ou uma dor inferior, nem favorece um aumento da abertura da boca ou a prevenção de problemas inflamatórios após a cirurgia, não sendo recomendados como uso de rotina. No entanto, verifica-se, nesta investigação, que grande parte dos profissionais de MD (80%) não vai de encontro ao que revelam os resultados destes autores, e prescreve antibióticos neste tipo de cirurgia. (Gráfico 45)

### **Referenciação de Pacientes**

Já dizem Costa et al., em 1998, quando abordam assuntos da Bioética, que o Médico Dentista deve solicitar colaboração de um colega que se sinta mais qualificado sempre que isso seja benéfico para o doente. Do mesmo modo, o Código Deontológico aborda este assunto, traçando a mesma orientação como um dever. E, de facto, os profissionais deste estudo (93%) reencaminham os pacientes, quando não se sentem capazes de realizar os actos médicos, sendo que a maioria dos clínicos que não faz envio de pacientes (6%) justifica-se com o facto de não ser necessário. (Gráfico 46)

### **Auto-avaliação**

Foram mencionados, neste trabalho, os princípios da Bioética pelos quais um Médico Dentista se deve reger. Enquanto princípios formais, eles são indiscutíveis. É certo que estes princípios só se tornam operacionais na medida em que fornecem conteúdos materiais. Assim, respeitar a autonomia do paciente e promover o bem na sua autenticidade apelam também aos valores morais e de consciência do Médico Dentista. Por este motivo, foi pedido aos profissionais de MD para se auto-avaliarem, já que os levaria a um momento introspectivo, que tem interesse conhecer. A maioria (79%) considera a sua prestação boa, uma pequena parte avalia a sua postura como sendo razoável (15%) e uma minoria (6%) considera-a muito boa. (Gráfico 47) Os motivos que estão por detrás destas apreciações são desconhecidos. Mas a capacidade de ultrapassar dificuldades, evitar erros ou aprender com eles certamente ajuda a construir um bom perfil do profissional. Mas ser razoável em Medicina, por vezes, não é suficiente.

### **Áreas de MD em que os profissionais se sentem melhor e pior preparados e importância dos cursos de formação contínua em MD**

Os profissionais de MD (69%) referem sentir-se mais preparados em algumas áreas da MD, como sendo: Cirurgia (29%) e Dentística (23%) (Gráfico 48). Os profissionais de MD (75%) salientam as áreas de Periodontia (17%), Prótese (17%), Prótese Fixa (17%) e Endodontia (16%) como sendo aquelas em que se sentem com pior preparação (Gráficos 49). Visto não terem sido encontrados estudos que permitam comparar estes resultados seria de interesse, numa próxima pesquisa, perceber os motivos que estiveram na base destas respostas: se há alguma relação com o índice de sucesso dos tratamentos; se, por outro lado, tem a ver com as dificuldades com que são confrontados; ou se é mera falta de actualização dos conhecimentos ou falta de experiência.

A maioria dos profissionais deste estudo (80%) consideram importante a realização de mais cursos de formação contínua em alguma área de MD, no entanto, há uma percentagem significativa (20%) que não dá relevo ao facto de melhorar o seu conhecimento. (Gráfico 50)

O exercício profissional do médico não requer apenas uma habilitação legal, implica também a melhoria e continuidade do conhecimento, adquirido através de informação acerca das novas técnicas de exames e meios de tratamento, teorias mais recentes, seja nas publicações especializadas, em congressos ou em cursos de formação. No fundo, o que se quer evitar é que, num determinado acto profissional, se admita imperícia devido à inobservância de normas técnicas ou despreparo profissional, face à inadequação de conhecimentos científicos e práticos da profissão. (Costa et al., 1998)

As áreas referidas como maior interesse para formação contínua, pelos clínicos abordados, são: a Endodontia (62%), a Cirurgia (58%) e a Prótese Fixa (57%). No entanto, como demonstrado na Gráfico 50, as restantes áreas referidas apresentam índices percentuais muito semelhantes, variando os valores de 47% a 55%. É óbvio que este estudo não desenvolveu esta premissa, mas seria interessante conhecer os motivos que levaram os profissionais a fazer estas referências: se é por sentirem deficiência nos saberes nestas áreas ou por se depararem com mais dificuldades ou, simplesmente, porque gostariam de desenvolver o seu conhecimento em determinados campos.

### 7.3 - Correlação dos resultados em função das Universidades em que os profissionais se licenciaram

Tendo em conta que, apesar da entrega aleatória dos inquéritos, a maioria dos profissionais de MD deste estudo obteve as suas licenciaturas na UFP, na FMDUP e no ISCS-N, procederam-se a algumas comparações entre os resultados da pesquisa relativamente aos profissionais formados nestas três Universidades.

#### Distribuição da idade e número de anos de profissão dos participantes do estudo por Universidade em que se licenciaram

	Universidade em que se licenciou								<i>p</i>
	Total (n=81)		UFP (n=35)		FMDUP (n=33)		ISCS-N (n=13)		
Idade, mdn (P25-P75)	30	(26; 41)	26	(25; 27)	42	(34; 50)	34	(30; 40)	<0,001£
Número anos exerce profissão, mdn (P25-P75)	4	(1; 15)	1	(1; 1)	17	(12; 20)	10	(7; 14)	<0,001£

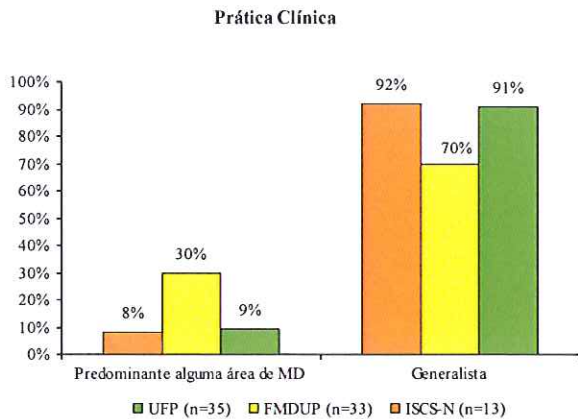
Mdn: mediana; P25 e P75: Percentis 25 e 75; AIQ: Amplitude Inter-quartil; £: Teste de Kruskal-Wallis.

**Tabela 19: Distribuição da idade e número de anos de profissão dos participantes do estudo, por Universidade em que se licenciaram.**

Os profissionais de MD inquiridos que frequentaram a FMDUP são mais velhos (mediana de idades igual a 42 anos) que os que frequentaram a ISCS-N (mediana de 34 anos) que, por sua vez, são mais velhos que os da UFP (idade mediana de 26 anos), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). (Tabela 19)

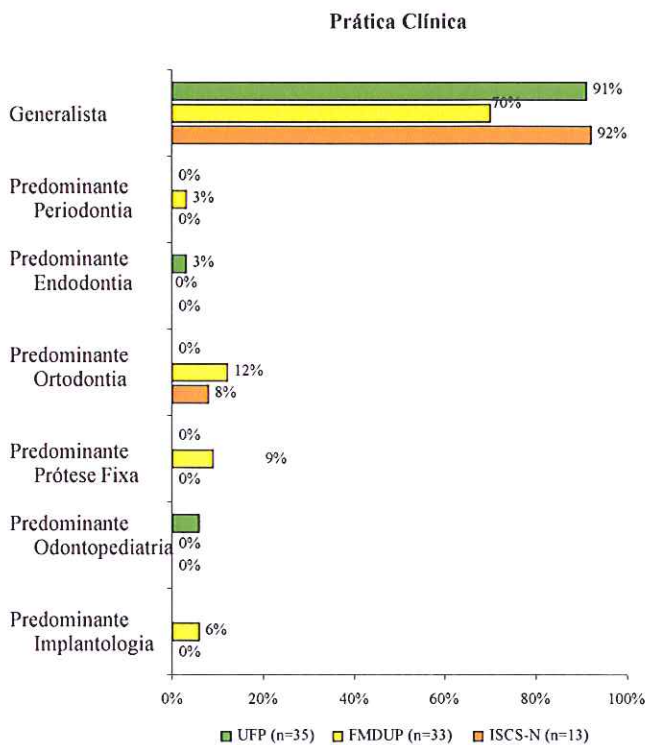
Em 1976, a Escola Superior de Medicina Dentária entra em funcionamento e, em 1989, passa a integrar a Universidade do Porto, passando a chamar-se FMPUP. No mesmo ano, é aprovado o curso de MD do ISCS-N. Em 1998, começa a leccionar-se na UFP a Medicina Dentária. Tendo em conta a cronologia da existência deste curso em cada um dos locais de ensino referidos, é encontrada uma lógica para as diferentes medianas de idades de cada Universidade. Assim, também é coerente a diferença encontrada na mediana de idades relativa ao número de anos que estes profissionais exercem a profissão, sendo que os profissionais formados da UFP (mediana de 1 ano de experiência) são os menos experientes, seguindo-se os clínicos do ISCS-N (com mediana de 10 anos de experiência) e, por fim, a trabalhar há mais anos, destacam-se os profissionais licenciados na FMDUP (com mediana de 17 anos de experiência). (Tabela 19)

**Caracterização dos participantes do estudo no que concerne à prática clínica, relativamente às Universidades em que se licenciaram**



**Gráfico 51: Caracterização dos participantes, no que concerne à prática clínica, relativamente às Universidades em destaque.**

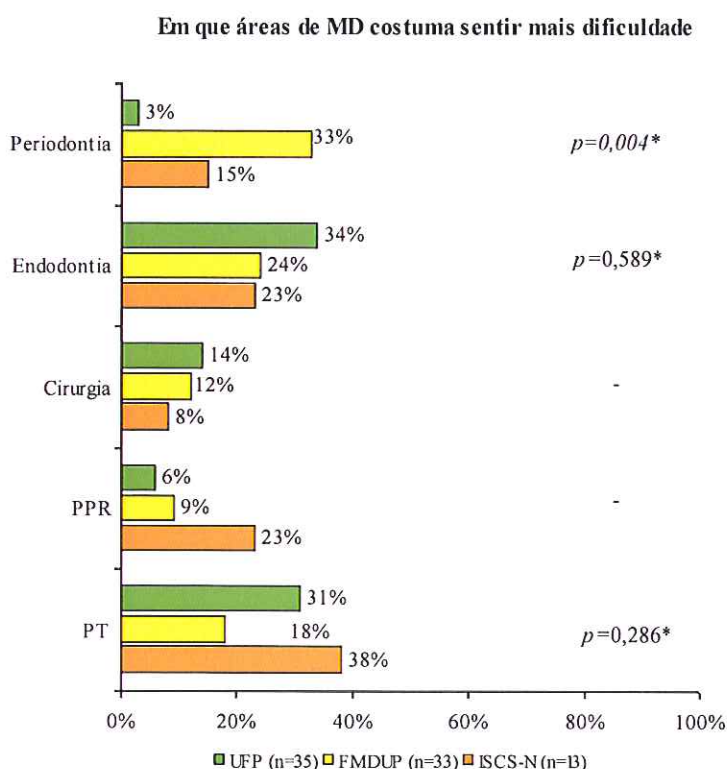
Os profissionais que praticam predominantemente alguma área de MD formaram-se na FMDUP (30%). No entanto, podemos constatar que, de facto, para os clínicos formados nestas três Universidades se verificam elevados índices no que consta à prática Generalista. (Gráfico 51) (Anexo 20)



**Gráfico 52: Caracterização dos participantes do estudo, no que concerne às áreas específicas de prática clínica, relativamente às Universidades em que se formaram.**

Dos profissionais de MD licenciados na UFP (n=35), 91% têm prática generalista e 6% exercem, predominantemente, Odontopediatria; dos profissionais de MD licenciados na FMDUP (n=33), 70% são generalistas e 12% exercem, predominantemente, Ortodontia; dos profissionais licenciados no ISCS-N (n=13%), 92% têm prática generalista e 8% exercem Ortodontia. (Gráfico 52) (Anexo 20) Do gráfico 52, podemos ainda concluir que os

profissionais que têm prática predominante em alguma das áreas referidas (excepto Odontopediatria) foram licenciados, na maioria, na FMDUP. Poderia levantar-se a questão de haver um ensino mais ou menos generalizado em cada Universidade, ou, então, estudar se, por ventura, alguma destas escolas direcciona de forma diferente os seus conteúdos, fazendo destaque a alguma área. No entanto, analisando a tabela 19, parece que esta questão fica justificada com a idade e número de anos de experiência de cada profissional, sendo compreensível que um clínico que trabalhe há pouco tempo não tenha direccionado a sua prática clínica, e, da mesma forma que um profissional com experiência se interesse em encaminhar e aprofundar, a sua prática, em alguma área específica.



**Gráfico 53: Caracterização dos participantes do estudo (n=81), no que concerne às áreas de MD que costumam sentir mais dificuldades, pelas 3 Universidades em destaque.**

A área da Periodontia apresenta-se como sendo a que mais dificuldades traz para os profissionais formados na FMDUP (33%), tendo esta conclusão um significado estatístico ( $p=0,004$ ). As áreas da Endodontia e Cirurgia apresentam-se mais difíceis para os profissionais formados na UFP (34% e 14%, respectivamente); e as áreas de PPR e PT apontam mais dificuldades para os profissionais formados no ISCS-N (23% e 38%, respectivamente), embora estas diferenças não tenham relevância estatística. (Gráfico 53) (Anexo 21)

Consultando os programas de Periodontia teóricos e teórico-práticos, pode constatar-se que não se verificam grandes discrepâncias em termos de conteúdo fornecido por estas três Universidades. (Anexo 22) As disciplinas de Periodontologia I e II, da FMDUP, tal como as

disciplinas de Clínica Cirúrgica e Periodontal I e II do ISCS-N, bem como Periodontia I e II, e Clínica Odontológica I, da UFP, abrangem esta área de modo semelhante. Todos os programas abordam a histologia da gengiva e estruturas de suporte, a patogenia das doenças periodontais, a classificação de doenças periodontais, o diagnóstico, o plano de tratamento e terapêutica periodontal. Além dos conceitos mais básicos, são ainda introduzidos em todas as Universidades princípios da Cirurgia Periodontal, que promovem um conhecimento mais intenso da clínica periodontal. Além disso, as três escolas oferecem uma componente prática que permite que os alunos acompanhem casos clínicos e treinem essencialmente o diagnóstico e plano de tratamento; as destartarizações e RAR. (Anexo 22) Finalmente, parece poder concluir-se, quando analisados os programas relativos a esta área, que os alunos terminam o curso preparados para encarar os conceitos de Periodontia mais básicos, mas que dependerá mais da vontade de cada um o aprofundamento da prática relativa à cirurgia periodontal; técnicas como a gengivectomia, a realização de retalhos periodontais e técnicas regenerativas periodontais. Talvez sejam estes últimos temas que fazem parte dos conteúdos programáticos teóricos destas Universidades, mas que são menos aprofundados, clinicamente, pelos alunos, e que fazem, mais tarde, o profissional sentir-se menos à vontade na área da Periodontia. Foi, por conseguinte, procurar-se algum relato da situação em outros países, e encontrou-se um estudo da opinião dos alunos finalistas de uma Universidade Brasileira em relação ao ensino de Periodontia, e cujos resultados sugerem que os alunos sentem capacidade para executar procedimentos de controlo de placa, diagnóstico e raspagem supra-gengival, mas não se sentem preparados para executar cirurgia periodontal; consideram a experiência clínica obtida na Faculdade deficiente e que a disciplina de Periodontia não lhes despertou interesse suficiente. (Gopp et al., 1996).

### Caracterização dos participantes do estudo no que concerne a alguns hábitos em concreto, pelas Universidades em que se licenciaram

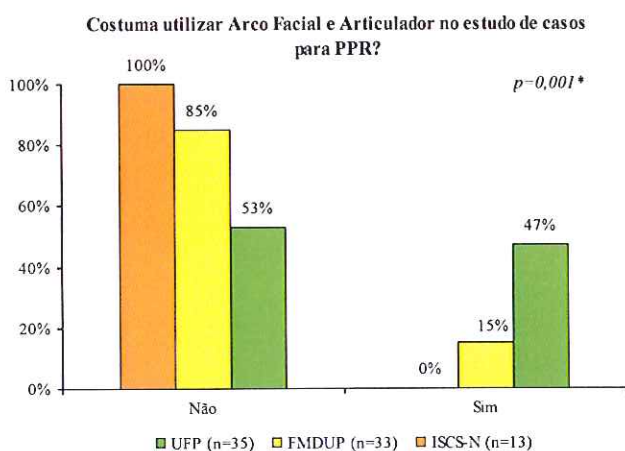
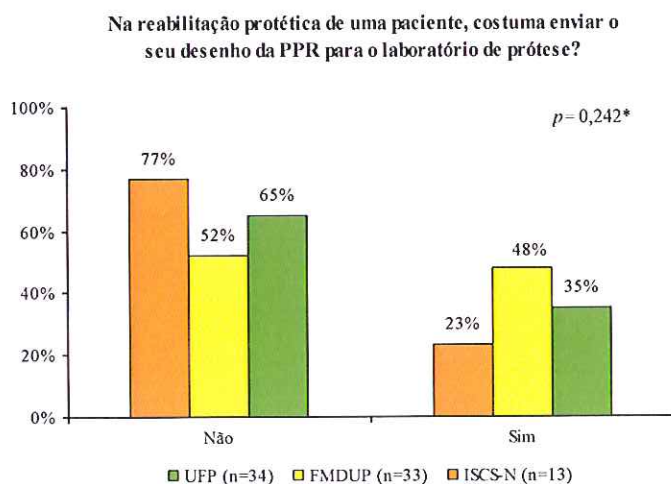


Gráfico 54: Caracterização dos participantes do estudo (n=97), no que concerne ao facto de utilizarem arco facial e articulador no estudo de casos de PPR, pelas Universidades onde se licenciaram.

A maioria dos profissionais que costuma utilizar o arco facial e o articulador no estudo de casos de PPR formou-se na UFP (47%). No entanto, relativamente aos profissionais formados

nesta Universidade, são mais os que não utilizam estes métodos (53%) do que os que os utilizam (47%). A maioria dos profissionais que não utiliza o arco facial e o articulador nos seus estudos de PPR licenciou-se no ISCS.N (100%), sendo que a totalidade dos clínicos deste instituto não recorre a estes métodos para estudos de PPR. Relativamente aos profissionais formados na FMDUP; são mais os que não utilizam o arco facial e o articulador (85%) do que os que utilizam (15%). Estas correlações têm significado estatístico ( $p=0,001$ ). (Gráfico 54) (Anexo 23)

Relativamente à formação disponibilizada pela FMDUP, constatou-se nos programas de Prótese Removível I e II, o uso do articulador e do arco facial, sendo, na primeira disciplina referida, usado para próteses totais e, na segunda referência, utilizado para próteses parciais. (Anexo 24) Foi, ainda, verificado o uso do articulador nas aulas de prática clínica da disciplina de Prótese Removível III, no 6º ano. Também no ensino de ISCS-N, na disciplina do 3º ano de Prótese Removível e, no 4º ano, em Clínica de Reabilitação Oral I, se elabora a montagem dos modelos em articuladores semi-ajustáveis. (Anexo 24) No entanto, apenas o programa da segunda disciplina aborda a utilização do arco facial. Relativamente à formação da UFP é constatada a aprendizagem da montagem de modelos em articulador na disciplina de Prostodontia II, Fundamentos de Oclusão e Prótese V. Os alunos utilizam o articulador e arco facial para estudos de casos de PPR de todos os pacientes do atendimento ao público, das disciplinas de Clínica Integrada I, II e III e Prótese V. Resumindo, as três Universidades abordam o tema, apenas ficando por qualificar o incentivo à utilização destes métodos. Mas parece ser mais eficaz na UFP.

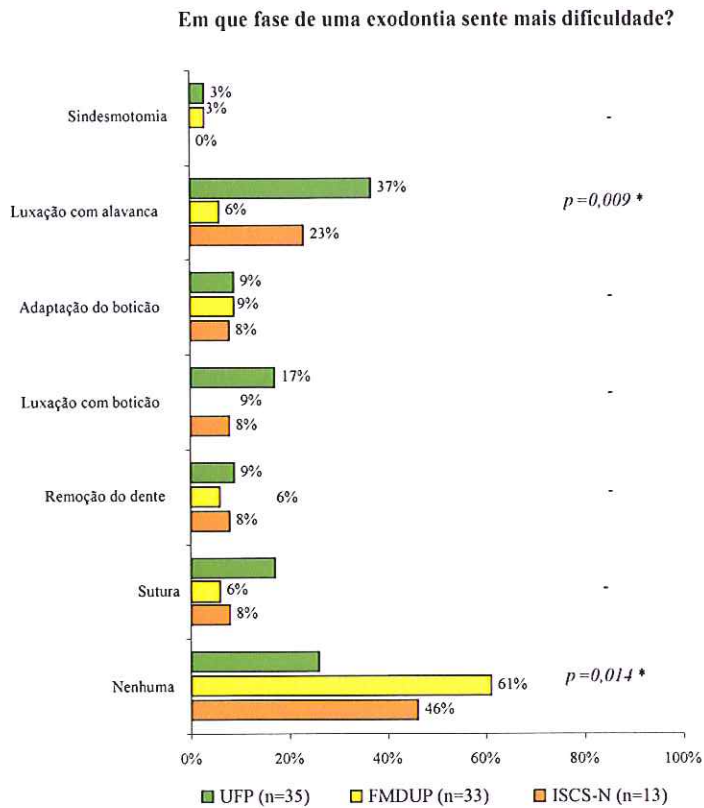


**Gráfico 55:** Caracterização dos participantes do estudo ( $n=97$ ), no que concerne ao facto de enviar habitualmente, ou não, o desenho da PPR para o laboratório de prótese aquando da reabilitação protética de um paciente, pelas 3 universidades em destaque.

A maioria dos profissionais que se licenciou na UFP, na FMDUP e no ISCS-N não envia o seu desenho da prótese para o protésico (65%, 52% e 77%, respectivamente). Fazendo uma comparação entre as universidades: a maioria dos profissionais que não envia o desenho da PPR ao protésico formou-se no ISCS-N (77%); em contraste com a maioria que procede a

esse envio, formada na FMDUP (48%). No entanto, estas diferenças não têm relevância estatística. (Gráfico 55) (Anexo 25)

Apesar de tudo, tentou descobrir-se nos programas dos cursos uma abordagem ao tema da elaboração do desenho da PPR para envio posterior ao laboratório de prótese. Nas três Universidades estudadas, nas disciplinas de Prostodontia II da UFP, de Prótese Removível II da FMDUP e de Prótese Removível e Clínica de Reabilitação Oral I do ISCS-N, o tema é considerado e estudado. (Anexo 24)



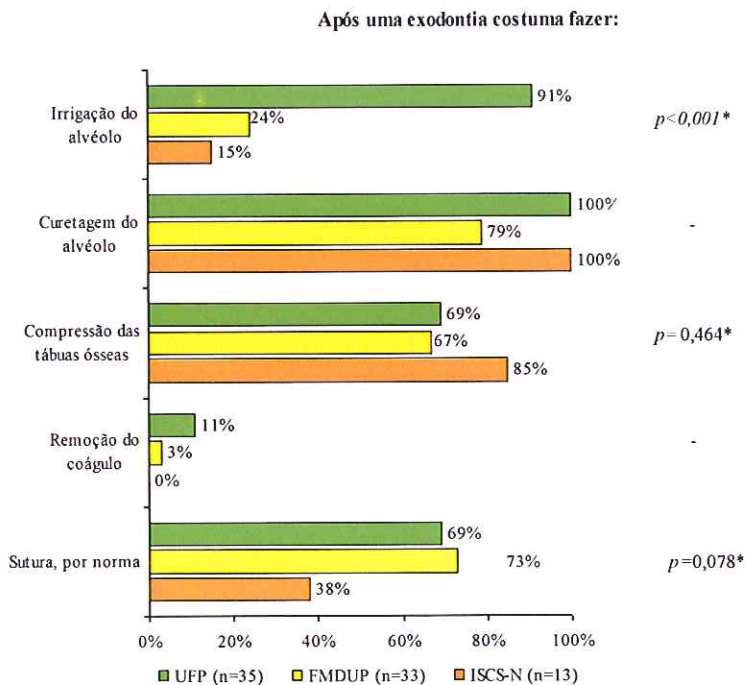
**Gráfico 56: Caracterização dos participantes do estudo (n=81), no que concerne às fases de uma exodontia em que sentem mais dificuldades, pelas Universidades em destaque.**

A luxação com alavanca é a fase da exodontia com mais dificuldades, maioritariamente para os profissionais formados na UFP (37%), sendo esta uma constatação com significado estatístico ( $p=0,009$ ). (Gráfico 56) (Anexo 24) Também as fases de luxação com boticão, remoção do dente e sutura são fases de uma exodontia, com mais dificuldades, para profissionais licenciados na UFP (17%, 9% e 17%, respectivamente), embora esta seja uma conclusão sem relevo estatístico. (Anexo 26)

Analisando os programas teóricos das disciplinas relativas às técnicas utilizadas numa exodontia, encontra-se uma abordagem, pelas três Universidades, dos gestos básicos a efectuar em extracções dentárias, nomeadamente princípios e técnicas de anestesia local, técnica operatória (incluindo manuseamento de instrumentos), incisões e suturas em Cirurgia Oral. Estes são itens que podem ser encontrados nos programas de Cirurgia I, II e III da UFP, Cirurgia Oral I da FMDUP e Técnicas de Cirurgia e Anestesia Oral e Clínica Cirúrgica e

Periodontal I do ISCS-N. No 4º ano dos cursos leccionados por estas Universidades, os alunos fazem o atendimento dos pacientes, introduzindo, na prática, os conhecimentos obtidos nesta área. (Anexo 27) Não fica perceptível, no entanto, o motivo pelo qual a luxação com a alavanca é especialmente considerada mais complicada pelos alunos da UFP, a menos que por mera especulação esteja relacionada com a experiência destes profissionais, cuja maioria, como vimos anteriormente, trabalha apenas há um ano.

Os profissionais que não sentem dificuldades em qualquer fase de uma exodontia foram maioritariamente formados na FMDUP (61%), sendo esta uma constatação com significado estatístico ( $p=0,014$ ). (Gráfico 56) (Anexo 26) Do mesmo modo e porque os programas não sugerem grandes diferenças de ensino relativas às técnicas de exodontia, sugere-se que esta diferença esteja baseada na experiência dos profissionais.



**Gráfico 57:** Caracterização dos participantes do estudo (n=81), no que concerne práticas executadas após realização de exodontia, pelas 3 universidades em destaque.

A maioria dos profissionais que, após uma exodontia, costuma fazer irrigação do alvéolo licenciou-se na UFP (91%), sendo essa percentagem menor para os profissionais formados na FMDUP (24%) e ainda menor para os clínicos formados no ISCS-N (15%). Estas constatações têm significado estatístico ( $p=0,001$ ). (Gráfico 57) (Anexo 28)

A maioria dos profissionais que, após uma exodontia, tem por hábito fazer sutura apenas em dentes posteriores ou em pacientes com pouca higiene, provém do ISCS-N (31%), sendo esta uma constatação com significado estatístico ( $p < 0,001$ ). (Gráfico 57) (Anexo 28)

Dos programas que abordam os princípios gerais de uma exodontia, apenas três deles, pertencentes ao curso da UFP, referem os cuidados pós-operatórios após a extração dentária:

Cirurgia I, II e III. Não havendo qualquer especificidade descrita nos programas relativos a este item, torna-se difícil discutir estas diferenças. (Anexo 27)

A totalidade dos profissionais formados na UPF (100%) e ISCS-N (100%) faz curetagem do alvéolo após uma exodontia, sendo esta percentagem menor para os que se formaram na FMDUP (79%), embora estas conclusões não tenham relevância estatística. Também a maioria dos profissionais que, após uma exodontia, faz compressão das tábuas ósseas, formou-se no ISCS-N (85%); a que faz a remoção do coágulo, graduou-se na UFP (11%); e a que realiza sutura, licenciou-se na FMDUP (73%). No entanto, todas estas diferenças não têm relevo estatístico. (Gráfico57) (Anexo 28)

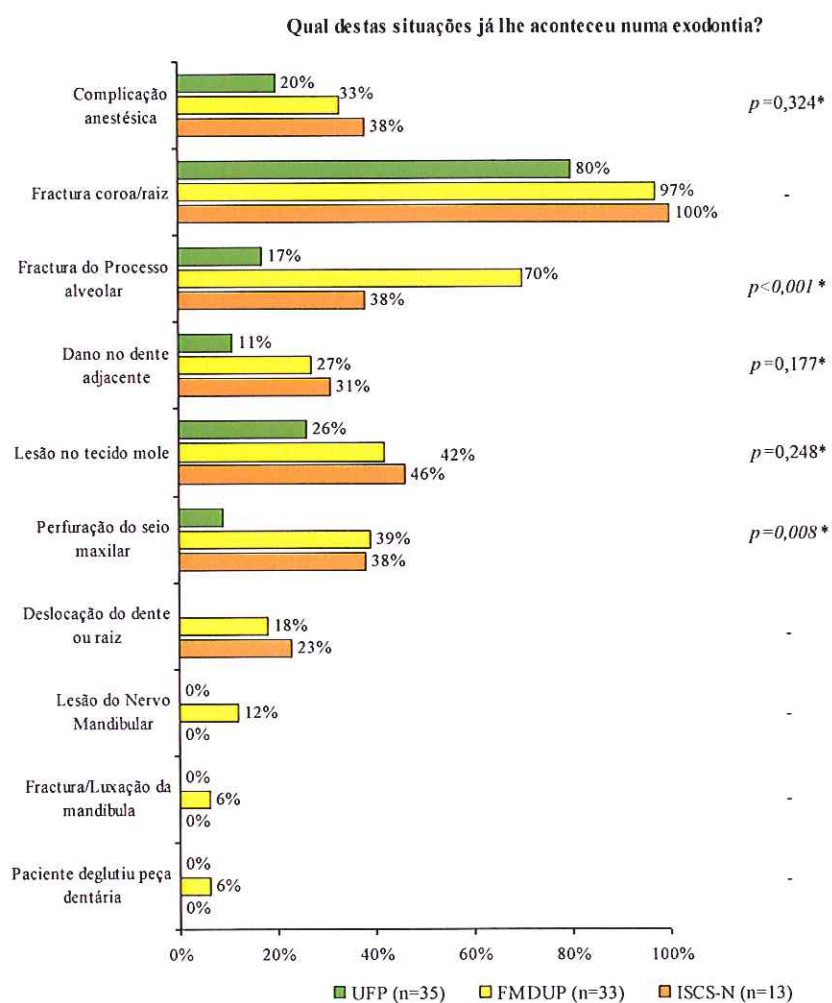


Gráfico 58: Caracterização dos participantes do estudo (n=81), no que concerne situações ocorridas numa exodontia, pelas Universidades em destaque.

A maioria dos profissionais que teve complicações numa exodontia, como fractura do processo alveolar ou perfuração do seio maxilar, teve formação na FMDUP (70% e 39%, respectivamente), sendo esta constatação estatisticamente significativa ( $p<0,001$  e  $p=0,008$ , respectivamente). (Gráfico 58) (Anexo 29)

A maioria das complicações anestésicas, das fracturas coroa/raiz, dos danos no dente adjacente, das perfurações do seio maxilar e das deslocações do dente ou raiz aconteceu a profissionais formados no ISCS-N, e a maioria das lesões do N. Mandibular, das fracturas ou luxações da mandíbula ou das situações em que o paciente deglutiou a peça dentária extraída aconteceu a clínicos formados na FMDUP. No entanto, estas conclusões não têm relevância estatística. (Gráfico 58)

Nenhum dos programas de Cirurgia Oral I, II e III da FMDUP fazem qualquer referência aos acidentes e complicações pós-extracionais, de igual modo os programas de Clínica Cirúrgica e Periodontal I e Técnicas de Cirurgia e Anestesia Oral do ISCS-N não fazem essa abordagem. Já o programa de Cirurgia II da UFP tem um capítulo exclusivo relativo a este tema. (Anexo 27) Torna-se essencial, neste assunto, abranger conteúdos relativos à prevenção das complicações que possam surgir numa exodontia e o modo de agir perante elas, já que acidentes podem acontecer a qualquer operador.

### Áreas da Medicina Dentária em que os clínicos se sentem mais preparados

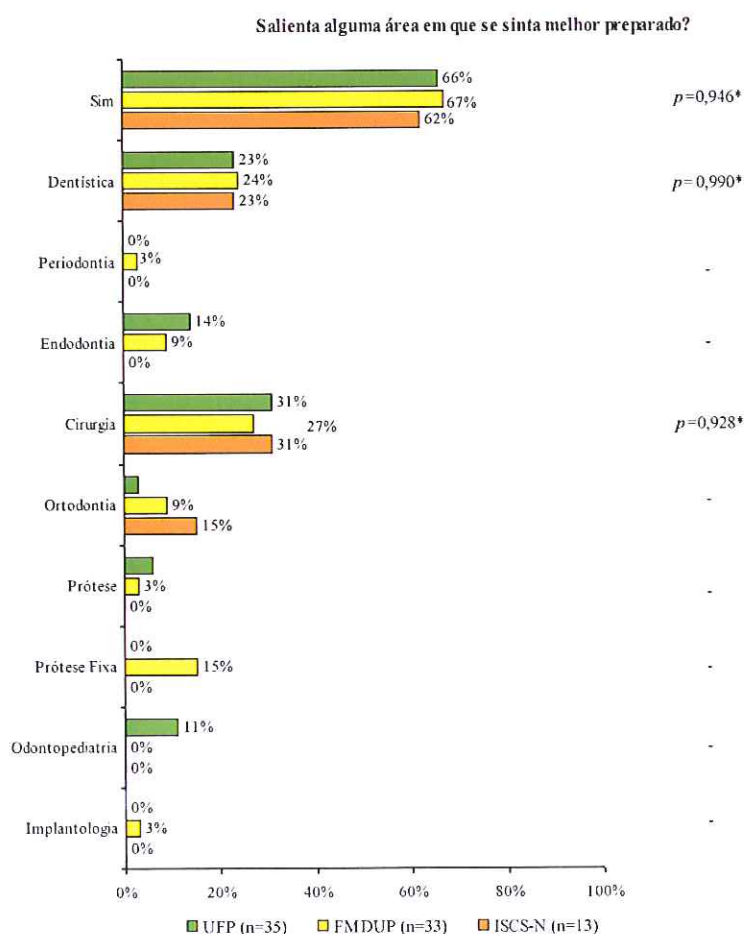


Gráfico 59: Caracterização dos participantes do estudo (n=81), no que concerne às áreas em que se sentem mais preparados, pelas Universidades em destaque.

A Endodontia, a Prótese e a Odontopediatria foram referidas como áreas de melhor preparação, maioritariamente por profissionais formados na UFP; a Dentística, a Periodontia, e a Prótese Fixa são áreas de melhor preparação enunciadas, na maioria, por profissionais formados na FMDUP; a Ortodontia foi referida, maioritariamente, por profissionais do ISCS-N e a Cirurgia maioritariamente nomeada por clínicos formados na UFP e ISCS-N. No entanto, estas constatações não têm significado estatístico. (Gráfico 59) (Anexo 30)

### Áreas da Medicina Dentária em que os clínicos se sentem pior preparados

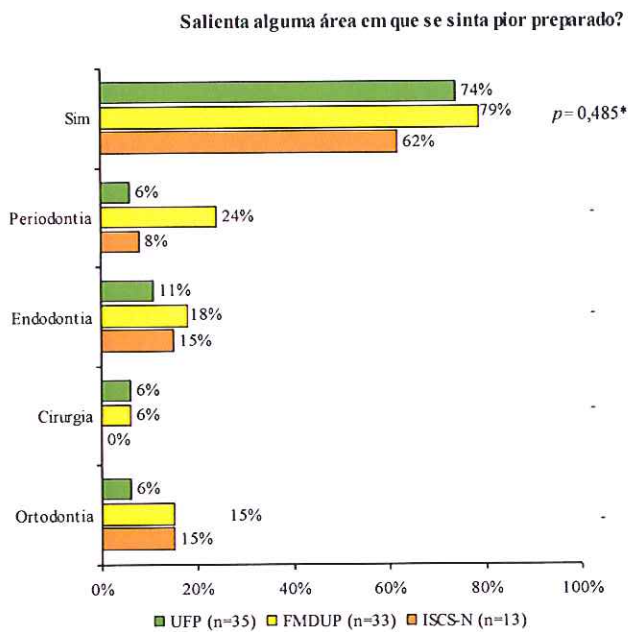


Gráfico 60: Caracterização dos participantes do estudo (n=81), no áreas que se sentem pior preparados, pelas 3 Universidades em destaque.

A Periodontia e a Endodontia foram referidas, maioritariamente, como áreas de pior preparação, pelos profissionais formados na FMDUP; a Cirurgia foi nomeada como área de pior preparação, maioritariamente, por clínicos formados na UFP e na FMDUP; e a Ortodontia foi referida, na maioria dos casos por clínicos com formação na FMDUP e no ISCS-N. No entanto, estas constatações não têm relevância estatística. (Gráfico 60) (Anexo 31)

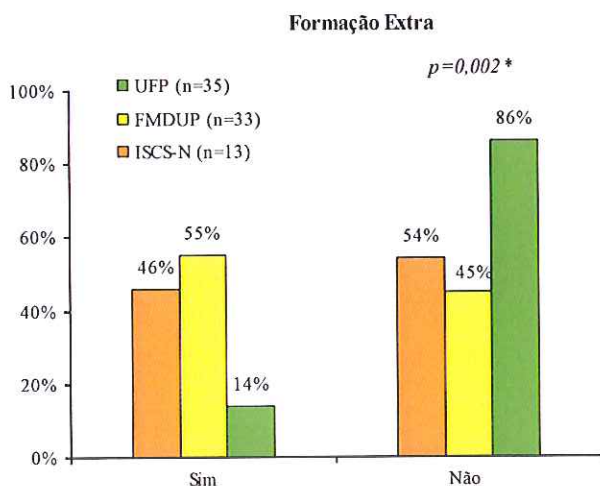


Gráfico 61: Caracterização dos participantes do estudo (n=81), no que concerne à formação extra, por Universidade onde se formaram.

A maioria dos profissionais de MD que tem formação extra obteve a licenciatura na FMDUP (55%) e a maioria dos profissionais que respondeu que não tem qualquer tipo de formação extra estudou na UFP (86%), tendo estas diferenças valor estatístico. (Gráfico 61) (Anexo 32)

Mas, novamente, deverá levar-se em conta que na amostra deste estudo, os participantes licenciados na UFP são mais novos (mediana de 26 anos) e exercem a sua profissão há menos tempo (mediana de 1 ano), o que poderá justificar a menor necessidade imediata de recorrer a formação extra. (Tabela 19)

## 7.2- Resultados e o Código Deontológico

“A Deontologia dos Médicos Dentistas é o guia de conduta a que estes estão sujeitos, composta pelas regras deste código e pelas demais regras reguladoras da Medicina Dentária” (Código Deontológico, Artigo 1º, 2006) (Anexo 33)

“As regras deontológicas assumem carácter obrigatório para todos os Médicos Dentistas, e a sua inobservância deve, em último caso, conduzir à aplicação de uma sanção disciplinar.” (Código Deontológico, Artigo 2º, II, 2006) (Anexo 33)

Com a evolução das relações de consumo e a consciencialização do cidadão dos seus direitos de consumidor, estes vêm sendo cobrados com mais frequência. Os profissionais da área de Saúde Oral são preparados para atender os pacientes, proporcionando-lhes serviço de qualidade, empregando as técnicas mais adequadas. Já no mercado de trabalho os Médicos Dentistas, em função da disputa no âmbito do exercício profissional, são levados a actualizar-se, aperfeiçoar-se e especializar-se, procurando oferecer serviços de melhor qualidade aos seus clientes, assumindo, assim, a responsabilidade profissional por essa execução.

Quando um profissional não age de acordo com o conhecimento adquirido durante a frequência do seu curso, mas justifica dizendo que aplica técnicas mais avançadas, devido à evolução científica, é sinal que procurou actualizar os seus conhecimentos. No entanto, quando os seus motivos se baseiam na simplificação do seu trabalho, visando uma maior rapidez ou por inexistência de material no local onde exercem a profissão, é inevitavelmente colocada, em questão, a ética profissional. Diz o artigo 8º, I, do CD, que o profissional tem o dever fundamental de assegurar ao seu doente a prestação dos melhores cuidados de saúde oral ao seu alcance, agindo com correcção e delicadeza. Completa ainda a parte II, do mesmo artigo, que poderá haver uma responsabilização pela prestação de actos médicos de forma desadequada. (Anexo 33)

Diz o artigo 20º, do mesmo diploma, que o médico dentista deve ter um arquivo, propriedade do mesmo, onde figurem todos os seus doentes. A ficha clínica de cada paciente deverá estar actualizada, onde constem: os diagnósticos, os tratamentos e o Médico que os realizou, dados pessoais do paciente, o passado médico dentário do doente e observações clínicas. Analisando, então, este artigo, podemos salientar que 32% dos profissionais deste estudo não cumprem o dever de actualizar a ficha clínica tal como nele descrito.

Finalmente, além das anotações relativas ao estado de saúde geral e dentária do paciente, a ficha clínica deve reflectir não apenas os actos clínicos realizados e materiais utilizados, mas

também detalhar as ocorrências, como faltas de comparecimento, faltas de colaboração, condições de higienização e outras que, de alguma forma, possam interferir no resultado expectante do paciente ou mesmo do profissional, principalmente porque poderão corroborar as alegações do profissional quanto à responsabilidade do paciente na não obtenção de determinado resultado. (Silva, 1999)

As medidas básicas de protecção que envolvem o paciente, médico e assistente são cumpridas pela quase totalidade dos profissionais deste estudo. No entanto, é considerado grave, ainda que em pequenas percentagens, a situação em que não é realizada a esterilização do material ou em que não são providenciados os restantes cuidados contra a infecção cruzada. O artigo 8º, daquele documento, obriga o Médico Dentista a agir com correcção e responsabiliza-o por uma prestação de serviços de forma desadequada. Também, neste ponto, podemos relacionar o facto de serem reutilizadas as mangas de esterilização por parte dos Médicos Dentistas. Sendo estas vendidas como um produto descartável, provavelmente, as suas características não estão adequadas a um novo processo de esterilização. Também o artigo 9º defende a prática profissional nas melhores condições possíveis, pelo que quando o profissional não toma as devidas precauções, incorre uma situação de Negligência.

A existência de culpa odontológica resulta de erro na prática profissional. O erro odontológico culposo configura-se quando, havendo previsão para um determinado procedimento clínico, o Médico Dentista não o acolhe, originando danos ao paciente. Todavia se o erro adveio da insuficiência da ciência odontológica, da falta de recursos técnicos e científicos, o erro pode ser, por vezes, inevitável (Leite *cit. in* Silva, 1999).

Tratando-se de culpa odontológica, esta pode assumir o aspecto de negligência, imprudência ou imperícia. A primeira é interpretada como omissão quanto às regras de conduta que obrigam a agir com atenção, solicitude, capacidade e discernimento (Dias *cit. in* Silva, 1999). A imprudência é acção precipitada, sem cautela. E imperícia é o procedimento sem o conhecimento técnico necessário ou sem habilitação para o exercício da profissão (Neto *cit. in* Silva, 1999)

Do mesmo modo, situações em que o Médico Dentista não utiliza Isolamento Absoluto num TE, expondo o paciente ao risco de deglutir fragmentos de instrumentos ou soluções, não realiza radiografias nos momentos devidos de um TE, não procede adequadamente após a realização de uma exodontia, concluindo o tratamento sem assegurar um bom pós-operatório, são actos médico-dentários que não cumprem os padrões de segurança, nem asseguram o êxito dos tratamentos, e que, a todo o momento, podem fazer sobressair a Negligência de quem os pratica.

Porque as radiografias constituem, na maioria das vezes, importante matéria de prova, os profissionais devem estar atentos para a necessidade de adoptarem o sistema de duplicação das mesmas, preventivamente ou na eventualidade de serem requisitadas pela Justiça ou quando pedidas pelo paciente, fazendo a entrega da cópia, uma vez que representam os actos operacionais realizados pelo profissional. (Silva, 1999) Neste estudo, foi reportado o arquivo das radiografias pela quase totalidade dos clínicos, no entanto, existe uma pequena percentagem que declarou não as guardar.

Sobre o Esclarecimento, o Artigo 17º, do Código Deontológico, consagra que o profissional deve informar e esclarecer o doente ou quem o represente sobre os métodos de diagnóstico e terapêutica que pretende aplicar. Em caso de prognóstico grave, é lícito ao Médico Dentista omiti-lo. (Anexo 33) Portanto, as situações que apresentam o risco de ocorrer fracturas de instrumentos ou perfurações radiculares, como foi abordado nesta pesquisa, ou que prevejam qualquer outro tipo de imprevisibilidade, devem ser conversadas com o paciente.

Acerca do envio de pacientes, o Artigo 41º, do Código Deontológico, estipula que o Médico Dentista deve solicitar a colaboração de um colega ou indicar um colega mais qualificado, sempre que julgue serem melhor salvaguardados os interesses do doente. (Anexo 33) Em conformidade com essa norma, a maioria dos profissionais deste estudo parece cumprir este dever, já que, perante um caso que considera complicado, referencia o paciente para um colega mais apto.

Por outro lado, a situação económica da maioria da população impede, muitas vezes, a realização do tratamento e técnica cientificamente mais adequados, de acordo com o avanço experimentado pela Medicina Dentária, nas últimas décadas. Ao mesmo tempo, a possibilidade de alternativas para alguns procedimentos pode e deve ser objecto de anotações que permitam ao profissional retratar as condições em que o tratamento foi realizado, justificando alguma opção do paciente, principalmente, se esta não respeita o plano de tratamento ideal. É evidente que as restrições e limites relativos a cada hipótese devem ser minuciosamente debatidos entre profissional e paciente. (Silva, 1999)

Diz ainda o artigo 15º, do Código Deontológico, que o profissional deverá acompanhar os mais recentes progressos no plano da MD, no âmbito de ser reconhecida a sua competência. (Anexo 33) É mais um argumento a favor da formação contínua, já que uma percentagem de 20% dos profissionais deste estudo não dá importância à necessidade de melhorar o seu conhecimento.

As dificuldades e os obstáculos podem ser encontrados, a qualquer momento, por qualquer Médico Dentista. Mesmo alguns erros podem tornar-se inevitáveis, se bem que, em caso de

negligência, a defesa do profissional fica comprometida. De todos os modos, o conhecimento e respeito do Código Deontológico constitui uma peça fundamental na postura do Médico Dentista.

## Conclusão

Da realização deste estudo, parece poderem extrair-se as seguintes conclusões:

- Os profissionais de MD do sexo feminino começam a exercer a sua profissão com um ano de antecedência, em relação aos profissionais de MD do sexo masculino.
- A percentagem de profissionais que não obtém formação além da licenciatura é maior do que a percentagem de profissionais que optaram por ter mais formação. A Ortodontia é a área de formação posterior à licenciatura que atrai mais clínicos, especialmente entre profissionais que se licenciaram na FMDUP.
- Os profissionais de MD, cuja prática clínica incide, predominantemente, numa área específica, são mais velhos do que aqueles cuja prática é generalista.
- Um aumento na idade dos profissionais corresponde a um aumento do número de anos que exercem a profissão.
- A maioria dos profissionais não segue, em pormenor, o conhecimento adquirido enquanto aluno de MD, sendo que, deste grupo, uma grande parte se justifica dizendo com a evolução científica que os levou a adoptar outras técnicas.
- A maioria dos profissionais que sente mais dificuldade nas áreas de Endodontia e de PT e a totalidade daqueles que têm mais dificuldade em PPR, seguem menos a sua formação Universitária.
- As áreas que apresentam mais dificuldades da parte dos clínicos são: Endodontia, Prótese Total e Periodontia; a área da Dentística é aquela que os profissionais consideram como tendo menos obstáculos.
- Os profissionais que não seguem, com rigor, o conhecimento adquirido enquanto alunos, porque houve evolução científica que os levou a adoptar outras técnicas, não consideram a Endodontia das áreas com mais dificuldades.
- A quase totalidade dos profissionais de MD regista, devidamente, os dados do paciente na ficha clínica e uma pequena minoria anota também o estrato social dos mesmos. No entanto, uma percentagem significativa não actualiza, periodicamente, os dados da ficha clínica.
- A maioria dos clínicos providencia todas as medidas de protecção adequadas a um consultório dentário. Verificam-se, porém, menos cuidados no que concerne à higiene do cabelo e ao uso de jóias.
- Perante uma fractura de lima ou perfuração radicular, a maioria dos profissionais de MD avisam o paciente e continuam o tratamento de forma normal, controlando a evolução do caso após obturação.
- A quase totalidade dos profissionais de MD determina o CT na realização de um TE e anota esses valores; a maior parte utiliza o método radiográfico para este fim.
- Os profissionais de MD que têm por hábito anotar o CT são, na maioria, profissionais que não sentem dificuldades na fase de determinação do CT num TE.

- Perguntados sobre os momentos em que fazem radiografias num TE, os profissionais de MD assinalam principalmente a fase de determinação de CT e pré-operatória; a fase de controlo pós-operatório é aquela em que os profissionais menos radiografam, sendo que a maioria que o faz, espera um intervalo de 3 meses, após a obturação. A quase totalidade dos operadores tem o bom hábito de arquivar as radiografias.
- A maioria dos clínicos que não realiza radiografias em todas as fases do TE, justifica-se dizendo que têm igual sucesso agindo desta forma é porque não encontram vantagens na realização de mais radiografias.
- Apenas 1/3 dos profissionais tem em atenção colocar a agulha dentro do canal, o mais apical possível, para a irrigação ser mais eficaz, no TE.
- Apenas metade dos profissionais utiliza, além de NaOCl, outros irrigantes no protocolo final de irrigação, aquando a realização de um TE.
- A maioria dos profissionais não esclarece se considera mais eficaz o tempo de actuação de um irrigante ou a sua concentração. Mas a quase totalidade dos clínicos considera importante ajustar o tipo de solução irrigadora e técnica de irrigação a cada caso endodôntico.
- Relativamente ao número de consultas para terminar um TE: os profissionais de MD utilizam mais consultas em situações de dentes com polpa necrosada.
- A quase totalidade dos clínicos realiza a restauração definitiva após um TENC. O período de tempo para este passo varia desde o próprio dia a 2 meses após a obturação, integrando-se no período de tempo sugerido pelos autores da literatura consultada.
- Existe uma percentagem significativa de profissionais a não considerar situações, como o ataque cardíaco há menos de 6 meses e a insuficiência cardíaca não controlada, condicionantes na realização de um TE, o que contraria a literatura encontrada que não aconselha tratamentos dentários neste tipo de pacientes.
- No tratamento de Dentística, se um paciente fechar a boca durante o ataque ácido, a maioria dos profissionais lava imediatamente com seringa e jacto de ar e repete o ataque ácido, de acordo com vários autores da literatura apresentada. No entanto, se o paciente fechar a boca durante a aplicação do adesivo, a maioria dos clínicos volta a limpar a cavidade com broca, repete o ataque ácido e aplica novamente o adesivo. Não há um consenso sobre a atitude a tomar na literatura, neste tipo de situação. Mas, é a opção que reflecte o ensino, das três Universidades comparadas.
- A quase totalidade de profissionais usa matriz e cunhas nas restaurações de cavidade de classe II, de acordo com os autores da literatura apresentada.
- A maioria dos profissionais faz a selecção da cor do compósito para restaurações estéticas com o dente húmido, como é aconselhado por vários autores, no entanto, apenas uma pequena parte utiliza a luz natural e a luz do foco, e solicita a opinião à assistente e/ou ao paciente, nesta escolha.
- A maioria dos profissionais de MD ainda utiliza o amálgama em restaurações, residindo as justificações para o uso deste material, principalmente, no facto deste apresentar baixa

infiltração marginal e ter maior durabilidade. A pequena percentagem que não recorre ao amálgama para as suas restaurações refere que não encontra vantagens no seu uso e que não é um material estético.

- As detecções mais frequentes na altura da colocação de uma PT são: erros de oclusão e falta de retenção.
- Os profissionais admitem que, após os primeiros tempos de uso de uma PT, é mais frequente os seus pacientes queixarem-se de dor por vestibular.
- Após colocação da PT, as queixas mais frequentes dos pacientes residem: na dificuldade de mastigar e no facto de morder a língua e bochecha.
- A maioria dos clínicos não tem dificuldade em determinar a DVO, no entanto, uma parte significativa admite sentir obstáculos neste acto.
- A maioria dos profissionais de MD não utiliza arco facial e articulador em PPR, o que não vai ao encontro do conselho dos autores enunciados.
- A maioria dos profissionais de MD não envia o seu desenho da PPR para o laboratório de prótese; um acto contraditório ao da atitude recomendada pelos autores da literatura encontrada.
- A maioria dos profissionais não sente dificuldade em qualquer fase de uma exodontia, no entanto, a fase mais assinalada foi a luxação com alavanca.
- A maioria dos profissionais que respondeu ter dificuldade na fase de remoção do dente, numa exodontia, assinalou a Cirurgia como área com mais dificuldades. Não foi encontrada esta relação com qualquer outra fase de uma exodontia.
- As situações em que os profissionais se deparam com doentes metabólicos não controlados, pacientes com leucemia ou linfomas não controlados, doentes cardíacos não controlados, pacientes submetidos a radioterapia, pacientes com dentes em área de tumor, pacientes com pericoronite aguda e pacientes com abscesso agudo, constituem estados de saúde em que a maioria dos clínicos opta por não realizar uma exodontia; sendo esta uma atitude que vai ao encontro do que é aconselhado na literatura encontrada.
- Uma grande percentagem dos profissionais, após uma exodontia faz a curetagem do alvéolo, faz a compressão das tábuas ósseas e realiza sutura, como é indicado na literatura encontrada. No entanto, menos de 50% dos profissionais fazem irrigação do alvéolo; o que segundo os autores consagrados, deveria ser um procedimento habitual após remoção do dente.
- Existe uma relação entre os profissionais formados em 2007 e o facto de realizarem irrigação do alvéolo após uma exodontia; entre os profissionais formados em 2001 e o facto de realizarem curetagem do alvéolo; entre os clínicos licenciados em 2007 e o facto de procederem à remoção do coágulo. No entanto, este último procedimento não vai ao encontro do que é aconselhado na literatura.
- A quase totalidade dos profissionais experienciou uma fractura de coroa/raiz no decorrer de uma exodontia. Além dessa, as complicações em extracções dentárias verificadas pela maior percentagem de profissionais são: fractura do processo alveolar e lesão nos tecidos moles.

- As medianas dos anos de formatura dos profissionais que já tiveram complicações, como fracturas da coroa/raiz, fracturas do processo alveolar, perfurações do seio maxilar, deslocações do dente ou raiz e lesões do N. Mandibular representam anos menos recentes comparativamente às medianas dos anos de formatura dos profissionais que não registaram essas complicações.
- A maior parte dos profissionais sente-se capaz de realizar técnicas da área da Periodontia, como RAR e Gengivectomia. No entanto, há uma grande percentagem que não se sente apta para executar estas manobras. Uma pequena percentagem de profissionais afirma estar preparado para realizar retalhos periodontais, e apenas uma minoria se acha capaz de executar técnicas regenerativas periodontais. A quase totalidade dos clínicos, no caso de não se sentirem aptos para essas intervenções, reencaminha o paciente para um colega especializado da área.
- A quase totalidade dos profissionais de MD revela prescrever medicação analgésica/anti-inflamatória nos seguintes casos: cirurgia complicada de raízes ou molares e cirurgia de sisos inclusos. Uma grande percentagem de clínicos afirma fazer este tipo de prescrição também em casos de drenagem de abscesso purulento, no final da primeira sessão de um TE e em cirurgias simples.
- Mais de 50% dos profissionais de MD recomendam a cobertura antibiótica nos casos de: drenagem de abscesso purulento, cirurgia de sisos inclusos, necrose, com lesão apical aguda com edema, necrose, com lesão apical crónica e fistula, cirurgia complicada de raízes ou molares.
- A maioria dos profissionais de MD costuma referenciar colegas especializados, perante casos que consideram complicados de acordo com as suas capacidades.
- A maioria dos profissionais de MD refere sentir-se mais preparada nas áreas de Cirurgia e Dentística e com menos preparação nas áreas de Periodontia, Prótese, Prótese Fixa e Endodontia.
- A maioria dos profissionais assume a importância da formação contínua em Medicina Dentária, em quase todas as áreas referidas, como emergência na aquisição permanente de novos conhecimentos, sendo essa necessidade apontada pelo menos, por 50% dos clínicos.

Relativamente à comparação entre a UFP, FMDUP e o ISCS-N, conclui-se que:

- Os profissionais que frequentaram a FMDUP são mais velhos do que os frequentaram o ISCS-N, sendo estes mais velhos do que os da UFP.
- A maioria dos clínicos licenciados nestas Universidades tem prática generalista.
- A área da Periodontia apresenta-se como a de maior dificuldade para os profissionais licenciados na FMDUP.
- A maioria dos profissionais que costuma utilizar o arco facial e o articulador no estudo de casos de PPR formou-se na UFP.

- Os profissionais licenciados na UFP são os que em maior percentagem, consideram, numa exodontia, a fase de luxação com alavanca como a que mais dificuldades apresenta.
- Os profissionais que não sentem dificuldades em qualquer fase de uma exodontia foram, maioritariamente, formados na FMDUP.
- A maioria dos profissionais que age correctamente, após uma exodontia, procedendo à irrigação do alvéolo licenciou-se na UFP.
- A maioria dos profissionais que teve complicações numa exodontia, como fractura do processo alveolar ou perfuração do seio maxilar, teve formação na FMDUP.
- A maioria dos profissionais que dá importância à formação pós-licenciatura fez o seu curso na FMDUP.

## Bibliografia

1. Agostini, M. et al. (2000). Uso de enxerto de biomateriais em Periodontia. *Revista ABO Nacional*, 8(2/ Abril-Maio 2000), pp. 116-121.
2. Alves, C., Neves, M. (2004). Estratégias de tratamento não-cirúrgico da doença periodontal. *JADA*, 4(3/ Maio-Junho 2004), pp. 27-34.
3. Archer, L. et al. (1996). *Bioética*. Lisboa. Editora Verbo.
4. Areias, C., Fonseca, P. e Figueiral, M.H. (2007). Satisfação dos pacientes portadores de prótese removível. *JADA*, 7(4/ Julho-Agosto 2007), pp. 49-53.
5. Barrack, K. et al. (1997). Denture Reference: Perspectives in Prosthodontics. [Em linha ]. Disponível em <<http://www.uiowa.edu/~c114094/denturetrouble.htm>>. [Consultado em 03/ 02/ 2009].
6. Berry, T. et al (1998). Amalgam at the new millenium. *JADA*, 129(Novembro 1998), pp. 1547-1556.
7. Bolléo-Tomé, J.P. (2004). Factores de risco e complicações na cirurgia do terceiro molar. *Excerpta Bibliográfica Dentária*, 10(1/ Janeiro-Março 2004), pp. 7-9.
8. Borel, J. et al. (1996). *Manual de prótesis parcial removable*. Barcelona. Editora Masson.
9. Cantatore, G. (2009). Missed anatomy: frequency and clinical impact. *International Endodontic Journal*, 15(1/ Fevereiro 2009), pp. 3-31.
10. Chiapasco, M. (2004). *Cirurgia Oral*. Barcelona, Editora Masson.
11. Cohen, S. e Burns, R. (1998). *Caminhos da Polpa*. Guanabara Koogan.
12. Costa, S., Garrafa, V. e Oselka, G. (1998). *Iniciação à Bioética*. Conselho Federal de Medicina.
13. Ditterich, R. et al. (2005). Dimensão vertical e relação central em prótese removível: análise e discussão dos métodos de obtenção. *Publ. UEPG Biol. Health Sci.*, 11(3/ Setembro-Dezembro 2005), pp. 79-87.
14. Dodes, J.E. et al(2003). A controvérsia do amálgama: uma análise com base na evidência. *JADA*, 3(4/ Julho-Agosto 2003), pp. 47-56.
15. Dropa, R.F. (2000). Erro Médico. [Em linha]. Disponível em <[http://sites.uol.com.br/direitos\\_humanos](http://sites.uol.com.br/direitos_humanos)>. [Consultado em 12/12/2007].
16. Espluges, J., Morcillo E. e Andrés-Trelles, F. (1993). *Farmacologia en Clínica Dental*. Barcelona, JR. Prous Editores.
17. Estrela, C. (2004). *Ciência Endodôntica*. São Paulo, Editora Artes Médicas.

18. Ferreira et al. (1998). Utilização de duas técnicas alternativas para localização do forame apical em endodontia: avaliação clínica e radiográfica. *Rev Odontol Univ São Paulo*, 12(3/ Julho-Setembro 1998), pp. 241-246.
19. Frandexquini, L. et al. (1998). Nivel de información y patrón de prescripción terapéutica de Dentistas. *Rev Estomatol Herediana*, 5(1), pp. 18-21.
20. Gaujac, C. (2006). Controlo da dor e inflamação em cirurgia odontológica. [Em linha]. Disponível em [http://www.foa.unesp.br/pos\\_graduacao/odontologia/defesas2006/GAUJAC,%20CRISTIANO%20-%20Dissert.pdf](http://www.foa.unesp.br/pos_graduacao/odontologia/defesas2006/GAUJAC,%20CRISTIANO%20-%20Dissert.pdf) [Consultado em 20/02/2009].
21. Geering, A. e Kundert, M. (1988). *Atlas de protesis total y sobredentaduras*. Barcelona, Salvat Editores.
22. Genet, J. M. et al. (2007). Preoperative and operative factor associated with pain after the first endodontic visit. *International Endodontic Journal*, 20(2/ Setembro 2007), pp. 53-64.
23. Glick, M. (2006). Antibióticos: fim à vista?. *JADA*, 6(3/ Maio-Junho), pp. 71-73.
24. Gonçalves, H. (2004). Reproducibilidade de resultados na montagem do modelo maxilar em articulador utilizando o arco facial convencional em desdentados totais. *Revista Ciências Odontológicas*, 7(7), pp. 13-18.
25. Gopp, A. et al. (1996). A importância dos fundamentos da terapêutica básica no ensino da periodontia dirigido ao clínico. *Rev. Bras. Odontol.*, 53(3/ Maio-Junho 1996), pp. 47-52.
26. Hasan, M. et al. (2005). Influência da contaminação com saliva na microinfiltração de restaurações de resina composta. *Revista Odontológica Ciência*, 20(48/ Abril-Junho 2005), pp. 157-162.
27. Hoffman-Axthelm, W. (1981). *History of Dentistry*. Quintessence.
28. Ingle, J. e Bakland, L. (2002). *Endodontics*. London, Bc Decker.
29. Laliga, R. (2001). Importância de la cavidad de acceso en Endodoncia. *Gaceta Dental*, 119 (Junho 2001), pp. 40-49.
30. Lalla, R.V., D'Ambrosio, J.A. (2001). Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. *JADA*, 132, pp. 1425-1432.
31. Lamb, D. (1993). *Problems and solutions in complete dentures prosthodontics*. Londres, Quintessence Books.
32. Lara, P. (2005). Avaliação da superfície dental após procedimentos de raspagem e aplainamento radicular: estudo in vitro. [Em linha]. Disponível em: <http://209.85.129.132/search?q=cache:6rx0DxgYrxgJ:www.unitau.br/cursos/pos->

- [graduacao/mestrado/odontologia/dissertacoes-2005/Paulo%2520Lara%2520-%2520Periodontia.pdf+brayer+1989+experi%C3%Aancia+periodontia&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt](http://graduacao/mestrado/odontologia/dissertacoes-2005/Paulo%2520Lara%2520-%2520Periodontia.pdf+brayer+1989+experi%C3%Aancia+periodontia&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt). [Consultado em 10/11/2008].
33. Leles, C. et al. (1999). Estudo retrospectivo dos factores associados à longevidade de próteses totais. Parte II – Tempo de Uso e estimativa de durabilidade. *Rev Fac Odontol*, 2(2/ Julho-Dezembro 1999), pp.
  34. Lin, L. M. et al. (2005). Serão os erros de procedimento causa de fracasso endodôntico?. *JADA*, 5(5/ Setembro-Outubro 2005), pp. 25-32.
  35. Little, J. et al (1997). *Dental management of the medically compromised patients*. Local, Mosby.
  36. Makzoumé, J. (2001). A dimensão vertical em prótese total. *Excerpta Bibliográfica Dentária*, 7(1/ Janeiro-Março), pp. 45-46.
  37. Martins, E. et al (2001). Regeneração Tecidual Guiada. Uma solução atual para o tratamento de Lesões de Furca Grau II. *UNIMEP-Universidade Metodista de Piracicaba*, 13(1/Janeiro-Junho 2001), pp. 17-25.
  38. Mattos, M. et al. (2002). Perfil dos laboratórios de prótese dental e dos trabalhos de prótese parcial removível. *PCL*, 3(16/ Dezembro 2001-Janeiro 2002), pp. 505-510.
  39. Melo, P. (2007). O ensino e exercício da Medicina Dentária na Europa. *JADA*, 7(4/ Julho-Agosto 2007), p. 1.
  40. Melo, P. et al. (2005). Técnica para obtenção do ponto de contacto em restaurações de classe II com compósito. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde do Porto*. ( 2), pp. 63-72.
  41. Melo, P.(2006). A importância do papel que os médicos dentistas podem ter na saúde geral dos pacientes. *JADA*, 6(4/ Julho-Agosto 2006), pp. 1.
  42. Mondelli, J. (2002). *Dentística-Procedimentos Pré-Clinicos*. São Paulo, Livraria Santos Editora.
  43. Mounce, R. (2007). Avaliar o sucesso ou fracasso endodôntico: 7 questões relevantes. *Dentistry*, (2/ Setembro 2007), pp. 16-17.
  44. Netto, N. (2003). *Introdução à Dentística restauradora: Diagnóstico, prevenção, protecção da polpa, hipersensibilidade dentinária, adesão*. São Paulo. Santos Livraria Editora.
  45. Orthlieb, J., et al. (2002). *Oclusão: Princípios Práticos*. Porto, Artmed.
  46. Osborne, J. et al. (2008). “I have all my teeth, my friends don’t have theirs”. *Operative Dentistry*, 30 (1).

47. Paiva, M. (2008). Sequência da confecção de uma prótese total. [Em linha]. Disponível em <[www.clivo.com.br/monografias/18\\_sequencia.pdf](http://www.clivo.com.br/monografias/18_sequencia.pdf)>. [Consultado em 03/01/2009].
48. Pereira, A. (1995). *Cáries dentárias. Etiologia e prevenção*. Edição Medisa, p. 9.
49. Pereira, S. (2004). Fractura mandibular e lesão nos nervos alveolar inferior lingual relacionados a extracções de terceiros molares inferiores e a repercussão legal. [Em linha]. Disponível em <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000332603>>. [Consultado em 13/11/2008].
50. Perry, P.A., Golberg, M.H. (2000). Fractura mandibular tardia após cirurgia do terceiro molar. *Excerpta Bibliográfica Dentária*, 6(4/ Outubro-Dezembro 2000), pp. 16-17.
51. Poeschl, P. et al. (2004). Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery-a necessity?. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 62(1/ Janeiro 2004), pp. 3-8.
52. Polson, A. M. (1994). *Periodontal Regeneration: current status and directions*. Chicago. Quintessence Books.
53. Pousa, X. et al, (2005). Emdogain: Últimos avances en regeneración periodontal. *Avances*, 7(1/ Fevereiro 2005), pp. 229-233.
54. Rigueira, I. (1986). *Fundamentos em Periodontia*. Rio de Janeiro, Quientessence Books.
55. Ribeiro, D. et al, (2004). O ensino da Cirurgia Oral na Europa: estudo preliminar. *JADA*, 4(5/ Setembro-Outubro 2004), pp.41-45, 56-57.
56. Ruiz, P.A., Andrade, A.K. Isolamento Absoluto em Endodontia. [Em linha]. Disponível em <<http://patologiaoral.com.br/endo/isolamento.htm>>. [Consultado em 02/07/2008].
57. Sailer, H. e Pajarola G. (1999). *Color atlas of dental medicine: oral surgery for the general dentist*. Nova York, Thieme.
58. Sailer, H. e PajarolaG. (1997). *Atlas de cirugía oral*. Barcelona, Masson.
59. Sartori, N. et al. (2007). Efeito da contaminação salivar na microinfiltração marginal de um sistema adesivo de frasco único. *Revista Odonto Ciência*, 22(55/ Janeiro-Março 2007), pp. 55-60.
60. Serra, M. et al. (2003). Os uso dos anti-inflamatórios não-esteróides na clínica odontológica. [Em linha]. Disponível em : <<http://www.dentaria.com/artigos/ver/?art=107> > [Consultado em 03/01/2009].

61. Sewell, C.M et al (1999). Avaliação do tratamento endodôntico em radiografias periapicais e panorâmicas. *Revista Odontológica Universidade São Paulo*, 13(3/ Julho-Setembro 1999), pp.295-302.
62. Silva, A. M. (2003). Controlo da infecção no consultório dentário. *Excerpta Bibliográfica Dentária*, 9(3/ Julho-Setembro 2003), pp. 41-47.
63. Silva, M. (1999). Documentação em Odontologia e sua importância jurídica. *Odontologia e Sociedade*, 1(1), pp. 1-3.
64. Silva, R. (2004) Aspectos éticos, legais e terapêuticos da fractura de instrumentos endodônticos. [Em linha]. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000318367>> [Consultado em 12/12/2007].
65. Silveira et al. (2003). Profilaxia antibiótica em cirurgia para remoção de terceiros molares. *Rev Bras Odontol*, 60(3/ Maio-Junho 2003), pp. 188-191.
66. Sfikas, P.M. (2004). O dever de informar: questões a considerar para obter o consentimento informado. *JADA*, 4(3/ Maio-Junho 2004), pp. 9-13.
67. Soares, J. e César, C. (2001). Avaliação clínica e radiográfica do tratamento endodôntico em sessão única de dentes com lesões periapicais crônicas. *Pesqui Odontol Bras*, 15(2/ Abril-Junho 2001), pp. 138-144.
68. Sonsini, J. A. et al, (2007). The longevity of amalgam versus compomer/composite restorations in posterior primary and permanent teeth. *JADA*, 138(Junho 2007), pp. 763-772.
69. Steinbacher, D.M., Glick, M. (2002). A paciente com asma: actualização e considerações relativas à saúde oral. *JADA*, 2(1/ Janeiro-Fevereiro 2002), pp. 6-19.
70. Stewardson, D. e McHugh, E. (2002). Patient's attitudes to rubber dam. *International Endodontic Journal*, 35(10/ Setembro 2002), pp. 812-819.
71. Sturdevant, C. et al (1996). *Arte y ciencia. Operatoria dental*. Local, Mosby.
72. Susini, G., Pommel, L. e Camps, J. (2007). Accidental ingestion and aspiration of root canal instruments and other dental foreign bodies in a French population. *International Endodontic Journal*, (40), pp. 585-589.
73. Takahashi, K. et al. (2003). As polémicas do tratamento endodôntico em sessão única. *J Appl Oral Sci*. 11(3/ Julho-Setembro 2003), pág. 260.
74. Tartarotti, E. et al. (2005). Avaliação radiográfica da qualidade de obturações endodônticas. *Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino Online*. (1). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufsm.br/endodontiaonline>>. [Consultado em 03/01/2009].

75. Tejada, H. M. (2004). Technological Advances in Dentistry. [Em linha]. Disponível em: <[http://www.geocities.com/tejeda\\_heyemi/research.html](http://www.geocities.com/tejeda_heyemi/research.html)>. [Consultado em 03/01/2009]
76. Tejada, V.C. et al. (2008). Influencia del metamerismo en la percepción del color dentário. *Revista Internacional de Prótesis Estomatológica*, 10(3), pp.213-219.
77. Turbino, M.L. et al (1997). Resistência de união à dentina : efeito da humidade e da contaminação com saliva. *Revista Odontológica Universidade São Paulo*, 11, pp. 21-26.
78. Türkün, L.S. et al (2005). Antibacterial Activity of Two Adhesive Systems Using Various Microbiological Methods. *J Adhes Dent*, 7(4), pp. 315-320.
79. Vale, M. (2005). Avaliação da qualidade de ensino da Endodontia do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará. *Revista da Abeno*, 5(2/ Julho-Dezembro 2005), pp. 114-151.
80. Vianna, M. (2006). Microbiologia e tratamento das infecções endodônticas. [Em linha]. Disponível em : <[http://ged1.capes.gov.br/CapesProcessos/926369-ARQ/926369\\_6.PDF](http://ged1.capes.gov.br/CapesProcessos/926369-ARQ/926369_6.PDF)> .[Consultado em 12/12/2008].
81. Walton, R. e Torabinejad, M. (2002). *Principles and Practice of Endodontic*. Philadelphia, W.B. Saunders Company.
82. Whitworth, J. et al. (2001). Use of rubber dam and irrigant selection in UK general dental practice. *International Endodontic Journal*, 13(5/ Dezembro 2001), pp. 435-441.
83. The International PGP Home Page. [Em linha]. Disponível em <[https://sigarra.up.pt/fmdup/web\\_base.gera\\_pagina?P\\_pagina=1182](https://sigarra.up.pt/fmdup/web_base.gera_pagina?P_pagina=1182)>. [Consultado em 03/01/2009].
84. The International PGP Home Page. [Em linha]. Disponível em <[http://www.cespu.pt/pt-PT/ensino/ensino\\_universitario/mestrados\\_integrados/medicina\\_dentaria/](http://www.cespu.pt/pt-PT/ensino/ensino_universitario/mestrados_integrados/medicina_dentaria/)>. [Consultado em 03/01/2009].
85. The International PGP Home Page. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ufp.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=318:biblioteca-faculdade-de-ciencias-da-saude&catid=25:bibliotecas&directory=245](http://www.ufp.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=318:biblioteca-faculdade-de-ciencias-da-saude&catid=25:bibliotecas&directory=245)>. [Consultado em 03/01/2009].