

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

COMO ATUAR NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA
NUM PACIENTE SUBMETIDO À RADIOTERAPIA?

Lisa Fernandes Gonçalves


Orientador: Prof. Doutora Cristina Coelho

Aceitação do orientador

Eu, **Cristina Coelho**, com a categoria profissional de **Professora Auxiliar** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientadora do Relatório Final de Estágio intitulado **“Como atuar na consulta de Medicina Dentária num paciente submetido à Radioterapia?”**, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Lisa Fernandes Gonçalves**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, **27 de Junho 2016**

O Orientador

A handwritten signature in cursive script, reading 'Cristina Coelho', written over a horizontal line.

Agradecimentos

Agora que alcancei os meus objetivos destes cinco anos de trabalho, há pessoas a quem eu não poderia deixar de expressar a minha gratidão.

Em primeiro lugar pretendo agradecer a esta Instituição que me acolheu a oportunidade e o privilégio que me deu de frequentar este Mestrado Integrado e que muito contribuiu para o enriquecimento da minha formação académica.

Aos meus professores, pelo profissionalismo e por todo o auxílio e apoio, manifestados ao longo destes anos.

À minha orientadora de tese, Professora Cristina Coelho, pela total disponibilidade que sempre revelou comigo e pelo seu apoio que foi determinante na elaboração deste relatório final de estágio.

Aos meus amigos da faculdade, Liliana, Bianca, André Silva e Michele, um obrigado pela vossa amizade, companheirismo e ajuda. Em especial à minha amiga Helena, pela enorme amizade que criámos. Agradeço-lhe por toda a preocupação, pelos intermináveis desabafos, por todos os bons momentos e por me ter tratado como uma irmã.

Ao André, um agradecimento pelo apoio e carinho diário, pelas palavras doces e pela transmissão de força e amor em todos os momentos.

Aos meus Pais e ao meu irmão. Obrigada por me terem demonstrado permanentemente o vosso apoio, por respeitarem as minhas opções, caminharem lado a lado comigo todos os dias e, sobretudo, por acreditarem em mim e nunca me deixarem desistir de nada. A eles, dedico todo este trabalho.

Resumo

Com a taxa de sobrevivência do cancro a subir ao longo das últimas três décadas, a qualidade de vida dos doentes oncológicos tornou-se uma questão de grande preocupação para os Médicos Dentistas, pelos efeitos colaterais ao nível da cavidade oral, resultantes dos tratamentos aplicados, tais como a cirurgia, quimioterapia e a Radioterapia.

Os recentes avanços nas técnicas de tratamento em particular da Radioterapia (RT) não só reduziram a incidência e a gravidade dos seus efeitos como também têm atingido taxas de maior sucesso.

Assim, o objetivo deste trabalho foi aglutinar num modo sucinto algumas das “guidelines” referentes aos tratamentos das complicações orais associadas a este tratamento oncológico, bem como a importância do Médico Dentista na melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

Foram utilizados os motores de busca EbscoHost que resultou 162 artigos e selecionados 26 que obtiveram maior relevância e que foram publicados entre 2002 a 2016.

Os estudos científicos mais recentes demonstraram que uma boa saúde oral está diretamente relacionada com a qualidade de vida do paciente oncológico e, portanto, o Médico Dentista tem um papel fundamental na gestão das consultas do paciente antes, durante e após a Radioterapia. Para que isto possa acontecer, tem de ocorrer uma total comunicação entre o Médico oncologista e o Médico dentista para que possam ser formuladas diretrizes baseadas em evidências clínicas.

Palavras-chave: “Radiotherapy and dentistry”; “consequences of radiotherapy”

Abstract:

With the cancer survival rate to rise over the past three decades, the quality of life of cancer patients has become a matter of great concern for Dentists, the to side effects on the oral cavity resulting from the applied treatments, such as surgery, chemotherapy and radiotherapy.

Recent advances in treatment techniques in particular of radiotherapy (RT) is not only reduced the incidence and severity of their effects as have also achieved higher success rates.

The objective of this work is to bring together in a succinct manner some of the "guidelines" relating to the treatment of oral complications associated with this cancer treatment, as well as the importance of the dentist in improving the quality of life of these patients.

The EBSCOhost search engines were used which resulted in 162 articles and selected 26 that have obtained greater relevance which were published between 2002-2016.

The latest scientific studies have shown that good oral health is directly related to the quality of life of cancer patients and therefore the Medico Dentist has a key role in the management of patient consultations before, during and after radiotherapy. For this to happen, you must experience a total communication between the medical oncologist and Medical dentist so that guidelines can be formulated based on clinical evidence.

Keywords: "Radiotherapy and dentistry"; "consequences of radiotherapy"

Índice Geral

I. Fundamentação Teórica	1
1.Introdução	2
2.Metodologia	3
3.Desenvolvimento	3
3.1 Complicações orais associadas à Radioterapia	
3.1.1 Mucosite	4
3.1.2 Alterações do paladar	5
3.1.3 Trismo	5
3.1.4 Osteorradionecrose (ORN).....	5
3.1.5 Xerostomia	7
3.1.6 Cáries Dentárias	8
3.1.7 Infecções orais	9
3.1.8 Doença Periodontal	9
3.2. Como atuar na consulta de Medicina Dentária	9
3.2.1 Consultas pré-tratamento	10
3.2.2. Consultas durante o tratamento	12
3.2.2.1 Controlo das infeções orais	12
3.2.2.2 Controlo da Mucosite.....	12
3.2.2.3 Controlo da Xerostomia	14
3.2.3. Consultas pós tratamento	15
3.2.3.1 Controlo da osteorradionecrose	16
3.2.3.2 Controlo do Trismo	17
3.2.3.3 Controlo das alterações do paladar.....	17
3.2.3.4 Controlo das Cáries de Radiação.....	17
4. Conclusão	18
5. Bibliografia	18
Capítulo II. Relatório final de Estágio	1
1.1. Estágio em clínica geral dentária:	2
1.2. Estágio em Clínica Hospitalar	2
1.3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária	3
1.4. Considerações finais.....	5

Índice de Figuras

Figura 1- Mucosite na Mucosa Jugal.....	4
Figura 2- Osteorradição necrose após Exodontia do 3º Quadrante	6
Figura 3- Osteorradição necrose do 3º Quadrante.....	7
Figura 4- Fístula extra-oral associada ORN do 3º Quadrante	7
Figura 5- Paciente com Xerostomia	8
Figura 6- Panfleto informativo para paciente submetido à Radioterapia	11
Figura 7- Escala Analgésica da OMS	14

I. Fundamentação Teórica

1.Introdução

O cancro da cabeça e do pescoço é uma das neoplasias mais comuns em todo o mundo. Estima-se que a cada ano na Europa ocorram cerca de 143.000 novos casos, dos quais 2.500 são de Portugal, ocupando o 6º lugar nos carcinomas mais prevalentes a nível mundial. (1)

Geralmente, o tratamento destas neoplasias é feito com recurso à cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, isoladas ou em combinação, sendo o seu tratamento de eleição a combinação de cirurgia e da Radioterapia (RT). O seu sucesso depende de vários fatores tais como, a radiosensibilidade do tumor, as suas características histológicas, tamanho, localização, invasão de estruturas adjacentes e do tempo de duração dos sintomas. A RT isolada está indicada sobretudo nos casos em que a lesão é radiosensível, avançada, ou profundamente invasiva e não pode ser removida cirurgicamente. (2,3)

Com efeito, os recentes avanços nas técnicas de administração de RT e a utilização de doses cada vez mais reduzidas, têm contribuído largamente para o sucesso do tratamento destes tumores. No entanto, alguns dos seus efeitos colaterais, ao nível da cavidade oral, tais como mucosite, alterações do paladar, trismo, osteorradionecrose, xerostomia, cáries de radiação, doença periodontal e infeções orais, associados a outras complicações, como desconforto oral, dor, má nutrição e aumento de ingestão de fármacos devido a infeções concomitantes que não só aumentam grandemente os custos com os tratamentos, como continuam a afetar em grande escala a qualidade de vida dos doentes, podendo mesmo colocá-la em risco. (3)

Apesar de nos últimos anos se verificar um grande empenho da parte das autoridades de saúde, em sensibilizar e preparar os clínicos para se tornarem cada vez mais aptos para a deteção precoce do cancro oral, uma vez que esta é a forma mais eficaz e efetiva para a melhoria do prognóstico e sobrevivência com as menores sequelas, pouco se tem divulgado sobre a forma de atuar numa consulta de medicina dentária num paciente submetido à radioterapia. (2,3)

Assim, o objetivo desta revisão da literatura, é coligir as recomendações existentes neste sentido, auxiliando na prática clínica os Médicos Dentistas a dominar as competências necessárias para atuar mais eficazmente na prevenção e tratamento dos efeitos secundários da radioterapia na cavidade oral.

2. Metodologia

Para atingir o objetivo proposto, foi realizado uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados: EbscoHost, com as seguintes palavras-chave: "Radiotherapy and dentistry"; "consequences of radiotherapy". Desta pesquisa resultaram 162 artigos e foram lidos os seus resumos. Foram selecionados 26 que obtiveram maior relevância e que foram publicados entre 2002 a 2016. Para além disso, foi feita uma pesquisa na biblioteca Professor Doutor Fernando Oliveira Torres, na CESPU e selecionado um livro referente ao tema.

3. Desenvolvimento

A maioria dos novos casos de cancro da cabeça e do pescoço, necessitam de RT como tratamento primário ou adjuvante à cirurgia. O objetivo principal deste tratamento é administrar uma dose concentrada letal de radiação no tumor ao mesmo tempo que minimiza a exposição dos tecidos circundantes. Contudo, as glândulas salivares, a mucosa oral e a mandíbula são inevitavelmente cobertas pelo raio de exposição resultando numa variedade de complicações que podem ser classificadas em agudas e crónicas. Os efeitos agudos normalmente desenvolvem-se precocemente no período do tratamento e persistem duas a três semanas após a conclusão do mesmo, enquanto que os efeitos crónicos podem tornar-se evidentes em qualquer momento, durante ou após a conclusão do tratamento e vão desde algumas semanas a vários anos. (2,4)

Em primeiro lugar será realizado um conhecimento atual das sequelas referidas subdivididas em 8 itens, e numa segunda parte apresenta recomendações para a prevenção e tratamento nas diferentes fases que antecedem, acompanham e sucedem a RT.

3.1 Complicações orais associadas à Radioterapia

3.1.1 Mucosite

A mucosite é um processo inflamatório das mucosas que se caracteriza pela presença de lesões eritematosas e ulcerativas, que não só podem colocar em risco a continuidade do tratamento, como podem mesmo colocar em risco a vida do doente por ser uma fonte potencial de infecções graves (Figura1). (5) Embora a etiologia da mucosite ainda seja bastante discutida, os principais fatores apontados como promotores são: os relacionados com o tratamento, como a fonte de radiação, dose acumulada, área e volume da mucosa irradiada e fracionamento; com o paciente, como a idade, género, raça, estado clínico, condição da saúde oral, hábitos tabágicos e alcoólicos; e com fatores predisponentes, como Xerostomia ou infeção. (5-9).

As células “normais” do hospedeiro que possuem um alto índice de atividade mitótica também são afetadas pela terapia oncológica, em especial pela radioterapia. É o caso da mucosa oral que, devido à sua elevada taxa de renovação celular, proporciona uma alteração na mucosa, iniciada a partir da segunda semana da RT e a sua cura normalmente resolve entre 2 a 3 semanas após o tratamento oncológico. (6,9)



Figura 1- Mucosite na Mucosa Jugal
Imagem gentilmente cedida pelo Professor Doutor Luís Monteiro

3.1.2 Alterações do paladar

As alterações do paladar, estão relacionadas com a redução da taxa de fluxo salivar e muitas vezes precede a mucosite. (1,2). Estas alterações também designadas por Disgeusia, ocorrem quando há uma dose acumulada de pelo menos 30 Gy, normalmente precedem a segunda ou terceira semana e são sentidas ao nível da falta de sabor a substâncias amargas e ácidas e menos relativamente à percepção do sal e de sabores doces. (1,2)

As papilas gustativas são sensíveis à radiação, provocando uma extensa degeneração na arquitetura histológica. (4). Estas alteração não devem ser menosprezadas, uma vez que têm um efeito bastante negativo na qualidade de vida do paciente, pois afetam o estado nutricional e estão associadas com a perda de peso por meio de redução do apetite e padrões alterados de ingestão de alimentos. (2,10). Felizmente, a condição é reversível, por volta de 60 a 120 dias após a irradiação. (1,2)

3.1.3 Trismo

O Trismo é uma complicação que se caracteriza pela limitação da abertura da boca devido a uma diminuição da elasticidade dos músculos da mastigação. A sua incidência nos doentes oncológicos depende principalmente se há inclusão dos músculos pterigóideo medial e masséter, da articulação temporomandibular, da dose total de radiação, do fracionamento e da técnica de tratamento, (11,12).

Esta condição pode causar problemas persistentes tais como dor à mastigação, o que leva a dificuldades na alimentação, na higiene oral e até na fonação. (11)

3.1.4 Osteorradionecrose (ORN)

A osteorradionecrose dos maxilares é classificada como uma necrose isquémica induzida pela radiação, onde há evidência imagiológica e geralmente clínica de necrose óssea por mais de três meses com ausência local de neoplasia (Figura 2 e 3), em que o tecido ósseo deixa de ser capaz de responder a agressões tão banais como por exemplo traumatismos por próteses mal adaptadas, cujas consequências variam entre a ausência de

sintomas a dor severa, osteomielites secundárias, fistulas intra e extra-orais (Figura 4), alterações mastigatórias e fonéticas, fraturas patológicas e infecções sistêmicas. (13) Tem uma incidência de situada entre os 3 a 15%, e é uma das complicações mais temidas e debilitantes da RT. (11,12,13)

São vários os fatores de risco que contribuem para o aparecimento de ORN. Doentes submetidos a exposições de radiação superiores a 60 Gray (Gy), principalmente quando ocorre em períodos curtos, particularmente em pacientes que sofreram agressões cirúrgicas, como biopsias, excisão de recidivas tumorais e exodontias em período durante e após tratamento oncológico. (3) Apresentam maior risco pacientes do sexo masculino com má higiene oral, doença periodontal não controlada, doentes imuno-deprimidos, com doenças metabólicas (diabetes mellitus) e desnutridos, bem como aqueles que têm hábitos tóxicos, como o tabaco e álcool, têm um risco aumentado para a ORN em tumores cuja localização seja na amígdala, língua, pavimento da boca e orofaringe são bastante mais suscetíveis. (13,14)

Contudo, não devemos esquecer que para um diagnóstico diferencial, é necessário o estudo histopatológico do produto de curetagem ou peça operatória da lesão suspeita de ORN. (13)



Figura 2- Osteorradionecrose após Exodontia do 3º Quadrante
Imagem gentilmente cedida pelo Professor Doutor Luís Monteiro

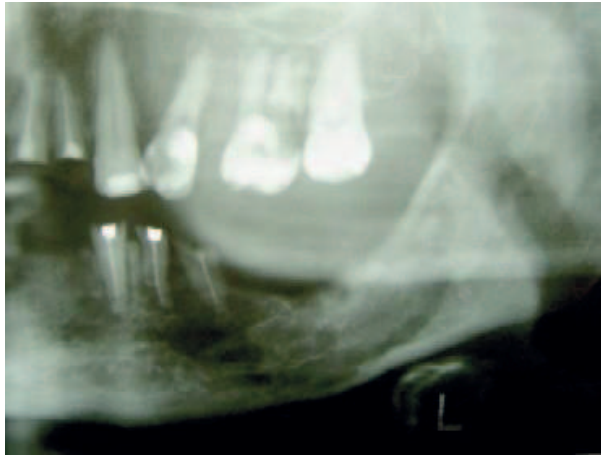


Figura 3- Osteorradição necrose do 3º Quadrante
Imagem gentilmente cedida pelo Professor Doutor Luís Monteiro



Figura 4- Fistula extra-oral associada ORN do 3º Q
Imagem gentilmente cedida pelo Professor Doutor Luís Monteiro

3.1.5 Xerostomia

A radiação da zona das glândulas salivares predispõe à lesão das células acinares, o que afeta a rede vascular, levando a uma fibrose glandular, adipose, perda de pequenos vasos e concomitante degeneração do parênquima que leva à redução do fluxo salivar (Figura 5). (1,15,16). Vários estudos demonstraram que esta redução estava associada a doses baixas de radiação, como 4 Gy, e concluíram também que doses superiores a 30Gy podem resultar em hipossalivação permanente ou temporária. (15). Esta complicação acarreta consigo uma série de consequências tais como, um aumento de suscetibilidade à cárie dentária, sensibilidade dentária, possíveis infeções locais, alterações do paladar,

dificuldades de deglutição, mastigação e fonação, comprometendo assim toda a integridade do paciente. (1,15,16) De todas as glândulas salivares, a parótida é a mais afetada porque as células serosas são mais sensíveis (1,17)



Figura 5- Paciente com Xerostomia
Imagem gentilmente cedida pelo Professor Doutor Luís Monteiro

3.1.6 Cáries Dentárias

As chamadas cáries de radiação são aquelas que são provocadas pela redução do fluxo salivar. A hipossalivação, associada a uma inadequada higiene oral, leva a uma acumulação de placa bacteriana composta predominantemente por bactérias cariogênicas, *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus*. Esta microflora altamente acidogênica produz uma rápida descalcificação do esmalte. Este processo pode tornar-se evidente logo após três meses do início da radioterapia podendo distinguir-se das outras cáries pela rapidez e a extensão do seu dano. (1,2,12,18)

Clinicamente, existem três tipos de cáries de radiação. No tipo mais comum, há lesões superficiais e extensas nas superfícies vestibulares, oclusal, incisal e lingual. Outro tipo envolve principalmente cemento e dentina na região cervical. Essas lesões podem progredir ao redor do dente de forma circunferencial e levar à perda da coroa. Os bordos incisais podem mostrar grande desgaste. Alguns pacientes desenvolvem uma combinação de todas as lesões. (1) A prevenção das cáries de radiação é de extrema importância para a saúde oral do doente e passa em grande parte pela prevenção da hipossalivação. (1,12)

3.1.7 Infecções orais

Dentro das infecções orais que podem surgir como consequência da exposição das glândulas salivares à radiação a candidíase orofaríngea e a queilite angular são as mais frequentes (1,19,20). Na maioria dos casos a Candidíase é produzida pela espécie *Candidiase albicans*, mas um aumento de outras espécies como *Candida krusei* e *Candida dubliniensis* têm também sido suportadas, sendo estas responsáveis por um aumento de resistência ao Fluconazol. Nestes casos está aconselhado um tratamento com aumento da dose do antifúngico juntamente com agentes tópicos. Sempre que possível, o controlo dos fatores de risco como hipossalivação podem facilitar o controlo e a redução de infeção crónica ou recorrente (7)

3.1.8 Doença Periodontal

O Periodonto reage à radiação passando por alterações morfológicas e histológicas identificadas como: hiperemia, inflamação, trombose, morte celular, hipovascularização e fibrose. Estas modificações estão relacionadas com a diminuição do fluxo salivar e consequentemente uma diminuição da circulação das imunoglobulinas que comprometem assim o processo de reparação e regeneração do periodonto. (21,22)

Por isso, a perda de inserção óssea das peças dentárias localizadas na área da radiação é bastante verificada neste tipo de pacientes comprometendo o periodonto como uma possível complicação tardia. (7,22,23,24)

3.2. Como atuar na consulta de Medicina Dentária

Apesar de serem bem conhecidos os efeitos colaterais da radioterapia na cavidade ora, após um diagnóstico de cancro e estabelecido um plano de tratamento pelo Médico Oncologista, o doente, não considera a sua saúde oral como uma prioridade cabe assim ao Médico Oncologista em reencaminhar este paciente para o seu Médico Dentista, que deverá estar preparado para atuar e acompanhar os doentes nas diferentes fases (13,25). Assim, o plano de tratamento médico-dentário deve ser concluído antes do início da terapia

oncológica. (19,23). Os problemas orais associados com a terapia devem ser informados ao paciente. É fundamental que haja uma motivação para uma melhor higiene oral e para o cumprimento das recomendações, com o objetivo de evitar ou minimizar as sequelas. (17,25).

3.2.1 Consultas pré-tratamento

Numa primeira consulta, deve ser realizado um exame clínico e radiográfico completo para determinar a presença de infecções periapicais, condição periodontal e inclusões dentárias. No fim, deve ser realizado um plano de tratamento provisório. (17,23). Todos os dentes devem ser cuidadosamente avaliados, eliminando focos sépticos intra-orais e fontes de potencial traumatismo, evitando, assim, o risco de necrose dos tecidos moles e osterradioneecrose. (17,20,24) A Fluorização é essencial e obrigatória nos pacientes submetidos a RT. Existem vários métodos, mas os mais usados são as pastilhas elásticas fluoretadas, pastas dentífricas, soluções fluoretadas, aplicação de gel em goteiras (1,1 % NaF) e aplicação de vernizes fluoretados. (17,23,25) Nestas primeiras consultas, também podem ser fabricados os “stents”, que são escudos de chumbo intra-orais geralmente utilizados para reduzir a incidência e a gravidade da mucosite e Xerostomia e para protegem os tecidos orais sãos. (23,25)

Os critérios utilizados para extrações dentárias antes da radioterapia não são universalmente aceites e estão sujeitos a avaliação clínica. No entanto, as extrações devem ser realizadas no mínimo, 14 dias antes da terapia, e os dentes com lesão periapical, dentes localizados em tumores orais, sisos semi-inclusos, dentes fraturados não restauráveis, dentes com doença periodontal, dentes com bolsas periodontais de 4 a 6 mm e raízes retidas devem ser extraídos com o menor trauma possível. (17,21,23,24) . Deve ser aconselhada a suspensão do tratamento ortodôntico até 1 ano após o tratamento oncológico, evitar restaurações em amálgama e remover próteses mal adaptadas. (23)

Nos casos em que o doente apresente pouca consciência das complicações da RT, falta de motivação ou cooperação perante os tratamentos dentários referentes e má higiene oral, o Médico dentista pode desenvolver um plano de tratamento mais agressivo (23)

A Doença Periodontal nestes pacientes deve ser evitada e prevenida antes de iniciar a Radioterapia. Normalmente os pacientes oncológicos apresentam ansiedade, desmotivação emocional, cansaço, assim como diminuição da dimensão vertical provocada pelo trismo que contribui para uma dificuldade acrescida na higiene oral acelerando a perda de inserção. (21,22) Assim, a motivação para a higiene oral explicando os seus benefícios deve ser realizada nesta fase. Também a Sondagem periodontal deve ser realizada antes da radioterapia para ir controlando ao longo da terapia oncológica. Se houver tártaro, será necessário realizar tratamento antimicrobiano mecânico (destartarização) e aconselhar o bochecho de Clorhexidina, de forma a prevenir a Doença Periodontal, que visa, acima de tudo, preservar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Os alisamentos radiculares e cirurgias de retalho devem ser evitadas. (7,23,24)

Nesta primeira fase deve ser dada toda a informação aos pacientes relativamente aos efeitos colaterais orais que a RT lhe proporcionará, assim como medidas de prevenção. É importante reforçar estas informações por escrito, como pode ser demonstrado na seguinte figura 6.



Figura 6- Panfleto informativo para paciente submetido à Radioterapia

3.2.2. Consultas durante o tratamento

3.2.2.1 Controlo das infeções orais

Sendo as infeções orais nestes doentes causadas principalmente pelo fungo unicelular, *Candida Albicans*, devem utilizar-se antifúngicos para o seu controlo. Assim, o fármaco de 1º linha para tratar estas infeções que podem ocorrer é o Fluconazol (200 mg no 1º dia e 100mg/dia durante 6 a 14 dias), podendo também ser usados o Clotrimazol, itraconazol, nistatina, entre outros. (19) É de salientar que a nistatina e a clorhexidina não devem ser usadas simultaneamente, porque se ligam e tornam-se ineficazes. (7,17)

3.2.2.2 Controlo da Mucosite

O tratamento da mucosite oral é dividido nas seguintes secções:

- a) **Apoio nutricional:** É aconselhada uma dieta mole pouco traumatizante, à temperatura ambiente, de sabor suave e livre de alimentos ácidos ou com conservantes. Devem ser ingeridos pelo menos 3 litros de água por dia. Para além disso deve ser enfatizada a necessidade de privação de álcool e tabaco. (26)
- b) **Controlo da dor:** Sendo a dor o sintoma primário da mucosite oral, o seu controlo é o componente principal de qualquer estratégia de gestão desta sequela, uma vez que esta afeta significativamente a ingestão de alimentos, afeta o estado psicológico do doente, interfere com o tratamento e pode colocar em causa a sua continuidade. (6,9) Geralmente, este controlo deve ser iniciado com tratamentos tópicos locais, podendo, depois aumentar-se quando estes não são suficientes. Para aumentar ao alívio da dor podem ser usadas estratégias não farmacológicas tais como: acupunctura, crioterapia, apoio psicológico e exercícios de relaxamento. (26)
- c) **Eliminação de traumas e irritações:** Dentes cariados, peças dentárias fraturadas e próteses mal adaptadas devem ser controladas nas consultas pré-tratamentos para evitar o agravamento da mucosite. Da mesma forma, devem ser evitar

restaurações a amálgama, pontes e coroas metálicas, pois têm potencial refletor, podendo redistribuir radiação para os tecidos moles. (12)

- d) **Motivação à Higiene oral:** A higiene oral tem uma importância muito relevante no controlo da mucosite, pois a retenção da placa bacteriana contribui para a invasão microbiana das lesões ulceradas podendo originar infeções locais ou mesmo septicémia. (4,26) É aconselhada a escovagem com escova e pasta rica em fluor durante o dia, de 4 em 4 horas e antes de deitar. Quando a escovagem for de todo impossível, deve aconselhar-se o uso de esponjas ou gazes humedecidas 3 vezes/dia. (26) Estudos recentes confirmam que bochechos com uma solução salina a 0,9% é a melhor e mais económica forma para humidificar a mucosa e reduzir a irritação.(6) Soluções que contêm álcool e essências como menta e limão devem ser evitadas devido ao fator irritativo. (6)
- a) **Intervenções terapêuticas:** As intervenções terapêuticas na mucosite podem ser realizadas para o controlo da dor, ou para prevenção de infeção e para reparação do dano celular. Assim, para o controlo da dor, é importante utilizar a escala analgésica da OMS (Figura7) para nos indicar se a dor é ligeira a moderada ou se é moderada a severa, já que estas duas situações têm tratamentos diferentes. Assim, o uso de anestésicos tópicos é recomendado precocemente e a frequência das suas aplicações depende da severidade da dor. Quando são utilizados, o paciente deve evitar potenciais acidentes traumáticos, como escovagem ou alimentos duros, não utilizar próteses e não deglutir para evitar a anestesia no palato e orofaringe. (4,12,28). Para dor ligeira a moderada são recomendados anti-inflamatórios não esteroides ou paracetamol. (6,12) A Benzidamina é um anti-inflamatório não esteroide, analgésico, anestésico e antimicrobiano que tem demonstrado uma redução significativa da mucosite oral. (6,7) Os opióides são bastante importantes na dor moderada a severa. Aconselha-se o uso de opióides de libertação normal até ao controlo da dor e passar depois aos de libertação prolongada. Deve-se, ainda, tentar os prevenir efeitos colaterais (náuseas e obstipação). Pode ser iniciado pelo tramadol de libertação normal 25 mg de 6/6 h (solução oral, 10 gotas). (12, 28)

Para a prevenção das infeções, o mel, devido à sua alta viscosidade, pH ácido, peróxido de hidrogénio, elevada osmolaridade e propriedades nutricionais, pode inibir o crescimento bacteriano e aumentar as taxas de cura. A sua utilização tópica na mucosite induzida por radiação tem mostrado bons resultados (26,27)

Para a reparação do dano celular, estudos recentes concluíram que a suspensão oral de glutamina (Saforis) pode ser utilizada de forma eficaz para prevenir ou minimizar a mucosite oral. A Glutamina é um aminoácido neutro que atua como um substrato para a síntese dos nucleótidos e como fonte de energia para as células epiteliais da mucosa, estimulando o crescimento e reparação da mucosa. (12,26)

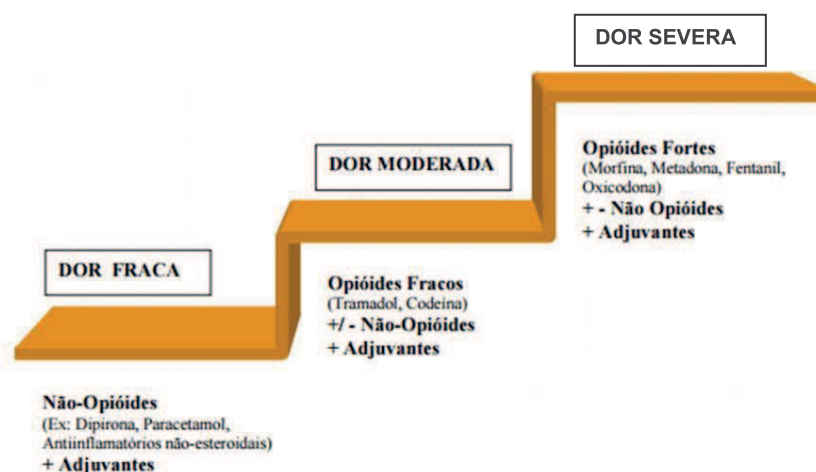


Figura 7- Escala Analgésica da OMS

3.2.2.3 Controlo da Xerostomia

O controlo da Xerostomia é fundamental para evitar ou pelo menos minimizar os seus efeitos colaterais. Assim, o Médico Dentista deve começar por informar o doente das funções protetoras da saliva que neste caso são perdidas, de forma a motiva-lo a seguir os seus conselhos sobre nutrição, higiene oral e de hidratação. (20)

Dentro dos conselhos nutricionais que são bastante importantes, o doente deve ser aconselhado a evitar líquidos ricos em açúcar, diminuir o consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono, café e pastilhas elásticas açucaradas e recomendar a ingestão frequente ao longo do dia de água. Se o paciente for desdentado total e na presença de mucosite, deve-se recomendar alimentos ricos em ácidos cítrico/ascórbico para uma

estimulação da secreção e humidificação da cavidade oral, podendo ser aconselhados sialogos gustativos e tácteis, tais como pastilhas sem açúcar, substitutos de saliva e protetores da mucosa (por exemplo a BioXtra gel humidificante). (15,20)

Também têm sido recomendado sialogos farmacológicos, entre eles destaca-se, a Pilocarpina (Salagen) que tem mostrado efeitos benéficos, dado que possui enzimas e imunoglobulinas fundamentais para a hemóstase do meio oral, embora só seja eficaz para as glândulas salivares com função. (12,17,20). Os dois medicamentos alternativos que podem ser benéficos para estimular as glândulas salivares incluem a Tritona anetol (Sialor) e Betanecol (Urecholine). (17) A Amifostina (Ethyol), um agente tiofosfato quimio protector orgânico, foi aprovado recentemente para reduzir a incidência de xerostomia moderada a grave em doentes submetidos a tratamento com radiação. (7,17)

A higiene oral deve ser reforçada e deverá ser implementado um programa de fluorização (gel de 1,1% floreto de sódio 1 a 2x/dia durante 5 minutos). (17,20). Da mesma forma, o doente deve ser instituído para evitar colutórios com álcool, que contenham limão ou vitamina C e preferir soluções como bicarbonato ou mesmo soro fisiológico. (17).

A hidratação e lubrificação dos lábios é muito importante para evitar fissuras nos lábios podendo ser recomendado para o efeito preparações contendo vaselina ou lanolina. (15)

3.2.3. Consultas pós tratamento

Neste período, o papel do Médico Dentista é determinante, uma vez que deve ocorrer um apertado controlo na deteção de recidivas malignas e também um controlo das complicações crónicas associadas. Para isso, no primeiro ano, as consultas devem ser marcadas de 3 em 3 meses. (17,24). Mais uma vez, é de destacar a relevância da higiene oral e dos seus benefícios, de modo a motivar o paciente. Deve ser realizado tratamento antimicrobiano mecânico, como a destartarização em cada visita. (24)

Quando o paciente tiver concluído o tratamento oncológico, poderá iniciar uma reabilitação, tendo em consideração que a colocação de implantes só poderá ser iniciada 12 a 18 meses após tratamento e é de salientar que há risco de serem rejeitados. (25). Se

houver alguma exodontia, poderá ser efetuada com necessidade de cobertura antibiótica e deverá ser o menos traumática possível. (25)

Nestas consultas para além de uma boa higiene oral, o Médico Dentista deve ter em atenção o controlo de ORN, do trismo, das alterações do paladar e das cáries de radiação.

3.2.3.1 Controlo da osteorradionecrose

Quando a ORN ocorre, numa primeira fase, em que apenas existe ulceração superficial e osso exposto, o tratamento pode ser conservador com medidas de reforço à higiene oral, irrigação local com soluções salinas e clorhexidina, alívio da dor, apoio nutricional, curetagem da lesão e eliminação de pequenos sequestros. A antibioterapia sistémica deve ser utilizada quando há infeção secundária, nomeadamente a Clindamicina, Ciprofloxacina, Penicilinas, Metronidazol ou Doxicilina. (12,13,17) Em caso de lesões mais avançadas, a cirurgia, nomeadamente a cirurgia radical, pode ser o tratamento mais apropriado. (13,23)

Atualmente, a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) é bastante referida, visto que tem como objetivo reduzir a hipoxia, melhorar a vascularização e aumentar a celularidade dos tecidos. Não há ainda evidências científicas que seja um tratamento único eficaz, mas a sua vantagem é notória quando usada como terapêutica adjuvante ao tratamento cirúrgico. (7,12,13). No entanto, este tratamento é bastante dispendioso e ocupa muito tempo no quotidiano do paciente, o que o torna bastante controverso. De realçar, também que devido a falta de resultados significativos, não é universalmente aceite. (12,13,20)

3.2.3.2 Controlo do trismo

O trismo é medido pela abertura máxima da boca (distância inter-incisal). Nos doentes com maior risco que já foram referidos no ponto 3.1.4, esta medicação deve ser realizada na consulta pré-tratamento de RT e deve ser continuada em todas as consultas para verificar se existem diferenças significativas (7,12,17). Assim estes pacientes devem ser aconselhados a praticar alguns exercícios em casa para manter a abertura máxima e a mobilidade mandibular. (12,23) Nos pacientes em que o trismo se desenvolveu, o exercício deve ser intensificado e, se necessário, combinado com fisioterapia para recuperar a distância inter-incisal. Aparelhos de prótese (abridores de mordida dinâmicos) que contêm

molhas e bandas para estimular os músculos têm sido úteis em alguns pacientes. (12,23). Se necessário, prescrever Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e relaxantes musculares. Seja qual for a abordagem a este problema, a adesão do paciente e perseverança são fundamentais para o sucesso. (12)

3.2.3.3 Controlo das alterações do paladar

Na maioria dos casos, as alterações do paladar são reversíveis e de modo gradual, o paladar volta aos níveis normais, ou quase normais, dentro de um ano após a radioterapia. Devido a ser uma condução transitória, normalmente, não há necessidade de tratamento. (7,12) No entanto, uma vez que as alterações de paladar conduzem a uma alteração de peso, é muito importante que estes doentes recebam consultas de nutrição, tais como evitar longos períodos sem ingestão de alimentos, mastigar os alimentos lentamente e cuidadosamente para libertarem mais labor e estimularem a secreção salivar. Os pacientes também devem ser aconselhados a mudar os alimentos durante as refeições para evitar a adaptação de recetores gustativos, tendo sempre, o mesmo, cuidado de manter uma dieta equilibrada. (2,12)

Embora a eficácia clínica dos suplementos de zinco (1 mg/Kg/dia dividida em duas tomas diárias) tenha sido bastante variável, a sua utilização tem sido sugerida por vários estudos para melhorar esta complicação. (2,20)

3.2.3.4 Controlo das Cáries de Radiação

As medidas recomendadas para o controlo das cáries nos doentes irradiados incluem higiene oral rigorosa e auto-aplicação diária de gel de flúor tópico com 1% de Fluoreto de Sódio (NaF) durante 5 minutos, utilizando uma moldeira individual. Como a hipossalivação é irreversível em muitos casos de doentes com cancro da cabeça e do pescoço, estas aplicações de flúor devem manter-se indefinidamente.

É importante evitar alimentos ricos em sacarose por serem altamente cariogénicos e fazer bochechos com soluções remineralizantes. (12)

4. Conclusão

Apesar dos muitos avanços no tratamento de pacientes oncológicos como a Radioterapia, os efeitos secundários permanecem inevitáveis, particularmente em pacientes que continuam a fumar e / ou consumir álcool.

Cada vez é maior o número de sobreviventes e de pessoas a viver com cancro criando assim, um novo desafio clínico para vários profissionais de saúde. Desta forma, uma adequada abordagem destes pacientes requer a participação ativa de uma equipa multidisciplinar, do qual faz parte os Médicos Dentistas que desempenham um papel fundamental na promoção da saúde oral antes, durante e após a radioterapia, visto que a implementação de protocolos clínicos não só previne, como também promove o alívio e tratamento dos efeitos colaterais da terapia oncológica.

Os pacientes devem estar alertados para o facto de que as consultas de Medicina Dentária não só destinam apenas para tratar problemas dentários, mas também para prevenir e tratar outras condições orais que possam surgir. Se possível, deve ser entregue tanto ao paciente como aos seus familiares, um manual que indique as técnicas de higiene oral mais adequadas, o tipo de dieta que deve seguir, assim como medidas que deve optar nas diferentes fases do tratamento oncológico. É de salientar que cada paciente é um caso, sendo por isso necessário adaptar as medidas terapêuticas a cada doente.

O período de tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento oncológico é habitualmente curto, pelo que o Médico Dentista deve realizar uma boa avaliação diagnóstica e o cumprimento do protocolo clínico neste tipo de pacientes de modo a ser possível responder a estas solicitações inadiáveis de forma rápida e eficaz.

Para que isto possa ocorrer é necessário melhorar a acessibilidade destes doentes ao Serviço de Saúde, estabelecendo protocolos entre os Hospitais Oncológicos, permitindo uma abordagem integrada e multidisciplinar. Apesar de já existirem algumas recomendações acerca das abordagens clínicas nestes pacientes, é importante formular umas diretrizes de atuação apropriada para que seja fornecida a todos os Médicos Dentistas e assim melhorar a forma de atuação nestes pacientes especiais.

5. Bibliografia

1. Wwwwomdpt. 1. Ordem dos Médicos Dentistas. [Online]. Available from: <https://www.omd.pt/noticias/2013/09/cancro-cabeça-pescoço?searchterm=cancro da cabeça e do pescoço> [Accessed 1 June 2016].
2. Vissink A, Jansma J, Spijkervet FK, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003;14(3):199-212.
3. Epstein JB, Guneri P, Barasch A. Appropriate and necessary oral care for people with cancer: guidance to obtain the right oral and dental care at the right time. *Support Care Cancer.* 2014;22(7):1981-8.
4. White, S.C, Phordah, M.J. *Oral Radiology Principles and Interpretation.* (6nd ed.). : Mosby Elsevier; 2009.
5. Homes TS, Santos MG, Nóbrega DR. Factors related to the occurrence and classification of radiation-induced oral mucositis. *Revista cubana de estomatologia.* 2014;51(1):71-79
6. Lalla RV, Sonis ST. Management of Oral Mucositis in Patients with Cancer. *Dent Clin North Am.* 2008;52(1):61-viii
7. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L, et al. Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(6):400-22.
8. Herrstedt J. Prevention and management of mucositis in patients with cancer. *Int J Antimicrob Agents.* 2000;16(2):161-3.
9. Wong PC, Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM, Bank KA, Shiba GH, et al. Mucositis pain induced by radiation therapy: prevalence, severity, and use of self-care behaviors. *J Pain Symptom Manage.* 2006;32(1):27-37.
10. Caudell JJ, Schaner PE, Meredith RF, Locher JL, Nabell LM, Carroll WR, et al. Factors associated with long-term dysphagia after definitive radiotherapy for locally advanced head-and-neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2009;73(2):410-5.
11. Teguh DN, Levendag PC, Voet P, van der Est H, Noever I, de Kruijf W, et al. Trismus in patients with oropharyngeal cancer: relationship with dose in structures of mastication apparatus. *Head Neck.* 2008;30(5):622-30.
12. Vissink A, Burlage FR, Spijkervet FK, Jansma J, Coppes RP. Prevention and treatment of the consequences of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003;14(3):213-25.
13. Monteiro L, Barreira E, Medeiros L. Osteorradionecrose dos Maxilares. *Revista portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* 2005;46(1):49-62
14. Rathy R, Sunil S, Nivia M. Osteoradionecrosis of mandible: Case report with review of literature. *Contemp Clin Dent.* 2013;4(2):251-3.
15. Porter SR, Scully C, Hegarty AM. An update of the etiology and management of xerostomia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;97(1):28-46.
16. Jensdottir T, Buchwald C, Nauntofte B, Hansen HS, Bardow A. Saliva in relation to dental erosion before and after radiotherapy. *Acta Odontol Scand.* 2013;71(3-4):1008-13.
17. Hancock PJ, Epstein JB, Sadler GR. Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer. *J Can Dent Assoc.* 2003;69(9):585-90.

18. Lieshout HF, Bots CP. The effect of radiotherapy on dental hard tissue--a systematic review. *Clin Oral Investig*. 2014;18(1):17-24.
19. Ramirez-Amador V, Silverman S, Jr., Mayer P, Tyler M, Quivey J. Candidal colonization and oral candidiasis in patients undergoing oral and pharyngeal radiation therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997;84(2):149-53.
20. Agarwal P, Upadhyay R, Agarwal A. Radiotherapy complications and their possible management in the head and neck region. *Indian Journal of Dental Research*. 2012;23(6).
21. Bueno AC, Ferreira RC, Barbosa FI. Periodontal care in patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *Support Cancer*. 2013;21:969-975.
22. Marques MC, Dib LL. Periodontal Changes in Patients undergoing Radiotherapy. *J Periodontol*. 2004;75(9):1178-1187
23. Murdoch-Kinch CA, Zwetckhenbaum S. Dental management of the head and neck cancer patient treated with radiation therapy. *J Mich Dent Assoc*. 2011;93(7):28-37.
24. Walsh LJ. Clinical assessment and management of the oral environment in the oncology patient. *Aust Dent J*. 2010;55 Suppl 1:66-77.
25. Brody S, Omer O, McLoughlin J, Stassen L. The dentist's role within the multi-disciplinary team maintaining quality of life for oral cancer patients in light of recent advances in radiotherapy. *J Ir Dent Assoc*. 2013;59(3):137-46.
26. Zahawi SM, Showan S, Hassan AM. Effectiveness of prophylactic agents in prevention of oral mucositis in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy. *J Bagh College Dentistry*. 2013; 25(4):56-59
27. Mukherji A. Effect of application of honey on oral mucositis: Randomized Clinical trial. *International Journal of Advanced Research*. 2015; 3(3):498-505
28. Moslemi D, Nokhandani AM, Otaghsaraei MT, Moghadamnia Y, Kazemi S, Moghadamnia AA. Management of chemo/radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer: A review of the current literature. *Radiother Oncol*. 2016.

Capítulo II. Relatório final de Estágio

1. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado:

O Estágio de Medicina Dentária desenvolveu-se em três áreas distintas: Clínica Geral Dentária, Clínica Hospitalar e Saúde Oral e Comunitária.

Cada uma delas assumiu um papel fundamental na formação contínua do aluno e na sua preparação para exercer a sua futura profissão com a responsabilidade e competência que a mesma exige.

1.1. Estágio em clínica geral dentária:

O Estágio em clínica geral dentária foi realizado na Clínica Nova Saúde, no Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, em Gandra - Paredes, num período de 5 horas semanais: Terça-feira das 19h00 às 24h00 (entre 14 de setembro de 2015 a 17 de junho de 2016), perfazendo assim um total de 280h. Este estágio foi inicialmente supervisionado pela Professora Doutora Paula Malheiro e pelo Professor Doutor João Batista. Esta etapa revelou-se uma mais-valia, pois permitiu a aplicação prática de conhecimentos teóricos adquiridos ao longo de 5 anos de curso, proporcionando, assim, ao aluno competências médico-dentárias necessárias para o exercício da sua profissão. Os atos clínicos realizados neste estágio podem ser divididos em 5 itens:

- **Dentisteria:** Foram realizados 10 atos como operadora referentes a esta área e também 11 como assistente.
- **Exodontias:** Foram realizados 5 atos como operadora referentes a esta área e também 4 como assistente
- **Periodontologia:** Foram realizados 3 atos como operadora referentes a esta área e também 2 como assistente
- **Endodontia:** Foram realizados 5 atos como operadora referentes a esta área e também 4 como assistente

1.2. Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Hospital São João – Polo de Valongo-, no período compreendido entre 14 de setembro de 2015 e 17 de junho de 2016, com uma carga semanal de 3,5 horas compreendidas entre as 14:00h às 15:30h de segunda-

feira, perfazendo um total de 196 horas, sob a supervisão do Professor Doutor Luís Monteiro. A possibilidade de atuação do aluno em pacientes com necessidades mais complexas, tais como pacientes com limitações cognitivas e/ou motoras, patologias orais, doentes polimedicados, portadores de doenças sistêmicas, entre outros, revelou-se a grande virtude deste estágio. Desta forma, assumiu-se como uma componente fundamental sob o ponto de vista da formação Médico-Dentária do aluno, desafiando as suas competências adquiridas e preparando-o para agir perante as mais diversas situações clínicas. Os atos realizados neste estágio hospitalar podem ser discriminados e divididos em:

- **Dentisteria:** Foram realizados 12 atos como operadora referentes a esta área e também 16 como assistente.
- **Exodontias:** Foram realizados 34 atos como operadora referentes a esta área e também 35 como assistente
- **Periodontologia:** Foram realizados 11 atos como operadora referentes a esta área e também 5 como assistente
- **Endodontia:** Foram realizados 6 atos como operadora referentes a esta área e também 6 como assistente

1.3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária

A unidade de ESOC contou com uma carga horária semanal de 3,5 horas, compreendidas entre as 09h00 e as 12h30 de quarta-feira, com uma duração total de 196 horas, com a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante. Durante uma primeira fase, foi desenvolvido um plano de atividades que visava alcançar, da motivação para a higiene oral, o aumento da auto-perceção da saúde oral, bem como o dissipar de dúvidas e mitos acerca das doenças e problemas referentes à cavidade oral. Tais objetivos foram alcançados através de sessões de esclarecimento junto dos grupos abrangidos pelo PNPSO. Durante a segunda fase do ESOC, procedeu-se à implementação propriamente dita do PNPSO junto da comunidade infantil no Agrupamento de Campo, nomeadamente junto de crianças inseridas no ensino Pré-escolar e Primeiro Ciclo do ensino Básico. Desta forma, e após a execução de um cronograma e plano de atividades (Anexo B – Tabela 3), procedeu-se à

visita de duas unidades de Ensino do Agrupamento de Escolas supracitado em localidades Valongo e Paredes, de maneira a promover a saúde oral a nível familiar e escolar, tentando alcançar a prevenção de patologias da cavidade oral, na comunidade alvo. Para além das atividades inseridas no PNPSO, realizou-se um levantamento de dados epidemiológicos, recorrendo-se a inquéritos fornecidos pela OMS aplicados a um total de 588 crianças com idades compreendidas entre os 3 e 11 anos. O cronograma do estágio clínico pode ser dividido em:

- **Janeiro:** No dia 20 foi realizado, no IUCS, o melhoramento do cronograma, e no dia 27, na escola EB Boavista realizou-se uma reunião para aprovação e revisão do cronograma;
- **Fevereiro:** No dia 3, deslocamo-nos até à escola CE Rebordosa para a realização de seguintes atividades: Demonstração de uma coreografia de como escovar os dentes; Levantamento dos dados epidemiológicos (18 alunos). No dia 10 permanecemos no IUCS uma vez que se realizava as férias de Carnaval nas escolas. No dia 17, na EB Boavista acompanhamos a escovagem dentária dos alunos e foram levantados os dados epidemiológicos (7 alunos). No final do mês, dia 24, na CE Rebordosa, avaliamos a escovagem dentária e demonstramos um vídeo infantil sobre a escovagem dentária;
- **Março:** No dia 2, deslocamo-nos até a EB Boavista acompanhamos e avaliamos a escovagem dentária e fizemos o levantamento dos dados epidemiológicos (7 alunos). No dia 9, na CE Rebordosa voltamos a acompanhar a escovagem dentária e fizemos o levantamento dos dados epidemiológicos (51 alunos). Neste dia entregamos o 1º terço dos dados epidemiológicos. No dia 16, na EB Boavista, avaliamos a escovagem dentária e fizemos o levantamento dos dados epidemiológicos (7 alunos); No dia 23 e 3 ocorreu na IUCS as Férias da Páscoa.
- **Abril:** No dia 6, na escola CE Rebordosa acompanhamos a escovagem dentária e avaliamos. Também realizamos o levantamento dos dados epidemiológicos (36 alunos). No dia 13, deslocamo-nos a escola EB Boavista acompanhamos a escovagem dentária e levantamos os dados epidemiológicos (7 alunos). No dia 20, na CE Rebordosa realizamos algumas

atividades como a demonstração de um vídeo infantil sobre a escovagem dentária e o acompanhamento da escovagem dentária, também foi levantado dos dados epidemiológicos (40 alunos). Foi entregue o 2º terço dos dados epidemiológicos. No dia 27, na EB Boavista acompanhamos e avaliamos a escovagem dentária. Foi realizado o levantamento dos dados epidemiológicos (8 alunos).

- **Mai:** No dia 4 houve pausa letiva para a realização da queima das fitas. No dia 11 na EB Rebordosa acompanhamos e avaliamos a escovagem dentária. Foi levantado os dados epidemiológicos (46 alunos). No dia 18, na EB Boavista também acompanhamos e avaliamos a escovagem dentária e levantamos os dados epidemiológicos (7 alunos). No dia 25, na CE Rebordosa, avaliamos a evolução da Escovagem Dentária e Tiramos as dúvidas acerca da higiene oral tanto das crianças como dos seus professores. Foi entregue o 3º terço de dados epidemiológicos e dos dados epidemiológicos de turma;

1.4. Considerações finais

O Estágio em Medicina Dentária compreendeu três componentes essenciais para a minha formação como futuro médico-dentista. Permitiu-me aplicar, aprimorar e aperfeiçoar todos os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo deste meu percurso assim como me proporcionou a possibilidade de obter experiência clínica nas várias áreas da Medicina Dentária, experiência essa fundamental no exercício da profissão.