

Instituto Universitário de Ciências de Saúde – Norte

Relatório Final de Estágio

TRATAMENTO DA ALVEOLITE PÓS-EXTRACIONAL

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde
de
Diana Alexandra Ribeiro Gonçalves

Orientadora:
Prof. Doutora
Cristina Coelho

DECLARAÇÃO

Eu, Cristina Coelho com a categoria profissional de Professora Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "Tratamento da Alveolite Pós-extracional", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Diana Alexandra Ribeiro 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, 29 julho 2016

A Orientadora



Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

À professora Cristina Coelho, pela sua orientação, disponibilidade, pelo conhecimento que transmitiu, pelas opiniões e críticas, total colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo deste trabalho.

A todos os docentes da instituição que ao longo destes anos me transmitiram uma formação de qualidade e todo o conhecimento possível.

Aos meus amigos e colegas que estiveram do meu lado nesta fase, pelo companheirismo, força e apoio em certos momentos difíceis e por todas as palavras de incentivo e carinho.

Por último, tendo consciência de que sozinha nada disto seria possível, dirijo um agradecimento especial aos meus pais e irmã por serem modelos de coragem, pelo apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrados, e acima de tudo total ajuda na superação de todas as dificuldades que foram surgindo.

Resumo

A alveolite é uma das complicações pós-operatórias mais comuns decorrentes da extração dentária. Esta patologia resulta da perturbação da cicatrização normal após a extração, o que vai comprometer a normal remodelação e reparação óssea.

Por ter repercussões bastante desfavoráveis para o paciente e por afetar grandemente o prestígio profissional é fundamental que o médico dentista esteja apto para realizar o seu diagnóstico, prevenção e tratamento de forma adequada.

Dada a natureza controversa dos diversos fatores associados à alveolite, esta revisão narrativa tem como objetivo efetuar uma atualização do tema, abordando diferentes aspetos, desde a etiopatogenia ao diagnóstico e prevenção, reforçando sobretudo as melhores formas de tratamento.

Realizou-se uma pesquisa na Pubmed/medline com as seguintes palavras-chave "dental extraction; dry socket; alveolar infection; alveolar osteitis" da qual resultaram 47 artigos. Seguidamente introduziram-se os termos "risk factors of alveolar osteitis; incidence of alveolar osteitis" e obtiveram-se 79 artigos. Com " treatment and prevention of alveolar osteitis" resultaram 272 artigos. Dos 398 artigos obtidos excluíram-se os que não se adequavam ao estudo e obtiveram-se 50, dos quais foram selecionados apenas 26 referentes aos últimos 10 anos. Excecionalmente introduziu-se um artigo de 2002 pela sua relevância para o tema.

Concluiu-se deste estudo que os principais fatores a ter em conta na prevenção e tratamento da alveolite seca/osteíte alveolar são, evitar o trauma operatório e utilizar gel de clorhexidina 0,2% no alvéolo pós-extração. A curetagem não está recomendada e a antibioterapia sistémica deve ser usada com moderação.

Palavras-chave: *Alveolitis, dental extraction, alveolar infection, alveolar osteitis, risk factors of alveolar osteitis, incidence of alveolar osteitis, treatment and prevention of alveolar osteitis.*

Abstract

The dry alveolitis is one the most common postoperative complications resulting from tooth extraction. This disease results from disruption of normal healing after extraction, which will compromise the normal remodeling and bone repair.

By having very unfavorable repercussions for the patient and greatly affect the professional prestige, it is essential that the dentist is able to make an appropriate diagnosis, to improve prevention and treatment.

Given the controversial nature of the various factors associated with alveolitis, this narrative review aims to make an update, addressing different aspects, from the pathogenesis to diagnosis and prevention and especially reinforcing the better treatment. We conducted a search on Pubmed / Medline with the following keywords "dental extraction; dry socket; alveolar infection; alveolar osteitis "which resulted in 47 articles. Then the terms were introduced "risk factors of alveolar osteitis; incidence of alveolar osteitis "and yielded 79 articles. By "treatment and prevention of alveolar osteitis" are resulted 272. Of the 398 articles obtained the were excluded who did not fit the study and were obtained 50 of which were selected only 26 for the last 10 years. Exceptionally we have introduced a 2002 article by its relevance to the topic.

It is concluded from this study that the main factors to be considered in the prevention and treatment of dry socket / alveolar osteitis are to avoid the operative trauma and using 0.2% chlorhexidine gel to the extraction wound. The curettage is not recommended and systemic antibiotic therapy should be used moderately.

Keywords: dry socket, dental extraction, alveolar infection, alveolar osteitis, risk factors of alveolar osteitis, incidence of alveolar osteitis, treatment and prevention of alveolar osteitis.

Índice

Capítulo I	1
TRATAMENTO DA ALVEOLITE PÓS-EXTRACIONAL	1
1. Introdução	1
2. Metodologia	2
3. Conceito	3
4. Epidemiologia.....	3
5. Etiopatogenia	4
6. Fatores de risco	6
6.1 Género.....	6
6.2 Trauma e inexperiência do operador.....	7
6.3 Irrigação e Curetagem excessiva do alvéolo	8
6.4 Hábitos Tabágicos	8
6.5 Raízes e sequestros ósseos	9
6.6 Anestesia local com vasoconstritor.....	9
6.7 Higiene Oral.....	9
7. Diagnóstico.....	9
8. Prevenção.....	10
8.1. Agentes antissépticos.....	10
8.2. Agentes antibacterianos.....	11
8.3. Agentes Antifibrinoliticos/ agentes de suporte do coágulo.....	12
9. Tratamento.....	13
9.1. Analgésicos e anti-inflamatórios	13
9.2. Irrigação do alvéolo e curetagem.....	14
9.3. Medicação intra-alveolar.....	14
9.4. Antibióticos.....	16
9.5. Antissépticos.....	16
9.6. Laser	17
10. Conclusão	18
11. Bibliografia	19

Capítulo II	23
1. Introdução	23
2. Relatório das atividades das disciplinas de estágio:	23
2.1. Estágio em Clínica Geral Dentária	23
2.2. Estágio Hospitalar.....	23
2.3. Estágio de Saúde Oral Comunitária.....	24
3. Considerações Finais das Atividades de Estágio	24
4. Anexos	25

Capítulo I

Fundamentação Teórica

TRATAMENTO DA ALVEOLITE PÓS-EXTRACIONAL

1. Introdução

A alveolite seca é a complicação pós-operatória mais frequente como resultado de uma alteração na cicatrização da ferida alveolar após uma extração dentária.¹

Conforme citado por Cardoso em 2010, a alveolite foi descrita pela primeira vez por Crawford em 1876. A partir desta altura outros termos foram utilizados como sinónimos, tais como, osteíte alveolar, osteíte localizada, alveolagia, alveolite dolorosa seca, alveolite necrótica, osteomielite localizada, alveolite fibrinolítica, entre outros.²

A alveolite tem uma incidência global de 3-5% para todas as extrações. No entanto, é relatado ter uma incidência muito maior na extração de terceiros molares mandibulares de 25 a 30%.³

Blum em 2002, descreveu alveolite como sendo a presença de “dor pós-operatória em torno do local da extração, que aumenta em termos de gravidade em qualquer altura entre um a três dias após a extração, acompanhada por um coágulo de sangue parcial ou totalmente desintegrado dentro do alvéolo, com ou sem halitose”.⁴

O diagnóstico é feito geralmente no segundo ou terceiro dia após a extração dentária, quando o quadro clínico é extremamente desconfortável para o paciente, acompanhado de dor intensa, pulsátil e não controlada pela ação de analgésicos. Além da dor, a presença de um alvéolo vazio e a halitose são os principais achados clínicos da alveolite.⁵

A ocorrência da alveolite numa cirurgia oral em prática dentária é imprevisível.⁶ A hipótese mais amplamente aceite para o seu surgimento foi o aumento fibrinolítico e a desintegração do coágulo de sangue desencadeado pela infeção e / ou trauma cirúrgico como fatores etiológicos.⁷

Além disso, outros fatores são considerados como predisponentes para a ocorrência de alveolite, incluindo o sexo feminino, o uso do tabaco, contraceptivos orais, pouca experiência do operador, dentes mandibulares, irrigação ou curetagem excessiva do alvéolo após extração.⁷

A maioria dos autores concorda que o principal objetivo do tratamento da alveolite, é o controlo da dor, até início da cicatrização normal, e na maioria, os tratamentos locais são bastante satisfatórios.⁸ Várias intervenções farmacológicas têm sido estudadas na prevenção de alveolite, tais como agentes antibacterianos, antissépticos e antifibrinolíticos, pensos alveolares, agentes esteróides anti-inflamatórios, agentes de suporte do coágulo e recentemente plasma rico em fatores de crescimento.⁸

A condição pode resultar em mais visitas ao médico dentista e outros inconvenientes, tais como tempo de trabalho perdido tanto para o paciente como para o médico dentista.⁹ Pelo menos 45% dos pacientes terão quatro ou mais consultas, a fim de alcançar uma completa solução dos sintomas.⁷

Sendo a alveolite uma complicação frequente com repercussões bastante desfavoráveis, este trabalho tem como objetivo apresentar uma atualização dos conhecimentos acerca do conceito, epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico, prevenção e tratamento.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa na Pubmed/medline com as seguintes palavras-chave "dental extraction; dry socket; alveolar infection; alveolar osteitis" da qual resultaram 47 artigos. Seguidamente introduziram-se os termos "risk factors of alveolar osteitis; incidence of alveolar osteitis" e obtiveram-se 79 artigos. Com "treatment and prevention of alveolar osteitis" resultaram 272 artigos. Dos 398 artigos obtidos excluíram-se os que não se adequavam ao estudo e obtiveram-se 50, dos quais foram selecionados apenas 26 referentes aos últimos 10 anos. Excepcionalmente introduziu-se um artigo de 2002 pela sua relevância para o tema.

3. Conceito

A alveolite é a complicação pós-operatória mais frequente após uma extração dentária. A primeira vez que este termo apareceu na literatura foi em 1896 e a partir daí foram surgindo vários sinónimos para esta condição, tais como alveolite seca dolorosa, alveologia, osteomielite ou osteíte fibrinolítica e osteíte alveolar localizada.¹⁰ Apesar de ao longo dos anos, o termo osteíte fibrinolítica ter ganho vários adeptos, a verdade é que a designação de osteíte alveolar / alveolite seca é a que permanece na atualidade.^{2,1,6}

Em termos de definição de alveolite, também se verifica nas revisões de literatura, que não foi muito fácil chegar a um consenso. Segundo Blum, nos 30 anos que antecederam a 2002 foram propostos por diferentes autores 17 definições de alveolite. Baseado no princípio de que este facto poderia colocar dificuldades em termos de diagnóstico, Blum apresentou uma definição *standard* que poderia ser usada universalmente: “ A osteíte alveolar é uma dor pós-operatória dentro e à volta do alvéolo dentário, a qual aumenta em severidade em algum momento entre o 1º e o 3º dia pós-extração, acompanhado de uma desintegração parcial ou total do coágulo sanguíneo intra-alveolar, acompanhado ou não de halitose.¹¹

4. Epidemiologia

A frequência de alveolite tem sido objeto de vários estudos, sendo que alguns apresentam resultados discutíveis, devido à falta de consistência de critérios objetivos desenho do estudo e variáveis utilizadas.

Segundo Blum, a incidência de alveolite varia entre 3 a 4% para as extrações de rotina e variam entre 1 a 45% para os 3^{os} molares inferiores.¹¹

Num estudo de Ricieri realizado em consultórios dentários de Araçatuba (Brasil), através de um questionário respondido por 100 médicos dentistas generalistas, verificou que estes referiram observar alveolite em 53% dos seus casos, no entanto não é possível determinar com rigor a incidência de alveolite, uma vez que estes profissionais não conseguiram estabelecer uma relação entre o número de extrações dentárias e alveolites durante o seu percurso profissional.⁵

Kolokytha na sua revisão em 2010 reporta que para extrações dentárias de rotina a incidência de alveolite situa-se entre os 0,5 a 5% enquanto que a incidência para exodontias de 3^{os} molares inferiores varia entre 1 a 37,5%, referindo ainda que as exodontias cirúrgicas aumentam o risco de alveolite em 10 vezes comparativamente às não cirúrgicas, sendo que este dado é consensual com a maioria dos estudos efetuados.^{2,1,6,7,12}

5. Etiopatogenia

A alveolite ou osteíte alveolar, tal como foi definida no item precedente pode ter a sua origem em múltiplos fatores que podem influenciar a sua ocorrência.³

A hipótese mais aceite para a ocorrência da alveolite é um aumento da desintegração fibrinolítica do coágulo provocada ou por infeção ou por trauma.

Sheikh em 2010 refere a importância das bactérias no desenvolvimento dos sintomas de alveolite, onde os pacientes com má higiene oral e infeções orais pré-existentes apresentariam uma maior predisposição para o desenvolvimento desta complicação.¹³ Para comprovar o papel de certas bactérias no desenvolvimento de alveolite, Rodrigues (2011) realizou um estudo experimental em ratos, no qual um dos grupos foi infetado no alvéolo por uma secreção supurativa de ratos dadores que continham os seguintes microrganismos, *Capnocytophaga ochracea*, *Fusobacterium nucleatum ss nucleatum*, *Prevotella melaninogenica*, *Streptococcus anginosus*, *Treponema socranskii* e *Streptococcus sanguis*. Enquanto o grupo de controlo teve uma formação normal do coágulo, o grupo de estudo que foi infetado pela secreção supurativa desenvolveu alveolite. Concluiu que este modelo animal mimetiza as características de uma alveolite supurativa com envolvimento sistémico e distúrbio alveolar e que o facto do grupo infetado apresentar níveis elevados de Proteína C Reativa (PCR) prova o potencial da infeção induzida experimentalmente, o que permite estudar modalidades preventivas e curativas de alveolite em alvéolos infetados e não infetados.⁷

O trauma e dificuldade cirúrgica é outro dos agentes etiológicos de alveolite, sendo sobretudo importante nos casos da exodontia de 3^{os} molares mandibulares, onde normalmente é necessário a realização de retalho, remoção óssea que pode ser excessiva, e que pode conduzir a uma maior compressão óssea dificultando a penetração vascular podendo mesmo conduzir à trombose dos vasos circundantes.¹³

Importa agora explicar o processo fisiopatológico de alveolite. Numa situação normal, após a extração dentária o alvéolo deve-se encher completamente de sangue para formar um coágulo sanguíneo, que se organizará a partir do 3^o dia. Num processo de alveolite, devido a uma ausência de vasos sanguíneos que não permitem uma proliferação dos capilares, leva à não organização do coágulo porque facilmente se desintegra. Consequentemente, a perda do coágulo sanguíneo expõe o osso alveolar e um processo infeccioso pode ocorrer, uma vez que este está mais vulnerável à entrada de microrganismos.¹

Do exposto, pode verificar-se que a intervenção das bactérias bem como a formação ou desintegração do coágulo são fenómenos que constituem os dois fatores major para o desenvolvimento de alveolite o que conduziu ao aparecimento de duas teorias etiopatogénicas, a bacteriana e a fibrinolítica.

- 1) Teoria bacteriana: explicada pela existência de um elevado número de bactérias, na sua maioria anaeróbias, tanto no pré como no pós-operatório, entre as quais se podem destacar *Actinomyces viscosus* e *Streptococcus mutans* que demonstraram em modelos animais um atraso na cicatrização alveolar pós-extração. Nestes pacientes, a dor alveolar, parece estar relacionada com o efeito das toxinas bacterianas nas terminações nervosas do alvéolo. A suportar esta teoria teríamos o efeito que o uso de agentes antimicrobianos apresenta na redução do aparecimento de alveolite.¹⁰
- 2) Teoria fibrinolítica: conhecida também por teoria de Birn, conforme citado por Veale em 2015, sugere que um trauma prolongado durante uma extração, ou, na verdade a infeção do alvéolo, provoca um aumento da inflamação localizada no interior do osso, que leva à libertação de ativadores locais do plasminogénio.

Estes ativadores facilitam a conversão de plasminogénio em plasmina, que rompe a fibrina e leva à lise do coágulo sanguíneo. Por sua vez a plasmina, desempenha um papel ativo na produção de cininas, que não só propagam o processo de inflamação, estimulando a libertação de mediadores inflamatórios, como também desempenham um papel importante na sensibilização e estimulação dos recetores da dor. Todos estes fatores combinam com as principais características da alveolite: a quebra do coágulo e a intensa dor. A somar a estes fatores foi verificado ainda que algumas bactérias também possuem atividade fibrinolítica. Exemplo destas bactérias são *Treponema denticola*, que possui uma enzima designada por fibrinolisinase e *Prevotella oralis* que liberta proteases que tem a capacidade de converter o plasminogénio em plasmina de modo a aumentar a fibrinólise.³

6. Fatores de risco

São vários os fatores de risco ou fatores predisponentes à alveolite que se encontram descritos na literatura e que geralmente têm uma atuação conjunta. Entre eles, iremos destacar: 6.1) Género, 6.2) Trauma e inexperiência do operador, 6.3) Hábitos tabágicos, 6.4) Raízes e sequestros ósseos, 6.5) Anestesia local com vasoconstritor e 6.6) Higiene oral.

6.1 Género

Segundo Bowe 2011, antes dos anos 60, a incidência de alveolite era similar entre homens e mulheres. No entanto, após este tempo notou-se que as mulheres que tomavam contraceptivos apresentavam uma maior predisposição para a alveolite. Isto porque o estrogénio nos contraceptivos orais aumentam a atividade fibrinolítica no plasma, devido aos níveis elevados de plasminogénio, contribuindo assim para a instabilidade do coágulo.⁴

Estes dados foram também demonstrados por Eshghpour num estudo realizado na Nigéria sobre incidência e fatores de risco de alveolite, num total de 189 pacientes que realizaram 256 exodontias, com idades compreendidas entre 18 e 48 anos de idade. Eshghpour verificou que as mulheres que tomavam contraceptivos apresentavam um aumento da incidência de alveolite. Por outro lado, verificou um aumento desta mesma incidência entre o 8º e 21º dia de um ciclo menstrual de 28 dias, que poderia ser explicado pelo aumento do nível de estrogénio na circulação sanguínea durante este período.¹⁴

6.2 Trauma e inexperiência do operador

O excesso de trauma durante uma extração aumenta a incidência de alveolite.¹³ Os traumatismos são muitas vezes provocados durante as exodontias e, na sua maioria são originados por causas iatrogénicas, como a realização de manobras bruscas, dilaceração dos tecidos gengivais, osteotomias sem irrigação, e curetagens não necessárias.¹⁵

Um estudo de revisão de Lagares, refere que um maior trauma cirúrgico pode produzir um atraso na reparação do alvéolo podendo produzir uma trombose dos vasos sanguíneos subjacentes, provocando uma menor resistência à infeção por parte do osso alveolar.¹⁰

Bortoluzzi, no seu estudo sobre a incidência de alveolite, infeção aguda, edema e dor por mais de dois dias após uma extração dentária, realizada na Universidade do Oeste de Santa Catarina (Brasil), verificou que o aumento da incidência de alveolite estava mais relacionado com a osteotomia e o trauma ou dificuldade cirúrgica do que propriamente fatores relacionados com o paciente.¹⁶

Larsen citado num estudo de revisão de Kolokythas, concluiu que, a inexperiência do médico dentista pode estar relacionada com um maior trauma durante a extração, especialmente na extração de terceiros molares inferiores. A habilidade e experiência do operador devem ser tidas em consideração como fatores de risco da alveolite.¹²

6.3 Irrigação e Curetagem excessiva do alvéolo

Tem sido postulado que irrigações intraoperatórias inadequadas do alvéolo, podem interferir com a formação do coágulo sanguíneo e dar origem a uma infecção.^{1,11} Da mesma forma, uma curetagem violenta pode ser prejudicial para o osso alveolar. Apesar de haver uma certa concordância, não existem, no entanto dados científicos suficientes acerca destes procedimentos, que justifiquem estes fatores, até porque é difícil de medir a energia e a agressividade aplicada na irrigação e na curetagem pelos diferentes intervenientes.^{1,11}

6.4 Hábitos Tabágicos

Os hábitos tabágicos são um fator predisponente importante na incidência de alveolite, descritos na literatura de forma bastante consensual.^{1, 3, 14, 12, 13, 10}

Segundo Blum, a explicação de que o tabaco seja considerado um fator predisponente para o aparecimento de alveolite pode ser dada pela introdução de substâncias estranhas que podem atuar como contaminantes da loca cirúrgica e/ou pela sucção aplicada ao cigarro que pode romper o coágulo e interromper a cura. Este autor demonstrou que a taxa de alveolite aumenta 20% em pacientes que fumam mais de um maço por dia (vinte cigarros), e que este aumento passa a ser de 40% em pacientes que fumam no dia da extração dentária.¹¹

Eshghpour, no seu estudo sobre incidência e fatores de risco da alveolite na população iraniana em terceiros molares inclusos, também encontrou uma incidência, significativamente, maior em pacientes fumadores que em ex-fumadores ou não fumadores, respetivamente de 30,4%, 15,4% e 14,8%.¹⁴

É de salientar que este fator de risco pode ser facilmente evitável se forem prestadas informações sobre cuidados pós-operatórios aos pacientes, como a cessação de fumar nas primeiras 24 horas após a extração e que estes cumpram as recomendações.

6.5 Raízes e sequestros ósseos

Embora tenha sido admitido quer por Cardoso em 2010, quer por Blum em 2002, que a retenção de raízes e sequestros ósseos possam predispor ao aparecimento de alveolite, a verdade é que não existem estudos suficientes que o comprovem, sendo por isso um tema que poderia ser objeto de estudos futuros.^{2,11}

6.6 Anestesia local com vasoconstritor

Apesar de ao longo dos tempos, alguns autores referirem que a utilização de anestesia local, sobretudo intraligamentar, poderia ser um fator predisponente para a alveolite, não existe suporte científico que comprove esta relação.^{2, 11, 12}

6.7 Higiene Oral

A higiene oral desempenha um papel extremamente importante na prevenção de uma grande parte das patologias orais, e consequentemente na prevenção de alveolite pós-extração. Por esta razão é importante ser cuidadoso na planificação da extração em pacientes com risco de desenvolver alveolite, sobretudo naqueles que apresentam uma baixa condição de higiene oral.²

7. Diagnóstico

A alveolite seca, caracteriza-se pela existência de um alvéolo vazio, sem presença de coágulo sanguíneo, com as paredes ósseas expostas e as margens gengivais separadas.¹⁰ Após a exodontia, o coágulo perde-se prematuramente originando numa primeira fase uma cor acinzentada, para desaparecer totalmente logo de seguida. Ainda que não se verifique supuração, a dor está presente de forma aguda e violenta, aumentando com a sucção ou com a mastigação e persistindo durante vários dias. Frequentemente a dor

irradia para o ouvido ou zona temporal, conforme a exodontia seja de dentes inferiores ou superiores respetivamente. Podem ocorrer ainda nesta fase adenopatias, embora o seu aparecimento seja menos frequente.¹⁰

O quadro de alveolite geralmente surge no 2º ou 3º dia após a extração e embora a sua duração seja variável dependendo da sua severidade, é referido por Blum que pode variar entre 5 a 10 dias e por Torres-Lagares entre 10 a 15 dias.^{10, 11}

Em termos radiográficos não se observam alterações importantes, sendo que nas fases mais avançadas podem ser detetadas áreas de rarefação que vão desde a cortical alveolar até alcançar o tecido ósseo adjacente. Além destes aspetos referidos, frequentemente estes casos são acompanhados de odor fétido, com edema na zona.¹⁰

8. Prevenção

Vários investigadores têm procurado encontrar o melhor método para a prevenção da alveolite.¹² No entanto devido às controvérsias que ainda existem relativamente à sua etiopatogenia e diagnóstico ainda não se conseguiu até hoje consenso relativamente à utilização de um método universalmente aceite para a sua prevenção, apesar de alguns terem sido propostos:

8.1. Agentes antissépticos

No âmbito dos antissépticos utilizados para a prevenção de alveolite, podemos destacar a clorhexidina, uma bisguanida que pode ser utilizada sob a forma de gel bioadesivo ou sob a forma de elixir e que apresenta um largo espetro antimicrobiano, abrangendo tanto patogénios aeróbios como anaeróbios.¹⁷ Devido a ser bem tolerada pelo sistema imunológico, não está associada normalmente ao aparecimento de resistência nos microrganismos e tem sido bastante estudada como uma forma de prevenção da alveolite. Tem sido defendido que devido ao seu poder antisséptico, a clorhexidina em elixir poderia ser útil por permitir uma redução da quantidade de microrganismos na saliva de mais de 95%, no entanto, há quem defenda a utilização de clorhexidina apenas em gel, uma vez

que o bochecho aplicado nas primeiras 24 horas pós-cirúrgicas podia evitar o descolamento do coágulo.²

Num estudo realizado por Requena-Calla onde foi colocado num grupo de 20 pacientes gel de clorhexidina a 0,12% e em 20 pacientes no grupo controlo gel placebo imediatamente após a extração de 3^{os} molares inferiores, concluiu que não existiam diferenças significativas entre os dois grupos no que respeita ao aparecimento de alveolite mas que existiam diferenças significativas em relação ao aparecimento de dor nos 5 dias posteriores à exodontia. Concluíram ainda que a clorhexidina intra-alveolar poderia gerar uma melhor resposta pós-operatória relativamente à dor pós cirurgia de 3^{os} molares.¹⁸

A corroborar esta teoria, num artigo de revisão de Tarakji em 2015, este autor refere que em 8 de 12 artigos consultados sobre o efeito do uso de clorhexidina na prevenção de osteíte alveolar, todos reportaram que a clorhexidina pós-operatória seja sob a forma de elixir seja sob a forma de gel, diminuía a incidência de osteíte alveolar.⁶

Num estudo de Palau sobre a aplicação de gel de clorhexidina a 0,2% após a extração de 3^{os} molares, utilizando um grupo de estudo e um grupo de controlo, concluiu que o grupo de estudo onde foi colocado o gel de clorhexidina apresentou uma redução de osteíte alveolar de 22% apesar de não ter verificado uma diferença estatisticamente significativa no grupo de controlo. Do mesmo modo, younus (2014) verificou que a aplicação tópica de gel de clorhexidina, após extração de 3^{os} molares mandibulares, reduz significativamente a incidência de alveolite seca.⁸

8.2. Agentes antibacterianos

Uma das opções que tem sido muito discutida na prevenção de alveolite é a utilização de antibióticos, seja localmente seja por via sistémica isoladamente ou juntamente com corticosteroides.¹⁰ De notar que os antibióticos devem ser reservados sobretudo para pacientes que apresentam história de alveolites múltiplas ou pacientes imunocomprometidos.

Segundo referido por Sheikh, há estudos que mostram resultados favoráveis com a utilização de Penicilina, Clindamicina e Metronidazol, enquanto que outros, não encontraram diferenças significativas entre a incidência de alveolite e a utilização de

antibioterapia sistêmica.¹³ Para este mesmo autor, enquanto que a utilização de antissépticos na prevenção de alveolite mostrou uma redução na ordem dos 50% após a extração de 3^{os} molares, sendo considerada uma ótima medida de prevenção, o mesmo não se aplica à utilização de antibióticos sistêmicos, sendo assim bastante discutível a sua utilização preventiva, até pelos efeitos secundários associados e o aumento que produzem na resistência das bactérias.¹³

Relativamente aos antibióticos de utilização tópica, no estudo de revisão de kolokythas é referido que dentro dos vários testados a Tetraciclina foi o que mostrou resultados mais promissores, no entanto os efeitos colaterais que foram reportados não tornam esta opção de prevenção de alveolite muito atrativa.¹²

8.3. Agentes Antifibrinolíticos/ agentes de suporte do coágulo

No que respeita aos agentes antifibrinolíticos na prevenção de alveolite, têm sido utilizados sobretudo o ácido tranexâmico e o ácido para-hidroxibenzóico (PHBA). A sua ação antifibrinolítica baseia-se na inibição tanto da plasmina como do plasminogénio. Embora estes dois agentes tenham sido investigados como agentes preventivos de alveolite não revelaram ter grande sucesso, apesar de o PHBA ser ligeiramente mais potente que o ácido tranexâmico podendo encontrar-se disponível em cones sob a designação comercial de Apernyl (Speiko^R Munster, Alemanha). Este medicamento é reabsorvível e contém por 3mg de PHBA 32mg de ácido acetilsalicílico.³ A existência do ácido acetilsalicílico no Apernyl introduziu alguma controvérsia relativamente a este produto já que o ácido acetilsalicílico podia ser elemento de confusão para avaliação do efeito do PHBA.³

Na prevenção de alveolite, Veale cita alguns trabalhos que foram realizados com plasma rico em fatores de crescimento que poderiam ser muito úteis na prevenção da alveolite, uma vez que, acelera o processo de cicatrização e reduz a intensidade da dor. Este procedimento implica ser retirado sangue do paciente e posteriormente ser centrifugado para retirar apenas a camada onde se encontram os fatores de crescimento. No entanto, pela dificuldade e exigências técnicas e materiais deste procedimento, não se pode considerar acessível a qualquer clínico.³

Resultante do estudo de Fabbro em 2014, sobre concentrado de plaquetas autólogo, é sugerido que este tem um efeito positivo na aceleração da cicatrização óssea, o que pode ser claramente demonstrado por avaliação radiográfica. Existe também evidência histológica de uma melhor qualidade óssea, bem como provas histo morfológicas de maior formação óssea nos primeiros 3 meses após a extração do dente, quando são utilizados estes concentrados de plaquetas.¹⁹

Algumas evidências sugerem que o uso de concentrados de plaquetas está associado com a redução de percepção de dor dos pacientes na primeira semana de pós-operatório.²

9. Tratamento

Atendendo que até hoje a etiologia de alveolite ainda não está bem definida, também não existem diretrizes específicas para o seu tratamento. Devido à intensa dor que provoca, o primeiro objetivo continua a ser o controlo da dor através de analgésicos potentes.²⁰

No entanto, a aceleração do processo de cura também deve ser considerado como um alvo secundário do tratamento, e para tal têm sido propostas várias medidas, tais como: Analgésicos e anti-inflamatórios, Irrigação do alvéolo e curetagem, Medicação intra-alveolar, Antibióticos tópicos e sistémicos, Antissépticos e Laser.

9.1. Analgésicos e anti-inflamatórios

A sua prescrição é necessária e adequada, uma vez que o principal objetivo da terapia na alveolite é o tratamento da dor.¹

Diversos autores sugerem desde o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), aos preparados de paracetamol com codeína.¹

Também tem sido sugeridos agentes anestésicos tópicos por demonstrarem uma redução mais controlada na dor e um efeito marginal maior, do que o medicamento tópico à base de eugenol, embora o resultado não seja estatisticamente significativo.³

9.2. Irrigação do alvéolo e curetagem

Segundo Carvalho e Poi, há consenso na literatura de que a limpeza cirúrgica do alvéolo (curetagem e irrigação) deve anteceder a introdução de pensos medicamentosos tópicos, de modo a proteger as paredes ósseas e combater a proliferação bacteriana.⁵ Sobre a curetagem na alveolite, a literatura traz relatos com resultados satisfatórios, como também algumas contraindicações do ponto de vista clínico, pela possibilidade de exacerbar o processo infeccioso.⁵

A curetagem e raspagem do osso alveolar não são recomendadas por Trejo, que suportado por vários estudos conclui que a intensa dor que ocasiona depois de realizada, sem a certeza de que o novo coágulo se mantenha no local desejado, não representa uma mais-valia no tratamento da alveolite.²¹

9.3. Medicação intra-alveolar

Para o tratamento local, intra-alveolar, existem múltiplas pastas disponíveis no mercado. Na sua maioria têm na sua constituição eugenol e glicerina, associados a antibióticos, lidocaína ou corticosteroides. Estas têm sido alvo de críticas, pois segundo alguns estudos a utilização da pasta de eugenol pode causar osteonecrose e atraso na cura óssea.²²

Um penso amplamente utilizado para o tratamento da alveolite é o Alvogyl, que contém o eugenol (analgésico e anti-inflamatório), iodofórmio (antimicrobiano), e butamem (Anestésico).²² O Alvogyl possui bons resultados no combate dos sintomas dolorosos da alveolite, os seus componentes deprimem os recetores envolvidos na perceção sensorial da dor inibindo a síntese de prostaglandinas. A presença de iodofórmio é vantajosa uma vez que, é considerado um bom antisséptico, no entanto apesar de ser um tratamento de eleição, é um material que não deve ser colocado no alvéolo quando este é suturado.¹

Um estudo de Faizel, sobre a comparação entre Neocone, Alvogyl e Óxido de zinco eugenol no tratamento da alveolite, selecionou pacientes com diagnóstico de alveolite seca e estes foram colocados em 3 grupos distintos: grupo A (Alvogyl), grupo B (Óxido de

zinco eugenol) e grupo C (Neocone). O autor verificou, que quanto ao alívio da dor inicial o alvogyl é superior aos outros dois medicamentos, no entanto, concluiu que o neocone é considerado o mais adequado no tratamento da alveolite, uma vez que, além de um menor tempo para o alívio completo da dor, proporciona uma cura clínica mais rápida, com menos visitas ao médico dentista.²²

O eugenol como produto isolado em “pellet” de algodão, colocado no alvéolo cerca de 3 minutos, tem sido largamente utilizado pelos clínicos, embora não se tenha encontrado suporte científico para esta opção terapêutica, uma vez que o eugenol é apenas referido na composição de outros produtos ou em associação com óxido de zinco conforme descrito pelos autores.^{1, 2, 4, 15, 21, 22, 23} Assim parece-nos que este procedimento carece de urgente investigação.

Entre as novas opções de tratamento no uso de pensos no interior do alvéolo, existe a esponja de colagénio incorporada em plasma rico em fatores de crescimento (CFRP), obtido a partir de sangue autólogo, que tem mostrado melhores resultados na manipulação da alveolite seca do que a pasta de óxido de zinco eugenol.¹ Estudos prévios já demonstraram a eficácia destes fatores de crescimento no tratamento da cicatrização óssea de defeitos ósseos periodontais. Presume-se assim que os fatores de crescimento podem também ser úteis no tratamento da alveolite, uma vez que podem acelerar o processo de cicatrização e a angiogénese, diminuindo a dor. Buenaventura, citado por Haraji, tem recomendado o seu uso profilático em pacientes com maior predisposição a desenvolver Alveolite seca.¹ Tal como foi referido na prevenção, a grande desvantagem deste método é apresentar dificuldades técnicas difíceis de ultrapassar.

Haghighat em 2012, investigou a eficácia de uma pastilha de GECBB em comparação com pasta de óxido de zinco eugenol em 30 pacientes com diagnóstico de alveolite seca que foram divididos em dois grupos, concluiu que a utilização da pastilha se revelou significativamente mais eficaz no alívio da dor resultante desta complicação.²⁴

9.4. Antibióticos

Existe uma evidência limitada que apoia o uso de antibióticos tópicos e sistêmicos no tratamento da alveolite.³

Os Antibióticos sistêmicos têm-se revelado eficazes na redução da frequência de alveolite e infecção da ferida após a cirurgia de terceiros molares, no entanto, o aumento da incidência de reações adversas (cerca de 6-7% dos pacientes) e a possibilidade de aumento de resistências bacterianas levou à investigação de novos tratamentos.⁸

Um estudo de Arteagoitia, sobre a eficácia do uso profilático de Amoxicilina com ou sem Ácido Clavulânico, na redução da incidência de alveolite, verificou que o uso de Amoxicilina não reduz o risco de alveolite, mas a sua combinação com Ácido Clavulânico, diminui significativamente este risco. No entanto Arteagoitia, considera, que não se justifica a prescrição por rotina de Amoxicilina com ou sem Ácido Clavulânico, uma vez que, existem potenciais reações adversas dos antibióticos.²⁵

Embora a evidência científica seja favorável à utilização de antibióticos sistêmicos, a lógica é considerada bastante questionável, e outras intervenções podem ser mais apropriadas.³

9.5. Antissépticos

A clorhexidina é um antisséptico que pode ser usado como irrigante local ou antisséptico oral 0,12% e 0,2% com ampla evidência de efetividade, sobretudo quando utilizado em gel dentro do alvéolo a cada 12 horas durante 7 dias. Esta apresentação tem como vantagem em relação ao elixir a possibilidade de utilização no prazo de 24 horas após a extração, pois acredita-se que a realização de bochechos possa precipitar o deslocamento do coágulo.¹⁷

Younus, realizou um estudo sobre a eficácia do gel de clorhexidina na prevenção da alveolite pós-extração de 3^{os} molares inferiores em comparação com o bochecho de

clorhexidina. O seu grupo experimental foi instruído para aplicar o gel de clorhexidina a 0,2% na ferida cirúrgica durante a 1ª semana de pós-operatório enquanto ao grupo controlo foi prescrito o bochecho de clorhexidina durante o mesmo período. A incidência pós-operatória de alveolite foi menor na aplicação do gel (6%) comparado com os bochechos de clorhexidina (18%), concluindo assim que a aplicação do gel de clorhexidina no local da extração diminui significativamente a incidência de alveolite.²⁶

Embora possua algumas reações adversas que já foram documentadas, dentro dos antissépticos, a clorhexidina tem-se revelado o melhor agente profilático e de tratamento na alveolite.¹⁷

Dentro da categoria dos antissépticos o peróxido de hidrogénio e compostos de iodo, foram defendidos por Lopes Cardoso para o tratamento da alveolite, baseado no facto de terem capacidade de libertar uma grande quantidade de oxigénio, ao entrar em contacto com os tecidos atuando assim como agente antimicrobiano sobretudo contra microrganismos anaeróbios estritos.² Apesar de terem um fundamento plausível carecem de mais estudos.

9.6. Laser

A terapia a laser ganhou reconhecimento, por estimular o metabolismo celular, a microcirculação, produzir um efeito analgésico, anti edematoso e anti-inflamatório. Isto tem mostrado resultados benéficos na aceleração do processo de cicatrização de feridas em pacientes diabéticos.¹ A terapia com laser de baixa intensidade tem sido usada como um tratamento da dor há alguns anos, mas apenas recentemente parece ter sido aplicada à alveolite. É demonstrado que têm pronunciado sucesso em estudos sobre o seu papel no tratamento da alveolite em comparação com o que se aproxima do mais convencional, mas como lasers não são comumente encontrados fora de um ambiente hospitalar, pode ser uma opção de tratamento um pouco limitada.³

10. Conclusão

- ✓ Ao longo dos anos foram propostos por diferentes autores, 17 definições de alveolite, sendo a mais universalmente usada a definição de Blum de 2002. Apesar de alguns sinónimos terem sido utilizados para esta condição, a designação de osteíte alveolar ou alveolite seca é a que permanece na atualidade.
- ✓ A incidência de alveolite varia entre 1 a 45% para os 3^{os} molares inferiores, e entre 3 a 4% para os restantes dentes.
- ✓ A formação ou desintegração do coágulo sanguíneo bem como a intervenção das bactérias, constituem os dois fatores major no desenvolvimento de alveolite e levam assim ao aparecimento de duas teorias etiopatogénicas, a fibrinolítica e a bacteriana, onde diversos fatores de risco têm sido apontados para o aumento da incidência desta complicação.
- ✓ A dor exacerbada, associada à existência de um alvéolo vazio, com as paredes ósseas expostas e as margens gengivais separadas constituem os principais sinais clínicos para o diagnóstico da alveolite.
- ✓ A redução do trauma durante a extração, bem como a aplicação de clorhexidina após a exodontia (0,2% em gel ou 0,12% em colutório), e a prescrição de antibióticos com moderação, apenas em cirurgias mais invasivas, constituem os principais métodos preventivos da alveolite.
- ✓ O tratamento visa o controlo da dor através da administração de analgésicos potentes. Na prática clínica é recomendado evitar a curetagem e raspagem do alvéolo, por outro lado, o uso de gel de clorhexidina bioadesivo a 0,2% no alvéolo é descrito como sendo o melhor agente profilático e de tratamento da alveolite.

11. Bibliografia

- 1-Buenaventura A. Alveolitis seca: una revisión de la literatura. Revista española de cirugía oral y maxilofacial. 2014;36(4):169–73
- 2-Cardoso C, Rodrigues M , Júnior O, Garlet G, Carvalho P. Clinical Concepts of Dry Socket. J Oral Maxillofac Surg 2010;68:1922-32
- 3-Veale B. Alveolar osteitis: a critical review of the aetiology and management. Oral Surgery. 2015;8:68–77
- 4-Bowe D, Rogers S, Stassen L,. The management of dry socket/ alveolar osteitis. Journal of the Irish Dental Association. 2012;57(6):305-10
- 5-Ricieri C , Aranega A, Takahashi A, Lemos F. Alveolite: Ocorrência e tratamento em consultórios odontológicos de Araçatuba/sp. Rev. Fac. Odontol. Lins, Piracicaba. 2006;18(1):33-40
- 6-Tarakji B, AhmedSaleh L, Umair A, Azzeghaiby S, Hanouneh S. Systemic Review of Dry Socket: Aetiology, Treatment, and Prevention. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015; 9(4):10-3
- 7-Rodrigues M, Cardoso C, Carvalho P, Cestari T, Feres M, Garlet G, Junior O. Experimental alveolitis in rats: microbiological, acute phase response and histometric characterization of delayed alveolar healing. J Appl Oral Sci. 2011;19(3):260-8
- 8-Palau J, Linares J , Madrid J , Lagunas J , Martin G , Bueno J. Effect of intra-alveolar placement of 0.2% chlorhexidine bioadhesive gel on the incidence of alveolar osteitis following the extraction of mandibular third molars. A double-blind randomized clinical trial. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015;20(1):117-22.

9-Daly B, Sharif MO, Newton T, Jones K, Worthington HV. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket) (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;

10-Lagares D, Figallo M, Ruíz M , Cossío P, Calderón M, Pérez J. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:77-85.

11-Blum I. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2002;309-17.

12-Kolokythas A, Olech E, Miloro M. Alveolar Osteitis: A comprehensive Review of Concept and Controversies. International Journal of Dentistry. 2010;1-10.

13-Sheikh M, Kiyani A, Mehdi A, Musharaf Q. Pathogenesis and management of dry socket (Alveolar Osteitis). Pakistan Oral & Dental Journal. 2010;30(2)51-4.

14-Eshghpour M, Nejat A. Dry socket following surgical removal of impacted third molar in an Iranian population: Incidence and risk factors. Nigerian Journal of Clinical Practise. 2013;16(4):496-500.

15-Alves J, Lima J, Arruda F, Marzola C. Alveolite: Fatores predisponentes e terapêutica. Revista Odontologia (Ato), Bauru. 2013;13(5):386-97.

16-Bortoluzzi M, Manfro R, Poggere V, Silva R. Incidence of fibrinolytic alveolitis, acute infection, edema, and pain longer than two days after dental extraction. Rev. Odonto Ciênc. 2008;23(2):111-14.

17-Haraji A, Rakhshan V, Khamverdi N, Alishahi H. Effects of Intra-aveolar Placement of 0,2% Chlorhexidine Bioadhesive Gel on Dry Socket Incidence and Postsurgical Pain: A Double-blind Split-mouth randomized controled clinical trial. J Orofac Pain. 2013;27(3):256-62.

18-Requena-Calla S, Funes-Rumiche I. Effectiveness of intra-alveolar chlorhexidine gel in reducing dry socket following surgical extraction of lower third molars. A pilot study. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(2):160-3.

19-Fabbro M, Corbella S, Taschieri S, Francetti L, Weinstein R. Autologous platelet concentrate for post-extraction socket healing: A systematic review. *Eur J Oral Implantol*. 2014;7(4):333–44.

20-Eshghpour M, Ahrari F, Najjarkar N, Khajavi M.. Comparison of the effect of low level laser therapy with alvogyl on the management of alveolar osteitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;20(3):386-92.

21-Trejo B. Alternativas de tratamiento para la osteítis alveolar y revisión de la literatura. *Revista ADM*. 2011;68(6):278-82.

22-Faizel S, Thomas S, Yuvaraj V, Prabhu S, Tripathi G. Comparision Between Neocone, Alvogyl and Zinc Oxide Eugenol Packing for the Treatment of Dry Socket: A Double Blind Randomised Control Trial. *J. Maxillofac. Oral Surg*. 2015;14(2):312–20.

23-Vallverdú M, Nazir M, Garcés M, Escoda C. Efficacy of different methods user for dry socket management: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;20(5)633-9.

24-Haghighat A, Najafi R, Babvand M, Badrian h, Khalighinejad N, Goroohi H. The effectiveness of GECB Pastille in reducing complications of dry socket syndrome. *International Journal of Dentistry*. 2012;22:1-4.

25-Arteagoitia M, Barbier L, Santamaría J, Santamaría G, Ramos E. Efficacy of amoxicillin and amoxicillin/clavulanic acid in the prevention of infection and dry socket after third molar extraction. A systematic review and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;21(4):494-504.

26-Younus S, Ghumman N, Latif K, Chishty M. Efficacy of Chlorhexidine gel vs Chlorhexidine rinses in reducing incidence of dry socket in mandibular third molar surgery. Pakistan Oral & Dental Journal. 2014;34(2):249-52.

Capítulo II

1. Introdução

O Estágio em Medicina Dentária tem como finalidade a preparação dos alunos para a sua prática clínica futura. Neste estágio, os alunos podem pôr em prática todos os conhecimentos práticos e teóricos adquiridos ao longo do curso. Toda esta experiência prática/teórica é supervisionada por docentes. O estágio abrangeu três componentes essenciais: Estágio de Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio de Saúde Oral Comunitária, que decorreram entre Setembro de 2015 e Junho de 2016.

2. Relatório das atividades das disciplinas de estágio:

2.1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária

Regente: Professora Doutora Filomena Salazar

Duração: 280 horas

Local: Unidade Clínica de Gandra.

Os atos clínicos realizados encontram-se discriminados no Anexo (tabela 1).

2.2. Estágio Hospitalar

Duração: 196 horas

Local: Hospital de Valongo

Monitorizado: Prof. Doutor Luís Monteiro

Direção clínica: Prof. Dr. Fernando Figueira

Os atos clínicos realizados encontram-se discriminados no Anexo (tabela 2).

2.3. Estágio de Saúde Oral Comunitária

Duração: 196 horas

Regente: Prof. Doutor Paulo Rompante

Escolas abrangidas: 1º ciclo de Sampaio e Jardim de Infância de Gandra (Agrupamento de Escolas de Gandra, Ermesinde)

Anexo (tabela 3)

3. Considerações Finais das Atividades de Estágio

O Estágio em Medicina Dentária é uma componente essencial na nossa formação, pois ajuda-nos a prepararmo-nos para enfrentar a realidade que vamos encontrar no mercado de trabalho. O estágio Hospitalar no meu ver destaca-se dos restantes, apesar de todos terem a sua devida importância, na medida em que nos põe à prova, mostra-nos um leque de aprendizagem e experiências desde a população alvo aos diferentes tratamentos realizados. Foi sem dúvida dos três estágios o que me senti mais realizada e entusiasmada, pela quantidade de pacientes, pelos diferentes casos clínicos e pela bagagem que me forneceu. No estágio de clínica Geral Dentária deparei-me igualmente com todo o tipo de casos clínicos, aos quais tivemos de dar resposta, sendo também bastante motivador e enriquecedor. Quanto ao estágio de Saúde Oral Comunitária, deu-me a oportunidade de me relacionar mais de perto com as crianças. Foi um estágio bastante interativo com uma população alvo importante. Ao longo do estágio fui percebendo que o nosso incentivo nas escolas faz a diferença, o que se torna bastante gratificante porque as crianças de hoje serão o futuro do amanhã. Contudo, todas as valências adquiridas ao longo desta jornada mostraram-se fundamentais para o exercício da minha futura profissão de Médica Dentista.

4. Anexos

Estágio em Clínica Geral Dentária	
Procedimento	Nº Atos Clínicos
Triagem	5
Dentisteria	15
Endodontia	8
Destartarização	2
Exodontias	1
Total	31

Tabela 1. Número de atos clínicos realizados como operador durante o Estágio em Clínica Geral Dentária.

Estágio em Clínica Hospitalar	
Procedimento	Nº Atos Clínicos
Triagem	15
Dentisteria	30
Endodontia	11
Destartarização	16
Exodontias	56
Total	128

Tabela 2. Número de atos clínicos realizados como operador durante o Estágio Hospitalar.

Data	Instituição	Turma	Plano de atividades
27 Janeiro	EB Sampaio	-	Apresentação do cronograma
3 Fevereiro	Jl Gandra-Ermesinde	Sala 1	B+C
10 Fevereiro	EB Sampaio	1ºano	B+C
17 Fevereiro	Jl Gandra-Ermesinde	Sala 2	B+C
24 Fevereiro	EB Sampaio	2ºano	B+C
2 Março	Jl Gandra-Ermesinde	Sala 1	B+C
9 Março	Entrega dos dados		
16 Março	EB Sampaio	3ºano	B+C
6 Abril	Jl Gandra-Ermesinde	Sala 2	B+C
13 Abril	EB Sampaio	4ºano	B+C
20 Abril	Entrega dos dados		
27 Abril	Jl Gandra-Ermesinde	Sala 1+Sala 2	A+C
11 Maio	EB Sampaio	1ºano+2ºano	A+C
18 Maio	Jl Gandra-Ermesinde	3ºano+4ºano	A+C
25 Maio	Entrega dos dados		

Legenda:

- A- Realização de Atividades
- B- Recolha de Dados Epidemiológicos
- C- Acompanhamento da Escovagem Dentária e Avaliação

Tabela 3. Esquema de Estágio de Saúde Oral Comunitária.

<p>Pré (3-5 anos)</p>	<p>1. Apresentação interativa/dinâmica; 2. Explicação dos conteúdos com auxílio de imagens e quadro escolar (ter cuidado para usar linguagem adequada á idade alvo); 3.Música interativa sobre a escovagem.</p>
<p>1º + 2ºano (6-7anos)</p>	<p>1. Explicação de conteúdos com auxílio de imagens (ter cuidado para usar linguagem adequada á idade alvo); 2. Imagens relacionadas com higiene oral para pintar e um desenho de ligação de números com breves informações acerca da higiene oral. 3.Música interativa sobre a escovagem.</p>
<p>3º + 4ºano (8-10anos)</p>	<p>1. Apresentação de conteúdos acerca da saúde oral: 2.Jogo de perguntas sobre os conteúdos apresentados anteriormente.</p>

Tabela 4. Atividades Relativas ao Estágio de Saúde Oral Comunitária