



MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA
RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

LESÕES ENDO-PERIODONTAIS

UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

ADRIANA MARIA LEAL DA ROCHA NEVES NOGUEIRA

ALUNA 19766

ORIENTADOR: Prof. Doutor Paulo Manuel Cruz Miller

ANO LETIVO 2017/2018

Gandra, Portugal

Eu, *Adriana Maria Leal da Rocha Neves Nogueira*, estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado

LESÕES ENDO-PERIODONTAIS: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

RELATÓRIO APRESENTADO NO INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ORIENTADOR: Prof. Doutor Paulo Manuel Cruz Miller

Gandra, 12 de julho de 2018



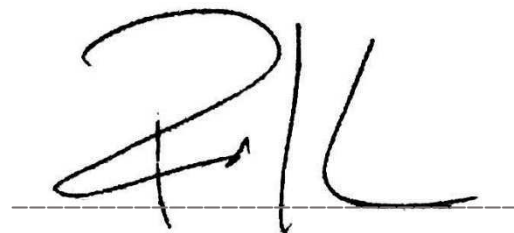
(Adriana Maria Leal da Rocha Neves Nogueira)

ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

DECLARAÇÃO

Eu, *Paulo Manuel Cruz Miller*, com a categoria profissional de Professor Auxiliar Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado *Lesões Endo-periodontais: uma abordagem interdisciplinar* da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, *Adriana Maria Leal da Rocha Neves Nogueira*, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes de obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 12 de julho de 2018

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized letters 'P', 'M', 'C', 'M', 'L' and 'R', 'N', 'N', 'O', 'G', 'U', 'E', 'I', 'R', 'A'.

(Paulo Manuel Cruz Miller)

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial, aos meus pais e aos meus avós, por sempre terem acreditado em mim. Por serem os meus modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amor e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo. Espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir tudo aquilo que recebi da vossa parte.

À minha binómia, Rita Silva, que me acompanha há 7 anos, que se tornou a minha parceira de todas as horas e que concluiu comigo mais uma etapa da nossa vida. É a minha melhor amiga e das pessoas que mais estimo no mundo.

À minha amiga, Francisca e à Tânia que me acompanharam desde o início desta fase, pelo apoio que sempre me deram quando foi preciso assim como pela amizade, cumplicidade, experiências e momentos passados.

Ao João Sousa, com um carinho muito especial, por me ter marcado neste último ano e para o resto da minha vida, da forma mais positiva possível. Assim como ao Flávio, ao Bruno e ao João Barrote, que tornaram este meu último ano de trabalho, divertidamente único e inesquecível.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Paulo Miller, pelo apoio na realização deste trabalho e por todos os ensinamentos transmitidos, disponibilidade e compreensão ao longo de todo este período.

E por fim, agradeço a todo o corpo docente do MIMD do IUCS, que marcaram presença no meu percurso académico, pela passagem de todos os conhecimentos que serão os alicerces para construir o meu futuro profissional.

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo - é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas é mais preciso ainda!”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Num dente vital, quando a dor está presente, pode ter origem pulpar e/ou periodontal. A polpa e o periodonto estão intimamente relacionados, podendo até serem considerados como um sistema único, que poderá funcionar concomitantemente, tanto na saúde, como na doença.

A designação de lesões endo-periodontais, surge então, para retratar os processos inflamatórios que interrelacionam as duas estruturas.

Uma polpa vital, como ambiente estéril, é bastante resistente à invasão microbiana, mas uma polpa necrótica traduz o contrário, sendo invadida e colonizada por micro-organismos patogênicos, tornando-se assim suscetível a respostas inflamatórias.

Na literatura atual, existem várias classificações das lesões endo-periodontais baseadas na sua etiologia e prognóstico, que ajudam a descrever as lesões e a traçar o diagnóstico adequado a cada quadro clínico.

Um correto diagnóstico é a prioridade do Médico Dentista, devendo este adquirir o verdadeiro conhecimento das lesões endo-periodontais, assumindo que se trata de uma condição dentária comprometida e com prognóstico reservado.

O prognóstico pode tornar-se favorável quando o tratamento é adequado, dependendo do grau de severidade da doença, podendo esta ser exclusivamente endodôntica, periodontal ou combinada – as verdadeiras lesões endo-periodontais.

PALAVRAS CHAVE: lesões endo-periodontais, diagnóstico, tratamento, prognóstico.

ABSTRACT

In a vital tooth, when the pain is present, may have pulp and / or periodontal origin. The pulp and periodontium are closely related, and may even be considered as a single system, which may work concurrently with both health and disease.

The designation of endo-periodontal lesions, then, appears to portray the inflammatory processes that interrelate the two structures.

A vital pulp, as a sterile environment, is quite resistant to microbial invasion, but a necrotic pulp translates otherwise, being invaded and colonized by pathogenic microorganisms, thus becoming susceptible to inflammatory responses.

In the current literature, there are several classifications of endo-periodontal lesions based on their etiology and prognosis, which help to describe the lesions and to draw the proper diagnosis for each clinical picture.

A correct diagnosis is the priority of the Dentist, who must acquire the true knowledge of the endo-periodontal lesions, assuming that it is a compromised dental condition with a reserved prognosis,

The prognosis may become favorable when the treatment is appropriate, depending on the degree of severity of the disease, which may be exclusively endodontic, periodontal or combined - the actual endo-periodontal lesions.

KEYWORDS: endo-periodontal lesions, diagnosis, treatment, prognosis.

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I | DESENVOLVIMENTO DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	2
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	2
4. DISCUSSÃO.....	4
4.1 VIAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE POLPA E PERIODONTO	4
4.1.1 VIAS DE COMUNICAÇÃO ANATÔMICAS	4
4.2 ETIOLOGIA DAS LESÕES ENDO-PERIODONTAIS.....	7
4.3 CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES ENDO-PERIODONTAIS.....	9
4.4 DIAGNÓSTICO	11
4.5 TRATAMENTO DAS LESÕES ENDO-PERIODONTAIS.....	13
4.6 PROGNÓSTICO	15
5. CONCLUSÃO.....	17
6. BIBLIOGRAFIA	18

CAPÍTULO II | RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO SUPERVISIONADAS

1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA	1
2. ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR	1
3. ESTÁGIO SAÚDE ORAL E COMUNITÁRIA.....	2

CAPÍTULO I | DESENVOLVIMENTO DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. INTRODUÇÃO

Quando a polpa e o periodonto contraem simultaneamente afeções, surge a designação de *lesões endo-periodontais*, para retratar os processos inflamatórios que abrangem as duas estruturas. ^(1,2)

Turner e Drew, em 1919, descreveram as repercussões da doença periodontal na polpa. Em 1964, o conceito de lesão endo-periodontal entrou para o vocabulário dos Médicos Dentistas, quando *Simring e Goldberg* sistematizaram as lesões endo-periodontais ^(1,3-7).

A polpa e o periodonto estão intimamente relacionados, podendo até serem considerados um sistema único ou uma unidade biológica, por partilharem múltiplas estruturas, tanto a nível anatómico como vascular. Sendo assim, podemos considerar que podem funcionar concomitantemente, tanto na saúde, como na doença. ^(4,5)

A interação constante entre polpa e periodonto dá-se através das vias de comunicação anatómicas, iatrogénicas e patológicas entre ambos, que possibilitam a troca dos elementos infecciosos e inflamatórios que vão originar a lesão. ⁽⁸⁾

Como vias de comunicação anatómicas podemos considerar estruturas como o ápex, canais acessórios e laterais e os túbulos dentinários (devido à exposição dos mesmos, por ausência congénita de cimento). Vias de comunicação iatrogénicas envolvem erros que possam ocorrer durante o tratamento endodôntico, nomeadamente na instrumentação; vias de comunicação patológicas assumem, por exemplo, as reabsorções internas e/ou externas da raiz, perfurações e traumatismos. ^(1-3,5,8-12)

Reabsorções e perfurações radiculares, assim como as, malformações dentárias, desempenham um papel importante no desenvolvimento e progressão das lesões endo-periodontais, acontecendo o mesmo com as exposições pulpares, periodontite e lesões de cárie. ^(1,8,12-15)

Contudo, de acordo com um consenso científico generalizado, a microbiologia, apresenta-se como o principal fator etiológico das lesões periodontais. ^(1-4,8,9,16)

Uma polpa vital, sendo um ambiente estéril, é bastante resistente à invasão microbiana, mas numa polpa necrótica sucede o contrário, sendo invadida e colonizada por micro-organismos patogênicos, tornando-se suscetível a respostas inflamatórias. (3-5,9,16,17)

Um dente que apresente lesões endodônticas e periodontais, em simultâneo, é encarado como um verdadeiro desafio. Quando há envolvimento dos dois complexos, a lesão tem de ser tratada como um todo, através de uma terapêutica combinada, não sendo suficiente tratar apenas uma das partes envolvidas. (6, 18-21)

Adquirir o verdadeiro conhecimento das lesões e uma atitude cuidadosa e eficiente durante o exame clínico, por parte do médico dentista, é de extrema importância, a fim de diagnosticar e tratar estas lesões com sucesso. (15, 22-24)

2. OBJETIVO

Atualizar o conhecimento sobre as lesões endo-periodontais para, de forma interdisciplinar, proceder a um correto diagnóstico, de forma a prover um adequado plano de tratamento que permita alcançar um prognóstico favorável.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa bibliográfica realizada a 29 de Janeiro de 2018, nas bases de dados científicos: PubMed, Science Direct, Europe PMC e EbscoHost, utilizando as palavras-chave: *"endo perio lesions"*, *"endo perio diagnosis"*, *"endo perio treatment"*, *"endo perio prognosis"*.

Como critérios de inclusão, foram selecionados os artigos publicados nos últimos dez anos (2008 a 2018), apenas os disponíveis com texto completo, do tipo *case report*, *research*, *clinical trial*, *review article* e *systematic review*. Sendo que nos artigos encontrados, como *review article* e *systematic review*, foram excluídos todos aqueles que não estão publicados em nenhum jornal/revista, incluída na lista da JCR Science Edition – *"Journals with Impact Factors on Dentistry, Oral Surgery & Medicine"*.

Dos resultados obtidos foram selecionados aqueles cujas palavras-chave e *abstract* eram relevantes para a revisão. Como bibliografia escolhida, resultaram 33 artigos científicos com potencial interesse para o tema.

PALAVRAS-CHAVE	PUBMED	SCIENCEDIRECT	EUROPE PMC	EBSCOHOST
"ENDO PERIO LESIONS"	60 (4)	1558 (5)	157 (8)	112 (4)
"ENDO PERIO TREATMENT"	63 (1)	849 (2)	243	114 (2)
"ENDO PERIO DIAGNOSIS"	70	474 (1)	128	65 (2)
"ENDO PERIO PROGNOSIS"	23 (3)	236	74	36 (1)
BIBLIOGRAFIA				33 ARTIGOS

Tabela 1 - Apresentação em tabela dos resultados obtidos da pesquisa com as palavras-chaves nas bases de dados escolhidas, entre parênteses, encontra-se o número de artigos que foram utilizados.

4. DISCUSSÃO

4.1 VIAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE POLPA E PERIODONTO

A polpa e o periodonto estão envolvidos embriologicamente, anatomicamente e funcionalmente. A polpa tem origem embriológica na papila dentária e o ligamento periodontal tem origem no folículo dentário. ^(1,2,4,7,11)

Quando o dente atinge a maturação e a raiz fica formada, três vias fisiológicas de comunicação são criadas entre a polpa e o periodonto, a saber: o ápex, os canais acessórios e os túbulos dentinários.

Estas três vias de comunicação, assim como as vias iatrogênicas (que poderão ser consequências de erros nos procedimentos de tratamentos endodônticos, por exemplo) e as vias patológicas (como traumatismos, reabsorções internas e externas, entre outros) são a via para a passagem de agentes patogênicos, que poderão originar as lesões endo-periodontais. ^(1-3,5,8,9,10-12)

4.1.1 VIAS DE COMUNICAÇÃO ANATÔMICAS

Na anatomia dentária interna, não existe um canal único, mas sim um sistema de canais radiculares, o que torna a comunicação entre a polpa e o periodonto, num tema muito mais complexo. Em 1945, *Pucci e Reige*, e um pouco mais tarde, *Kuttler*, no ano de 1961, classificaram os diversos tipos de canais que podem constituir o sistema radicular. ^(2,5,8,12)

O ápex, o sistema radicular e os túbulos dentinários estabelecem comunicações vasculares, linfáticas e neurológicas entre a polpa e o periodonto. Sendo o ápex, a principal e a mais direta via de comunicação. ^(2,9,16)

Os micro-organismos patogênicos, através de mediadores inflamatórios, podem transitar com facilidade pelo ápex, causando patologias periapicais. ^(9,16)

A inflamação da polpa ou até mesmo a necrose pulpar difunde-se pelos tecidos periapicais, causando uma resposta inflamatória local, geralmente associada a uma

reabsorção óssea ou reabsorção radicular. Em caso de bolsas periodontais profundas, pode ocorrer o processo inverso, ou seja, a entrada dos micro-organismos através do ápex. ^(2,9,16,17)

Com a avanço da idade, o diâmetro do ápex vai diminuindo e vai-se desviando ao longo do eixo da raiz, devido à acumulação de cimento. ⁽⁸⁾

Os canais laterais, acessórios e secundários podem estar presentes ao longo de toda a raiz, mas é no terço apical que existe uma maior concentração. As ramificações de canais com diferentes ângulos e direções podem facilitar a propagação de bactérias e substâncias tóxicas que resultam diretamente num processo inflamatório do ligamento periodontal. ^(1,8,9,16,25)

Com o envelhecimento, o número de canais acessórios, vai diminuindo gradualmente devido à formação de dentina esclerótica, tornando assim a dentina menos permeável e levando a obliteração progressiva dos túbulos dentinários. Assim, juntamente com o facto de o cimento perder permeabilidade ao longo do tempo, explica-se o porquê da penetração das bactérias nos túbulos dentinários de dentes envelhecidos, ocorrer com menor frequência e intensidade do que em pacientes mais jovens. ^(1,2,8)

Os túbulos representam uma zona de resistência e um caminho bidirecional (do espaço endodôntico em direção ao periodonto e do tecido conjuntivo externo para o sistema de canais) para as bactérias, toxinas e substâncias indutoras e mediadoras de processos inflamatórios. ^(8,11,26)

A comunicação entre a polpa e o periodonto através dos túbulos dentinários, dá-se ao nível da zona cervical do dente, onde se encontra a junção amelocementária, onde há a exposição de dentina. Na presença de doença periodontal, procedimentos cirúrgicos, sulcos de desenvolvimento, lesões de cárie, entre outros, pode ocorrer a exposição destes túbulos dentinários, podendo originar o fenómeno de hipersensibilidade dentinária cervical. ⁽⁸⁾

O corpo humano é um sistema dinâmico, que está constantemente exposto às mais diversas mudanças, sendo assim, estas vias de comunicação anatómicas estão sujeitas a severas alterações desde a formação das raízes, até à passagem pelos diferentes mecanismos fisiológicos inerentes ao envelhecimento. ^(2,8,12,27)

4.1.2 VIAS DE COMUNICAÇÃO IATROGÉNICAS E PATOLÓGICAS

Para além das vias de comunicação anatómicas, outras vias de comunicação podem ser estabelecidas entre a polpa e o periodonto - as vias de comunicação não fisiológicas, podendo estas ser iatrogénicas e/ou patológicas. ^(2,8)

Nas vias de comunicação iatrogénicas podemos inserir os eventuais erros que possam existir durante o tratamento endodôntico dos canais radiculares: perfurações do canal radicular, fraturas verticais radiculares e mau acesso endodôntico, por exemplo. ^(2,8)

As perfurações iatrogénicas do canal radicular são complicações graves que ocorrem durante o tratamento endodôntico, devido a erros mecânicos de instrumentação. Este tipo de erro pode resultar numa resposta inflamatória, que, por sua vez, pode originar uma possível exacerbação da lesão periodontal já existente e desenvolvimento de sintomas clínicos, similares ao abscesso periodontal, isto é, dor aguda, edema, drenagem de supuração das bolsas, mobilidade dentária aumentada e perda de inserção fibrosa. ^(11,26,27)

O prognóstico vai depender muito da localização, do tamanho, do momento de diagnóstico e do tratamento da perfuração, do grau de dano periodontal, assim como da boa selagem dos canais e biocompatibilidade de materiais, para um apropriado controlo da infeção. ^(12,27,28)

Diversos materiais, uns mais do que outros, são recomendados para o selamento de canais, no tratamento das perfurações, como o MTA (mineral trioxide aggregate), Super EBA, IRM (zinc oxide-eugenol-based materials), ionómeros de vidro, compósitos e amálgama. Sendo atualmente, os mais eficientes e usados em todo o mundo, os cimentos de silicato cujo principal representante é o MTA. ^(6,22,28)

Complicações associadas ao tratamento endodôntico são, por vezes, difíceis de detetar, o diagnóstico normalmente é feito quando o tratamento falha. A resolução do erro, habitualmente, passa por um procedimento cirúrgico, como uma apicectomia, por exemplo. Antes do procedimento cirúrgico, os canais devem estar devidamente tratados e obturados. A finalidade do tratamento cirúrgico é conseguir um selamento permanente que irá evitar que as bactérias e os seus subprodutos atinjam os tecidos periodontais. ^(12,28)

As fraturas verticais radiculares são comuns em dentes com tratamento endodôntico que foram submetidos a reabilitação – no momento, de colocação de um espigão, por exemplo. Ocorrem acidentalmente e podem envolver a raiz em toda a sua extensão ou apenas uma parte, pode envolver um ou ambos os lados da raiz e pode envolver cemento, dentina e polpa. Também podem ser originadas por trauma, em dentes vitais e sem tratamento restaurador. ^(4,5,28)

Dentes com este tipo de fratura podem apresentar sintomas clínicos, como desconforto ou dor associada à infecção localizada. Um dos sinais usuais de fratura vertical da raiz é o exsudado dos tecidos moles que está associado a uma bolsa periodontal de progressão rápida e isolada. ⁽²⁹⁾

Relativamente, às vias de comunicação patológicas podemos falar de anomalias de desenvolvimento, patologias e reabsorções radiculares, por exemplo. ⁽⁸⁾

As anomalias de desenvolvimento incluem, hipoplasia do cemento e/ou reabsorção, invaginações radiculares, defeitos estruturais no cemento celular como fissuras e hipocalcificações, dentina displásica, sulcos radiculares extensos devido a geminação ou fusão de dentes e as pérolas de esmalte. ^(4,8,11,12)

Ainda como vias de comunicação patológicas temos, as cáries radiculares, a doença periodontal crônica que causa reabsorções de cemento, reabsorção radicular externa provinda de uma infecção que pode expor a dentina e a polpa, perfuração da raiz devido a cárie, reabsorção interna da raiz habitualmente causada pela infecção que pode perfurar a superfície externa da raiz. ^(4,11,12,27,28)

As reabsorções podem ser consequências de um trauma, de inflamação crônica da polpa e/ou periodonto, de forças de pressão aplicadas no ligamento periodontal associadas a tratamento ortodôntico, de tumores ou de erupções dentárias e ainda de cauterização durante procedimentos cirúrgicos. ^(12,28)

4.2 ETIOPATOGENIA DAS LESÕES ENDO-PERIODONTAIS

As lesões endo-periodontais dão origem a um tema controverso e envolto em dúvidas, na medicina dentária. São definidas, por vários autores da literatura científica,

como sendo um processo de interação entre a polpa e o periodonto, de carácter inflamatório. ^(1,2)

Três requisitos devem ser definidos como critérios para classificar e diagnosticar este tipo de lesões: 1) O dente com sintomatologia, deve apresentar um estado de necrose pulpar; 2) Os tecidos periodontais desde o sulco gengival até ao ápex ou até ao canal acessório envolvido na infeção, devem apresentar degradação; 3) Uma abordagem interdisciplinar é imperativa no momento de recorrer ao tratamento, devendo a terapêutica ser combinada – endodôntica e periodontal. ⁽¹²⁾

Quanto á etiologia das lesões, parece haver consenso de que o agente etiológico primário da doença periodontal é a placa bacteriana. ^(9,16)

Uma polpa vital, como ambiente estéril, é bastante resistente à invasão microbiana, mas numa polpa necrótica sucede o contrário, sendo invadida e colonizada por micro-organismos patogénicos, tornando-se suscetível a respostas inflamatórias. ^(2,9,10,16,25)

Uma pulpíte irreversível resulta de uma lesão significativa dos tecidos pulpaes, que ultrapassa a capacidade reparadora destes. Esta patologia ocorre maioritariamente devido à invasão direta e indiscriminada das bactérias através das vias de comunicação existentes.

Dentro dos fatores etiopatogénicos principais temos as bactérias, os fungos e os vírus:

BACTÉRIAS: *Parvimonas micra*, *Capnocytophaga sputigena*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *bacteroides forsythus*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* e *Treponema denticola*. Estas bactérias foram encontradas tanto na patologia endodôntica, como em dentes com periodontite apical crónica e periodontite crónica em adultos. ^(9,16)

FUNGOS: Dentro das várias espécies de fungos presentes nas lesões, como *C. glabrata*, *C. guilliermondii*, *C. incospicua* e *Rodotorula mucilaginosa*, a *Candida albicans* é predominante, tanto em infeções endodônticas, como na doença periodontal. ^(8,9)

VÍRUS: Citomegalovírus Humano, o vírus de Epstein-Barr, vírus do Herpes podem estar envolvidos na etiopatogenia da doença periodontal e endodôntica. ^(8,9)

4.3 CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES ENDO-PERIODONTAIS

O conhecimento da etiologia e mecanismo das lesões é essencial para alcançar um correto diagnóstico. Tudo isto, é alcançado com a recolha cuidadosa da história clínica, exame clínico e exames complementares de diagnóstico específicos.

Ao longo dos anos, as lesões endo-periodontais têm sido classificadas de variadas e diferentes formas, conforme sugere a literatura.

Partindo do ponto de vista, de classificar eficazmente estas lesões, outra classificação foi elaborada por^(2,5,11,12):

- Guldener and Langeland, em 1982, que classificam as lesões endo-periodontais baseando-se numa inter-relação patológica.

- Weine em 1995, onde divide os casos de acordo com a etiologia da doença, determinando o tipo de terapêutica necessária e o prognóstico possível.

- Chapple e Lamley em 1999, defendem que as classificações já existentes são somente de interesse académico e baseadas inadequadamente no facto de identificar a fonte primária da infeção. Considerando que o principal objetivo é determinar o estado do complexo pulpar e periodontal, no momento em que surge o caso, porque a vitalidade ou necrose da polpa, com a presença ou ausência de lesão periodontal progressiva vai indicar o tratamento de eleição.^(2,5,11,12)

Contudo, a classificação elaborada por Simon, Glick e Frank em 1972, é a mais aplicada mundialmente e é essa que será seguida neste trabalho. Estima-se que esta classificação etiológica é capaz de reconhecer, compreender e tratar mais facilmente estas patologias. Do mesmo modo, descrevem a relação clínica de cada uma destas lesões.^(2,5,11,12)

Descrevendo a classificação de Simon et al., esta divide-se em cinco classes:

1) LESÕES ENDODÔNTICAS PRIMÁRIAS: Quando o processo inflamatório ou infeccioso presente na polpa dentária necrosada se prolonga até ao periodonto. O tratamento endodôntico é considerado o tratamento mais efetivo para regressão da lesão. O prognóstico é de recuperação rápida e bem sucedida da lesão.^(2,5,11,12)

2) LESÕES ENDODÔNTICAS PRIMÁRIAS COM ENVOLVIMENTO PERIODONTAL SECUNDÁRIO: É considerada uma evolução do primeiro tipo de lesão: a lesão endodôntica primária expande-se para os tecidos periodontais transformando-se numa lesão de natureza crônica, com o surgimento de uma lesão periodontal verdadeira. Podem ser consequência de fraturas radiculares ou erros associados ao tratamento endodôntico. O sucesso do tratamento desta lesão depende do êxito das terapias endodônticas e periodontais. Deve-se fazer reavaliação periodontal após 2 a 3 meses da terapêutica realizada. O prognóstico vai depender do nível da perda de aderência e da gravidade da doença periodontal associada à lesão. ^(2,5,11,12)

3) LESÕES PERIODONTAIS PRIMÁRIAS: Associada a um quadro clínico de periodontite crônica. A polpa encontra-se vital e sem sintomatologia, por isso, o tratamento é exclusivamente periodontal. O prognóstico depende do nível de perda de aderência, da eficácia do tratamento periodontal e da resposta do paciente. ^(2,5,11,12)

4) LESÕES PERIODONTAIS PRIMÁRIAS COM ENVOLVIMENTO ENDODÔNTICO SECUNDÁRIO: Quando o suprimento sanguíneo do tecido pulpar é envolvido e comprometido através do ápex, vai ocorrer deterioração da polpa. Isto ocorre devido à influência por parte de uma lesão primária periodontal de natureza crônica. Os estudos relatam sintomatologia dolorosa, bolsas periodontais extensas e profundas. A microbiologia encontrada na polpa afetada, assemelha-se à presente nas bolsas periodontais. O tratamento depende das respostas às terapias combinadas, endodôntica e periodontal, da gravidade da doença periodontal, para um prognóstico favorável. ^(2,5,11,12)

5) LESÕES VERDADEIRAMENTE COMBINADAS: Formada a partir de duas lesões, endodôntica e periodontal, que se desenvolvem independentes uma da outra numa fase inicial e que posteriormente acabam por se envolver. Sendo que, a progressão de uma pode ser influenciada pela outra. A selagem imediata dos canais radiculares, cirurgia endodôntica avançada e terapia periodontal são necessárias para o tratamento destas lesões. O nível de destruição causado pela doença periodontal, é determinante para o prognóstico. ^(2,5,11,12)

É a classificação que apresenta uma melhor compreensão das lesões endo-periodontais e, é a mais utilizada como guia para os Médicos Dentistas na prática clínica, nos dias de hoje.

4.4 DIAGNÓSTICO

A parte mais importante para o tratamento de qualquer doença é o estabelecimento de um correto diagnóstico. Tornando-se ainda mais importante, quando se trata de uma lesão combinada, como são as lesões endo-periodontais.

O diagnóstico deve resultar da combinação entre uma boa anamnese, um criterioso exame clínico e o suporte dos exames complementares de diagnóstico. ⁽⁸⁾

Os testes de vitalidade pulpar (idealmente os térmicos e os elétricos), sondagem periodontal, testes de palpação, percussão, mobilidade, transiluminação do dente e a remoção de restaurações antigas são passos essenciais para o diagnóstico. Vão ajudar a diferenciar a sintomatologia entre doenças pulpares/periapicais e doenças periodontais. ^(12,28-30)

A seguinte tabela irá sumarizar as características clínicas e radiográficas que vão diferenciar o nosso diagnóstico:

TESTES DE DIAGNÓSTICO	LESÕES ENDODÔNTICAS E PERIAPICAIS	LESÕES PERIODONTAIS	LESÕES ENDOPERIODONTAIS
APENAS UM DENTE AFETADO	Normalmente, apenas um dente é afetado	Normalmente, mais de um dente é afetado	Normalmente, apenas um dente é afetado. Mas, pode envolver mais do que um dente, se o paciente tiver periodontite generalizada.
DOR	Aguda e espontânea	Dor constante. Dor aguda, apenas em condições específicas.	Dor constante e em algumas situações, severa.
TESTES DE VITALIDADE PULPAR	Resposta persistente – pulpíte irreversível Sem resposta – necrose pulpar	A polpa está vital e responde aos estímulos	Normalmente, não há resposta, devido à polpa necrosada. No entanto, pode ocorrer resposta, nos dentes multirradiculares.

PALPAÇÃO	Poderá haver dor, mas não indica se o processo inflamatório é de origem endodôntica ou periodontal.	Dor á palpação	Dor á palpação
PERCUSSÃO	Normalmente, é sensível à percussão	Dor à percussão	Dor à percussão
MOBILIDADE	Dentes traumatizados ou com fraturas radiculares, apresentam mobilidade	Mobilidade localizada ou generalizada	Mobilidade generalizada, sendo que o dente afetado apresenta um grau elevado de mobilidade
SONDAGEM PERIODONTAL	A presença de uma pequena bolsa profunda sem haver doença periodontal pode indicar uma lesão de origem endodôntica ou uma fratura vertical da raiz.	Presença de bolsas periodontais amplas e profundas.	A sondagem revela uma periodontite crônica, mas na presença de lesão endo-periodontal, a sonda poderá atingir o ápex do dente, devido à bolsa severamente profunda característica destas lesões.
EXAME RADIOGRÁFICO	Lesão de cárie profunda; restaurações defeituosas; insucesso do tratamento endodôntico anterior; traumatismos; fraturas radiculares; reabsorção radicular com radiolucência apical.	Perda óssea vertical e generalizada.	Perda óssea angular que se estende coronalmente até ao ápex. Aparência similar a uma fratura vertical do dente.

Tabela 2 - Características clínicas e radiográficas típicas dos diferentes tipos de lesão: endodônticas, periodontais ou endo-periodontais. Estas características ajudam a fazer o diagnóstico diferencial das lesões presentes. (5,8,10,12,29,30)

Por vezes, traçar um diagnóstico sobre o estado de saúde pulpar pode ser difícil. Infelizmente, não há nenhum teste de diagnóstico disponível que consiga determinar com precisão e fiabilidade o verdadeiro estado de saúde da polpa ou do canal radicular. ^(1,8)

Os testes de vitalidade pulpar, onde se verifica a sensibilidade térmica e elétrica do dente suspeito, têm como objetivo, indicar a capacidade que o nervo pulpar tem para responder a um estímulo específico. Estes testes não fornecem nenhuma informação sobre a presença ou ausência de uma eficiente vascularização da polpa, sendo um dos aspetos mais relevantes a determinar, quando se tenta determinar o estado de saúde pulpar. ^(5,10,12,28)

Os testes de vitalidade pulpar não podem ser interpretados com precisão, sem o recurso a radiografias periapicais, uma vez que, por exemplo, uma possível calcificação do canal radicular, pulpotomias prévias, coroas de porcelana, entre outros fatores, podem levar a resultados não confiáveis. ^(10,12,29)

Concluindo-se assim que, uma boa qualidade do exame radiológico é essencial para o diagnóstico diferencial das lesões endodônticas e periodontais.

Com um bom exame radiológico podemos determinar o tamanho, forma, extensão da lesão, perda óssea, entre outras doenças e fatores locais agravantes que possam estar presentes, como lesões de cárie, infiltrações bacterianas em restaurações com resina composta antiga, entre outros. ^(10,12)

Quando usados de forma conjunta, o exame radiográfico e os testes de vitalidade pulpar ajudam, também, a diferenciar lesões odontogénicas e não odontogénicas.

Assim como é essencial no diagnóstico da lesão, o exame radiográfico é também de extrema importância para o controlo clínico, de forma a avaliar a resposta de cura da lesão após o tratamento. ⁽¹²⁾

4.5 TRATAMENTO DAS LESÕES ENDO-PERIODONTAIS

As doenças endodônticas e periodontais têm uma etiologia multifatorial, que pode ser determinante no sucesso da terapêutica adotada.

Numa lesão endo-periodontal existe ainda a inter-relação que as duas estruturas, polpa-periodonto, vão estabelecer entre si, tendo que ter em conta, que os efeitos de uma terapêutica numa das estruturas, vai influenciar a outra. Mas, mais do que ter em conta, os efeitos do tratamento realizado, deve-se ter cuidado para minimizar a probabilidade de cruzamento de organismos patogénicos, fazendo com que se criem as condições ótimas para um restabelecimento da saúde periapical e periodontal. ^(6,19-21,31)

O tratamento de uma lesão endo-periodontal deve ser interdisciplinar, ou seja, deve ser simultaneamente endodôntico e periodontal, embora deva ser devidamente planeado e sequenciado para evitar complicações.

Idealmente, ambas as infeções devem ser removidas antes do selamento radicular e o tratamento deve seguir os protocolos adequados.

O tratamento endodôntico é o primeiro passo para o tratamento destas lesões. Este deve ser realizado sempre sob isolamento absoluto de forma a garantir uma melhor assepsia do campo cirúrgico e assim contribuir para o sucesso do tratamento. ^(1,8,10,12)

A constante irrigação e permeabilização dos sistema de canais são dos passos mais importantes durante todo o tratamento. O hipoclorito de sódio (NaOCl) é o irrigante de eleição. A sua capacidade de dissolução tecidual e um largo espectro de atividade anti-microbiana, justificam o facto de ser o irrigante de eleição. ^(10,17,18,29,30,31)

Após preparo mecânico dos canais radiculares, é comum e aconselhado recorrer à medicação intracanal. Historicamente, eram utilizados preparados em que se procurava combinar uma ação antibiótica e anti-inflamatória para controlar a sintomatologia, reduzir a infeção e inflamação periapical, reduzindo a necessidade dos pacientes dependerem de analgésicos durante o tratamento. Atualmente, quando está indicada a utilização de medicação intracanal, deve ser utilizada pasta de hidróxido de cálcio. No caso de pulpite irreversível, a medicação intracanal alivia a dor de forma eficaz até que a obturação do canal radicular possa ser realizada. ^(12,28)

Após um período de observação, deve ser iniciado o tratamento periodontal. O objetivo é iniciar o tratamento periodontal enquanto o canal radicular está sob o efeito da medicação, já que isso cria um ambiente desfavorável para sobrevivência bacteriana. Normalmente, a raspagem e alisamento radicular não cirúrgico (cego) e higiene oral com

instruções específicas são, nesta fase, suficientes para uma boa gestão da lesão periodontal. ⁽¹²⁾

Se a resposta tiver sido favorável, podemos proceder à obturação do sistema de canais radiculares e à restauração definitiva. O paciente deve ser acompanhado em consultas para a manutenção do seu estado de saúde periodontal. O prognóstico destes casos, é favorável. ⁽¹²⁾

Por outro lado, se a resposta aos tratamentos periodontais e à medicação intracanal (que poderá ser renovada, ao longo de três meses), nunca for favorável, a exodontia deve ser considerada. ^(8,12,28)

Alguns dentes podem ter que ser submetidos a procedimentos, como apicectomia por exemplo, e nestes casos, a obturação deve ser realizada em primeiro lugar. ^(21,28-30)

O prognóstico de um dente afetado também pode ser melhorado aumentando o suporte ósseo, o que pode ser conseguido através de enxerto ósseo e da Regeneração Tecidual Guiada (RTG). Estas opções de tratamento avançadas são baseadas na resposta, por parte do organismo, ao tratamento endodôntico, e ao periodontal convencional durante um longo período de tempo. Foi provado que estes procedimentos de regeneração, no tratamento de lesões combinadas têm uma taxa de sucesso de aproximadamente 77%. ^(13,14)

Esta terapia também foi implementada nas cirurgias endodônticas como um tratamento combinado durante a abordagem clínica das lesões endo-periodontais. As decisões e a estratégia de tratamento, para a aplicação dos procedimentos regenerativos, são feitas em vários níveis, como o tratamento pré-cirúrgico, pós-tratamento endodôntico, intra-cirúrgico e pós-cirúrgico. ^(7,13,18,32,33)

4.6 PROGNÓSTICO

O prognóstico de dentes com lesões endo-periodontais é difícil de determinar, antes do tratamento. Assim, é essencial avaliar continuamente, a evolução da lesão após cada fase de tratamento, bem como após cada consulta de manutenção, de forma a permitir a cicatrização e estabilização dos tecidos.

O prognóstico depende de muitos fatores ⁽²²⁻²⁴⁾:

- etiologia primária das lesões;
- a quantidade de perda de aderência antes do tratamento;
- a resposta aos tratamento, por parte do paciente;
- eficácia dos procedimentos de higiene oral utilizados pelo paciente;
- motivação do paciente para realizar a manutenção dos tratamentos;
- a eficácia do tratamento.

As lesões endo-periodontais têm um mau prognóstico e, portanto, são mais propensas a exigir tratamento adicional, do que as lesões endodônticas e periodontais que não comunicam entre si. ^(23,24,29,32)

Contudo, é importante realçar que o prognóstico não pode ser facilmente determinado antes do tratamento, devido à etiologia multifatorial das lesões.

Como prognóstico a longo prazo, apesar do risco elevado de insucesso, é importante não condenar à priori, os dentes à exodontia, considerando todas as opções de tratamento possíveis.

É melhor fornecer todas as opções de tratamento inicial, as vezes que forem necessárias (por exemplo, instrumentação e desinfecção do canal, medicação intracanal e raspagens) antes de fazer quaisquer recomendações definitivas para outros procedimentos, especialmente cirurgias ou exodontia. ^(15,24)

Podemos conseguir um bom prognóstico, na maioria dos casos, se os tratamentos forem realizados com qualidade e de forma profissional e se houver manutenção regular, mas, como em todos aspetos da doença periodontal, o paciente deve levar procedimentos de higiene oral específicos para controlo de placa bacteriana, de forma a continuar o tratamento fora do consultório. ^(15,22-24)

5. CONCLUSÃO

A realização de um correto diagnóstico é um pré-requisito essencial para determinar o tratamento e um bom prognóstico a longo prazo. Este deve ser cuidadoso e assertivo, tendo em consideração a etiopatogenia associada.

A origem da lesão e as suas características é que vão determinar o tratamento a ser realizado, podendo este ser endodôntico, periodontal ou combinado.

O tratamento endodôntico é considerado de primeira linha, tendo como objetivo, conseguir remover o foco da infecção pulpar e selar hermeticamente os canais radiculares.

O tratamento endodôntico associado a tratamento periodontal não cirúrgico, cirurgias periodontais e/ou endodônticas, apicectomias e em último caso, a exodontia do dente afetado, são os tratamentos adequados para a resolução destas lesões.

Conclui-se que o perfeito conhecimento das lesões e a determinação da etiologia da lesão primária ditam o sucesso no tratamento do dente afetado. São lesões complexas e maioritariamente combinadas, exigindo uma abordagem bem direcionada e colaboração interdisciplinar entre a endodontia e a periodontologia para a sua resolução.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Singh P. Endo-Perio Dilemma : A Brief Review. 2011;8(1):39–47
2. Al-Fouzan KS. A new classification of endodontic-periodontal lesions. *Int J Dent.* 2014;2014.
3. Patil VA, Deshpande PS, Shivkumar PT. Endo-Perio lesion: An interdisciplinary approach. *Int. J. Dent. Clinics.* 2009;1(1):25-26.
4. Nanavati B, Bhavsar N V, Lecturer S, Road G. Endo periodontal lesion – A case report. *J Adv Oral Res.* 2013;4(1):23–7.
5. Aksel H, Serper A. A case series associated with different kinds of endo-perio lesions. *J Clin Exp Dent.* 2014;6(1):1–5.
6. Schmidt JC, Walter C, Amato M, Weiger R. Treatment of periodontal-endodontic lesions - A systematic review. *J Clin Periodontol.* 2014;41(8):779–90.
7. Fahmy MD, Luepke PG, Ibrahim MS, Guentsch A. Treatment of a periodontic-endodontic lesion in a patient with aggressive periodontitis. *Case Rep Dent.* 2016;2016.
8. Tripi TR. Endo-perio lesion : Diagnosis , prognosis and decision-making. *Endo L Engl.* 2014;7(2):105–27.
9. Lačević A. Correlation of periodontal pathogens in concurrent endodontic-periodontal diseases. *Arch Oral Dent Res [Internet].* 2015;2(May 2016):1–5.
10. Jivoinovici R, Suciú I, Dimitriu B, Perlea P, Bartok R, Malita M, et al. Endo-periodontal lesion – endodontic approach. *J Med Life.* 2014;7(4):542–4.
11. Daultabadkar A. Periodontics Endo- perio lesion with an unusual etiology- A case report Abstract. *Clin Dent.* 2013;(March):35–9.
12. Abbott P V., Salgado JC. Strategies for the endodontic management of concurrent endodontic and periodontal diseases. *Aust Dent J.* 2009;54:S70–85.

13. Oh SL, Fouad AF, Park SH. Treatment Strategy for Guided Tissue Regeneration in Combined Endodontic-Periodontal Lesions: Case Report and Review. *J Endod* [Internet]. 2009;35(10):1331–6.
14. Mali R, Vishakha, Lele P. Guided tissue regeneration in communicating periodontal and endodontic lesions - A hope for the hopeless! *J Indian Soc Periodontol* [Internet]. 2011;15(4):410.
15. Gupta S, Tewari S, Tewari S, Mittal S. Effect of time lapse between endodontic and periodontal therapies on the healing of concurrent endodontic-periodontal lesions without communication: A prospective randomized clinical trial. *J Endod* [Internet]. 2015;41(6):785–90.
16. Didilescu AC, Rusu D, Anghel A, Nica L, Iliescu A, Greabu M, et al. Investigation of six selected bacterial species in endo-periodontal lesions. *Int Endod J*. 2012;45(3):282–93.
17. Verma PK, Srivastava R, Gupta KK, Srivastava A. Combined endodontic - periodontal lesion: A clinical dilemma. *J Interdiscip Dentistry* 2011;1:119-24.
18. Kambale S., Aspalli N., Munavalli A., Ajgaonkar N., Babannavar R. A Sequential Approach in Treatment of Endo-Perio Lesion A Case Report. *J Clin Diagn Res*. 2014 Aug; 8(8): ZD22–ZD24.
19. Nagrale, S., Gaikwad, RP., Banodkar, AB. Management of Periodontic – Endodontic lesion by Regenerative Therapy. Apr2013, Vol. 6 Issue 5, p54-56. 3p
20. Mashyakhy Mohammed H. Management of Endodontic-periodontal lesion: a simplified approach.. *Journal of Oral Health Research*, [S.l.], v. 6, n. 1, jan. 2015. ISSN 2229-6018
21. Varughese V, Mahendra J, Thomas AR, Ambalavanan N. Resection and regeneration – A novel approach in treating a perio-endo lesion. *J Clin Diagnostic Res*. 2015;9(3):ZD08-ZD10.
22. Chandra A. Discuss the factors that affect the outcome of endodontic treatment. *Aust Endod J*. 2009;35(2):98–107.
23. Sætervold H., Bruseth A. M., Ørstavik D., R Preus H. Survival of endodontically treated teeth with severe periodontal involvement. *Perio* 2008;5(1):15–20

24. Chowdhary V. Salvation of tooth with deep palatogingival Groove. *Clinical Dentistry*, Mumbai Sep. 2012
25. Jivoinovici R, Suciu I, Gheorghiu I, Suciu I. Clinical radiological aspects of primary endodontic lesions with secondary periodontal involvement. *J Med Life* [Internet]. 2017;10(1):70–5.
26. Pundir A. J., Pundir S. Salvaging of a True Endo-Perio Lesion. *J Int Dent Med Res* 2012; 5: (2), pp. 110-113
27. Bashutski JD, Wang HL. Periodontal and Endodontic Regeneration. *J Endod* [Internet]. 2009;35(3):321–8.
28. He L, Kim SG, Gong Q, Zhong J, Wang S, Zhou X, et al. Regenerative Endodontics for Adult Patients. *J Endod* [Internet]. 2017;43(9):S57–64.
29. Kwon EY, Cho Y, Lee JY, Kim SJ, Choi J. Endodontic treatment enhances the regenerative potential of teeth with advanced periodontal disease with secondary endodontic involvement. *J Periodontal Implant Sci*. 2013;43(3):136–40.
30. Kumar R, Patil S, Hoshing U, Medha A, Mahaparale R. Non-surgical Endodontic Management of The Combined Endoperio Lesion. 2011;3(2):82–4.
31. Arora A, Goyal V, Sharma V, Gupta M, Mehta V. Fundamental In Treatment Of Endo-Perio Lesion-A Riview. *Int J Dent Clin*. 2012;4(1):45–6.
32. Karabucak B, Setzer FC. Conventional and Surgical Retreatment of Complex Periradicular Lesions With Periodontal Involvement. *J Endod* [Internet]. 2009;35(9):1310–5.
33. Naik M, Lambor R, de Ataide IN, Fernandes M. Treatment of combined endodontic: periodontic lesion by sealing of palato-radicular groove using biodentine. *J Conserv Dent* [Internet]. 2014;17(6):594.

CAPÍTULO II | RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO SUPERVISIONADAS

1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA

O Estágio em Clínica Geral Dentária (ECGD) foi realizado na Clínica Filinto Baptista, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, em Gandra, no concelho de Paredes, num período de 5 horas semanais, às quintas-feiras das 19h00-24h00, entre 11 de setembro de 2017 a 15 de junho de 2018, perfazendo um total de 280 horas de trabalho.

Este estágio foi supervisionado pela Professora Doutora Filomena Salazar e pela Professora Doutora Cristina Coelho, e numa fase posterior, pelo Professor Doutor João Batista, onde foram aplicados os conhecimentos adquiridos no decorrer dos 5 anos de curso, proporcionando as aptidões médico-dentárias necessárias para o exercício da profissão.

Na seguinte tabela, encontra-se o registo dos atos clínicos realizadas ao longo do ECGD:

ATO CLÍNICO	OPERADORA	ASSISTENTE	TOTAL
DENTISTERIA	8	9	17
EXODONTIAS	4	3	7
PERIODONTOLOGIA	5	1	6
ENDODONTIA	0	2	2
OUTROS	1	1	2
TOTAL			34

2. ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR

O Estágio em Clínica Hospitalar (ECH) foi realizado no Hospital Padre Américo do Vale do Sousa, sediado em Guilhufe, no concelho de Penafiel, num período de 3,5 horas semanais, às quintas-feiras das 14h00-17h30, entre 11 de setembro de 2017 a 15 de junho de 2018, perfazendo um total de 196 horas de trabalho.

Este estágio foi supervisionado pelo Mestre Gonçalo Castilho. A experiência de um atendimento clínico diverso, que só um ambiente hospitalar consegue proporcionar, tornou-se uma mais valia para a formação dos alunos. Pacientes polimedicados, portadores de

doenças sistémicas, com limitações cognitivas e/ou motoras, com patologias orais, portadores de doenças oncológicas - foram algumas das complexas realidades clínicas encontradas no dia a dia de trabalho, no ECH.

Na seguinte tabela, encontra-se o registo dos atos clínicos realizadas ao longo do ECH:

ATO CLÍNICO	OPERADORA	ASSISTENTE	TOTAL
DENTISTERIA	26	30	56
EXODONTIAS	23	24	47
PERIODONTOLOGIA	17	13	30
ENDODONTIA	3	6	9
OUTROS	6	9	12
TOTAL			154

3. ESTÁGIO SAÚDE ORAL E COMUNITÁRIA

A unidade curricular de Estágio de Saúde Oral e Comunitária (ESOC) contou com uma carga horária semanal de 3.5 horas, compreendidas entre as 09h00-12h30 de terça-feira, com um total de 196 horas de duração, com a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante.

Numa primeira fase do estágio, foi realizado um plano de atividades, que visava a motivação para a higiene oral, a definição do conceito de saúde oral e o esclarecimento de dúvidas acerca das doenças e problemas inerentes à cavidade oral. Estes objetivos seriam alcançados através de sessões de esclarecimento junto dos grupos abrangidos pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO).

Numa segunda fase do Estágio em Saúde Oral e Comunitária começou-se a implementar o PNPSO junto das crianças inseridas no ensino pré-escolar e primeiro ciclo do ensino básico, da Escola Básica de Cabeda, integrada no Agrupamento de Escolas de Alfena, no concelho de Valongo.

Para além das atividades inseridas no PNPSO, realizou-se um levantamento de dados epidemiológicos recorrendo a inquéritos fornecidos pela OMS num total de 178 crianças, com idades compreendidas entre os 3 e 12 anos, inscritas na Escola Básica de Cabeda, integrada no Agrupamento de Escolas de Alfena, no concelho de Valongo.

Na tabela encontram-se as atividades realizadas ao longo deste estágio, pelo quadrinómio (Adriana Nogueira, 19766-Rita Silva, 19947-Ana Francisca Conceição, 21823-Tânia Carvalho, 19816) :

MÊS	DIA	LOCALIZAÇÃO	ATIVIDADE
JANEIRO	30	EB1 CABEDA	-Aprovação do cronograma -Verificar condições para realizar a escovagem dentária
FEVEREIRO	6	EB1 CABEDA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Atividade didática com dentinhos de madeira ilustrados, para educar para uma boa saúde oral
	13	PAUSA LETIVA	CARNAVAL
	20	EB1 CABEDA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Atividade didática com imagem de uma boca imprimida numa mica, ilustrada com bactérias para ser demonstrada a vantagem de uma escovagem diária.
	27		-Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. (23 alunos)
MARÇO	6	EB1 CABEDA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Atividade didática com imagem de uma boca imprimida numa mica, ilustrada com bactérias para ser demonstrada a vantagem de uma escovagem diária.

MARÇO	13	EB1 CABEDA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Atividade didática com dentinhos de madeira ilustrados, para educar para uma boa saúde oral
	20		-Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. (20 alunos)
	26	IUCS	FÉRIAS DA PÁSCOA
ABRIL	6	IUCS	FÉRIAS DA PÁSCOA
	10	EB1 CABEDA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Atividade didática com dentinhos de madeira ilustrados, para educar para uma boa saúde oral
	17		REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Atividade didática com jogo de tabuleiro para educar para uma boa saúde oral
	24		-Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. (25 alunos)
MAIO	1	PAUSA LETIVA	FERIADO
	6		QUEIMA DAS FITAS
	15	EB1 CABEDA	REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES -Atividade didática com jogo de tabuleiro para educar para uma boa saúde oral -Implementação e acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar. -Levantamento de dados epidemiológicos. (23 alunos)
22	-Acompanhamento da escovagem dentária em ambiente escolar.		

MAIO	29	EB1 CABEDA	REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES - Reunir os alunos para visualizarem um vídeo educativo sobre a boca e os dentes, da coleção "Era uma vez o Corpo Humano"
-------------	----	-------------------	--