



Relatório Final de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS: EXTRAÍ-LOS OU NÃO?

Simone Regina Protto

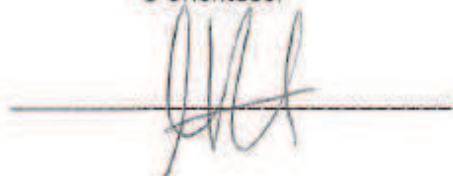
Orientador: Mestre Paula Malheiro

DECLARAÇÃO

Eu, Paula Malheiro, com a categoria profissional de Assistente Convidada do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "Terceiros Molares: Extraí-los ou não?", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Simone Regina Protto, 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, 28 de junho de 2016.

O Orientador



AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a meus Pais que são a minha vida, meu orgulho, meu exemplo e a minha esperança de todos os dias.

A toda minha família, meu tesouro maior, pelo apoio infinito em todos os momentos.

A Lucho, pelo carinho, pela força e pelo Amor que me movimenta.

Aos amigos que fiz ao longo dessa jornada e que contribuíram de diversas formas para a finalização deste percurso.

A todos os professores que ao longo destes meses transmitiram seus conhecimentos que os levo para sempre na vida profissional e particular. Alguns pelo exemplo, outros pelo carinho e humanidade.

Ao professor da Universidade Unisul de Santa Catarina, Dr. Aires Antônio De Souza Júnior pela humanidade que transborda, pelo talento e pela colaboração para a execução deste trabalho.

Um agradecimento especial a minha orientadora Mestre Paula Malheiro pela sua sabedoria e dedicação para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho foi realizado com o propósito de abordar um tema de fulcral interesse para os profissionais de Medicina Dentária.

Os terceiros molares são os dentes que mais frequentemente ficam impactados-inclusos por falta de força eruptiva, não conseguindo trespassar a fibromucosa para alcançar a cavidade oral.

A inclusão dentária é um dos fatores mais comuns devido a falta de espaço na arcada quer por perda precoce dos dentes temporários, patologia tumoral, quística infecciosa ou agenesias.

A extração profilática dos terceiros molares é um tema controverso, que resulta da carência de evidência científica, que pode levar a fomentação de várias correntes filosóficas quanto à abordagem a realizar pelos Médicos dentistas.

Palavras-chave: Terceiros molares permanentes; Terceiros molares impactados; Apinhamentos dentários ântero-inferiores; Remoção cirúrgica dos 3Ms inferiores.

ABSTRACT

This work was carried out with the purpose of addressing a key topic of interest to dentistry professionals.

The teeth that more often became impacted-enclosed are the third molars because, many times, they are unable to cross the mucosa and reach the oral cavity due to the lack of eruptive force.

Dental inclusion is one of the most common issues, mostly due to the lack of space in the dental arch, by early loss of deciduous teeth, tumor pathology, cystic infectious or agenesis.

Prophylactic extraction of the third molars is a controversial topic arising from the lack of scientific evidence, which can lead to the substantiation of various philosophical theories and, therefore, to a multiplicity of approaches by dental practitioners.

Key words: Permanent third molars; Third impacted molars; Anterolateral lower dental crowding; Surgical removal of the lower third molars.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS	vii
CAPÍTULO I – TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS: EXTRAÍ-LOS OU NÃO?	
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	02
3. MATERIAIS E MÉTODOS	02
4. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	03
4.1 Erupção E Dados Estatísticos Sobre Terceiros Molares	03
4.2 Etiologia e Prevalência dos Dentes Inclusos	03
4.3 Terceiros Molares e Apinhamentos Dentários	06
4.4 Apinhamento Dentário versus Crescimento Mandibular	08
4.5 Terceiros Molares Impactados e Patologias Associadas	09
4.6 Sequelas Cirúrgicas da Extração de Terceiro Molares	11
4.7 Indicações e Contraindicações da Extração de Terceiros Molares	13
5. DISCUSSÃO	14
6. CONCLUSÃO	17
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
CAPÍTULO II – RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS	
1. INTRODUÇÃO	21
2. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA	21
3. ESTÁGIO HOSPITALAR	21
4. ESTÁGIO DE SAÚDE ORAL E COMUNITÁRIA	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	22
ANEXOS CAPÍTULO II	23

ÍNDICE DE FIGURAS

		<i>Página</i>
Figura 1	Desenho das diferentes posições eruptivas da coroa inferior, segundo a direção de erupção.	5
Figura 2	Desenho das diferentes profundidades de inclusão do 3M.	5
Figura 3	Desenho das relações do 3M com o ramo ascendente da mandíbula e o segundo molar: classe I; classe II; classe III.	6
Figura 4	Nervo alveolar inferior e nervo lingual após a remoção de uma parte da mandíbula.	12

LISTA DE ABREVIATURAS

Segundos molares	2Ms
Terceiros molares	3Ms

CAPÍTULO I – TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS: EXTRAÍ-LOS OU NÃO?

1. INTRODUÇÃO

Os terceiros molares (3Ms) permanentes são os dentes que com mais frequência são encontrados em situação de impactação. Existe a crença disseminada, entre muitos Médicos Dentistas, de que estes dentes influenciam diretamente no estabelecimento ou agravamento dos apinhamentos dentários ântero-inferiores. Com a finalidade de se prevenir estes apinhamentos, muitos profissionais da medicina dentária indicam a remoção cirúrgica dos 3Ms inferiores, principalmente quando os mesmos se encontram impactados.

Os 3Ms impactados podem estar associados a várias patologias, tais como a pericoronarite, a periodontite, as cáries, a reabsorção patológica de raízes dos 2Ms, a formação de quistos e a dor idiopática, mas não são, necessariamente, a causa direta do seu aparecimento, sendo que o risco de ocorrência destas doenças também está relacionado com a higiene oral deficiente.

Apesar desta constatação, comumente aceite, muitos Médicos Dentistas indicam a extração profilática de 3Ms inclusos assintomáticos a título preventivo o que faz com que este procedimento clínico se encontre entre os mais realizados nos consultórios dentários. De facto, os números apontam para cerca de 10 milhões de 3Ms extraídos de cinco milhões de indivíduos, todos os anos nos Estados Unidos da América. As estatísticas dão ainda conta que 65% da população mundial, apresenta, aos 20 anos de idade, pelo menos, um 3M impactado.

Sendo que a maior percentagem das exodontias realizadas contabiliza os 3Ms assintomáticos, onde não se verificam alterações patológicas e sintomas severos, é importante considerar que a remoção profilática continua a ocorrer e tem sido alvo de vários estudos e alguma controvérsia, dado que alguns autores não concordam com a sua realização.

Com vista a clarificar as razões que estão na base desta discussão académica levamos a cabo uma revisão da literatura que considera diferentes opiniões e objetiva esclarecer qual o melhor procedimento a seguir face aos 3Ms impactados.

2. OBJETIVOS

Dar a conhecer a correlação entre o 3M e o apinhamento ântero-inferior.

Dar a conhecer a existência de evidências científicas, que justifiquem a indicação da exodontia profilática dos 3Ms.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica foi realizada através do acesso online às bases de dados com incidência em vários motores de busca e base de dados *online*, Pubmed/Medline, ScienceDirect/Elsevier, EBSCOhost, Research Databases, com as palavras chave: 3Ms permanentes, de 3Ms impactados; apinhamentos dentários ântero-inferiores; remoção cirúrgica dos 3Ms inferiores, tanto em português quanto em inglês.

Com vista a alargar o âmbito bibliográfico obtido a partir da pesquisa, não foram impostas quaisquer limitações temporais tendo esta resultada num total de 23 artigos. Como meio complementar foi também usado o livro "Atlas de Anatomia Humana: Cabeça, Pescoço e Extremidade Superior", (Vol. 1), de autoria de Johannes Sobotta, e o livro "Atlas de Cirurgia Bucal y Ortodoncia", de autoria de María Peñarrocha Diago e Miguel Peñarrocha Diago.

4. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

4.1 Erupção e Dados Estatísticos sobre Terceiros Molares

Os 3Ms são estruturalmente idênticos aos demais elementos da arcada dentária humana. Estes dentes normalmente iniciam o seu processo eruptivo entre os 16 e 22 anos de idade. À medida que a espécie humana tem vindo a desenvolver-se tem sido registrada uma diminuição do tamanho das arcadas dentárias e isso pode constituir uma dificuldade no que diz respeito à erupção de todos os dentes, nomeadamente os 3Ms permanentes que, geralmente, são os últimos a irromperem na cavidade oral. Estes dentes são também aqueles que são sujeitos a cirurgia de extração. [2,3,4]

Os dados atrás referidos podem constituir explicação para os dados citados por Sverzut *et al.*, (2013), que estipula que cerca de 65% da população em todo o mundo apresenta, aos 20 anos de idade, pelo menos, um 3M impactado. Este autor refere ainda que 18 a 40% de todos os 3Ms extraídos são assintomáticos. [5]

4.2 Etiologia e Prevalência dos Dentes Inclusos

Denomina-se dente incluso, ou “não irrompido”, aquele que permanece sob o tecido duro e/ou mole mesmo após a passagem da época normal de erupção. [2]

Existem dois tipos de classificação para a inclusão sendo que esta pode ser intraóssea, o que acontece quando o dente se encontra completamente envolvido por osso, ou subgingival, quando o elemento dentário se encontra coberto parcialmente ou totalmente por mucosa gengival. [2,3]

São várias as causas da retenção e, dentre elas, destacam-se as seguintes: ausência de espaço; mau posicionamento do germe dentário; perda precoce de dentes decíduos; anomalias dentárias; presença de dentes supranumerários e presença de quistos e/ou tumores. A não erupção é comumente relacionada aos 3Ms inferiores, seguidos pelos 3Ms superiores, caninos superiores e dentes supranumerários. [2]

Para além da inclusão ocorre também com bastante frequência a impactação de dentes, cuja principal causa parece estar diretamente relacionada com o comprimento

inadequado do arco ósseo, ou seja, o comprimento total do arco ósseo alveolar é menor do que o do arco dentário. [4,9,10]

A esta falta de espaço é ainda apontada para a alta frequência de 3Ms impactados e a bibliografia explica, que esta diminuição do espaço do arco ósseo, pode estar relacionada com os hábitos dietéticos modernos cujas dietas exigem cada vez menos mastigação, dado que os alimentos são ingeridos, maioritariamente, cozinhados. No entanto, e de acordo com Richardson (1998) a falta de espaço nem sempre serve de justificação para a não erupção de um 3M uma vez que estes podem também não irromper por via da sua própria posição intraóssea. Dadas estas circunstâncias é importante que os Médicos Dentistas tenham em conta a necessidade de efetuar avaliações radiográficas das angulações e do grau de impactação destes dentes com vista a poderem proceder com rigor à análise do desenvolvimento do processo de erupção e à necessidade de intervenção cirúrgica. [2,4,6,9]

Com vista à facilitação deste processo de planeamento dos 3Ms impactados e à comunicação entre os profissionais de medicina dentária, foram criadas várias classificações de inclusão sendo que, dentre as existentes, as mais utilizadas são a classificação de Winter, que ajuda na verificação dos graus de angulação, e a classificação de Pell e Gregory, que favorecem a observação da profundidade de inclusão. [2,9,20]

Winter classificou a posição dos 3Ms inferiores quanto à inclinação do seu longo eixo em relação à posição do 2M inferior, tal como podemos observar a partir da figura 1, que o próprio autor esquematizou. [2,9,20]

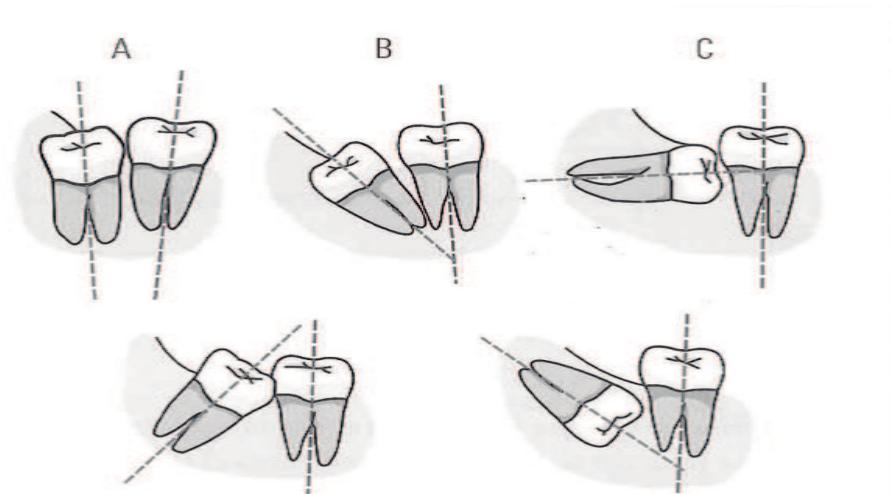


Figura 1: Desenho das diferentes posições eruptivas da coroa inferior, segundo a direção de erupção. (Fonte: Atlas de Cirurgia Bucal y Ortodontia, p. 86).

Segundo esta classificação, quando o longo eixo do 3M estiver paralelo ao 2M diz-se que está em posição vertical, se a coroa do 3M estiver mais próximo da raiz do 2M diz-se que está numa posição méso-angular, se o 3M estiver angulado no sentido distal diz-se que está numa posição disto-angular, em situações que esta angulação for mais acentuada que fique perpendicular ao longo eixo do 2M diz-se que está em posição horizontal; nos casos em que o 3M estiver inclinado para vestibular ou lingual é classificado como vestibularizado e lingualizado. Se o 3M apresentar inversão segundo o seu maior eixo é designado como invertido.

Também Pell e Gregory estabeleceram três níveis de inclusão para os 3Ms que são determinados em relação a altura do 2M, conforme podemos observar na figura seguinte:

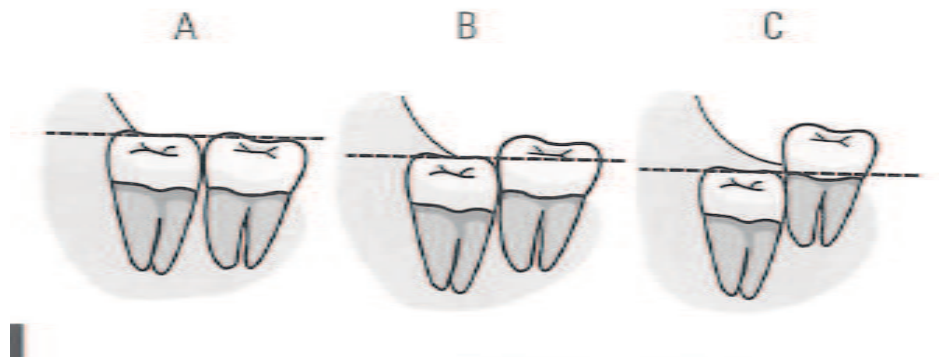


Figura 2: Desenho das diferentes profundidades de inclusão do 3M. (Fonte: Atlas de Cirurgia Bucal y Ortodontia, p. 87).

De acordo com esta figura verificamos que os níveis de inclusão podem ser leves, o que corresponde ao facto da cúspide mais elevada do 3M estar no mesmo nível da superfície oclusal do 2M; moderada, que significa que a cúspide mais elevada do 3M está abaixo da linha oclusal, porém por cima da linha cervical do 2M e severa, que determina que a cúspide mais elevada do 3M está no nível ou abaixo da linha cervical do 2M.

Para a relação entre os 3Ms e o ramo da mandíbula, Pell e Gregory consideraram 3 classes aferindo que a primeira (classe I) é quando o espaço entre o ramo ascendente da mandíbula e a face distal do 2M é suficiente para acomodar todo o diâmetro méso-distal do 3M; a segunda (classe II) ocorre quando o espaço entre o ramo ascendente da mandíbula e a face distal do 2M é menor que o diâmetro méso-distal do 3M e a terceira (classe III) tem o 3M todo, ou quase todo, dentro do ramo da mandíbula.

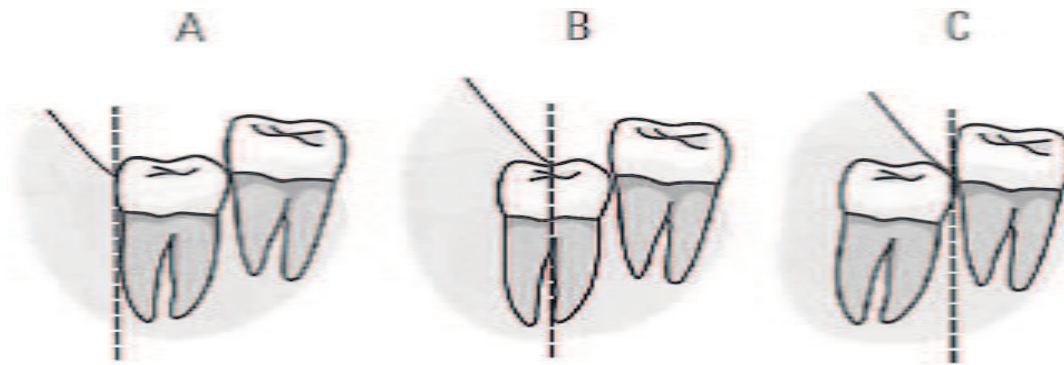


Figura 3: Desenho das relações do 3M com o ramo ascendente da mandíbula e o segundo molar: classe I; classe II; classe III. (Fonte: Atlas de Cirurgia Bucal y Ortodoncia, p. 88).

4.3 Terceiros Molares e Apinhamentos Dentários

O apinhamento dentário, segundo Cardoso *et al.*, (2012), caracteriza-se pela falta de espaço no arco, o que impossibilita a posição de todos os elementos dentários de maneira harmoniosa, podendo comprometer tanto o equilíbrio oclusal como a combinação estética do sorriso. Na adolescência e pós-adolescência, principalmente nos elementos ântero-inferiores, a referida patologia tende a manifestar-se/agravar-se, por ocorrer no período próximo da erupção dos 3Ms. [7]

De acordo com a sua procedência, o apinhamento dentário pode ser classificado como primário, secundário e terciário. O primário foi definido como uma discrepância genética entre o tamanho dos dentes e o tamanho dos maxilares, podendo ser diagnosticado após a erupção dos incisivos. O secundário é causado, principalmente, pela influência dos fatores ambientais, sendo o mais importante deles a perda precoce de dentes decíduos. Já o apinhamento terciário é apontado como sendo fruto do processo de crescimento tardio da mandíbula, o que torna a face mais reta, além de verticalizar os incisivos inferiores. [5,7,9]

Os 3Ms são alvo de controvérsia entre os profissionais de saúde oral com bastante regularidade uma vez que existem muitos casos de pacientes que apresentam apinhamento de incisivos inferiores durante ou após o processo de erupção dos 3Ms inferiores. Por este motivo têm vindo a ser desenvolvidas pesquisas de âmbito académico que procuram esclarecer a real etiologia da falta de alinhamento dentário na região anterior do arco. [10]

Alguns autores, consideram a erupção do 3M inferior como uma causa do apinhamento ântero-inferior, recomendando a extração rotineira durante o tratamento ortodôntico. [4,9]

Segundo Sverzut, (2013), é comum a ideia de que a presença dos 3Ms inferiores pode influenciar a posição dos incisivos inferiores, dando origem a apinhamentos ântero-inferiores. É, de resto, com base nesta ideia, que se justifica a realização frequente de extrações, sendo estas, explicadas com a necessidade de reduzir futuros deslocamentos dentários causados pela força eruptiva do 3M inferior. [5]

No entanto, e ainda segundo o autor referenciado, não existem evidências que comprovem a eficácia da exodontia profilática de 3Ms impactados. Sumitra & Tandur (2005), defenderam que a prática exodôntica, como meio de evitar ou prevenir o apinhamento ântero-inferior, não deve ser realizada. Trata-se de uma ideia que vai ao encontro de conceitos que a comunidade científica atual preconiza ao defender que não existem diferenças significativas entre o grau de apinhamento dos incisivos em pacientes com 3Ms impactados quando comparados com pacientes sem os 3Ms. [5,13]

Na tentativa de encontrar critérios de orientação para a extração dos 3Ms a American Association of Oral and Maxillofacial Surgery, (AAOMS), (2004), referenciada por Porto (2008), deu ênfase à fraca evidência justificativa para as exodontias destes dentes, sublinhando a ideia de que o facto de causarem apinhamento não justificava a extração, sobretudo se se verificar a existência de espaço suficiente para erupção normal. [15]

Niedzielska (2005), afirma que, se o espaço para erupção do 3M é inadequado, este poderia agravar um apinhamento incisivo preexistente mas não existem evidências de causa direta atribuída aos 3Ms. [9,14]

Em sintonia com os ditames da AAOMS (2004) também, alguns autores demonstraram, que não existem evidências entre o apinhamento ântero-inferior e os 3Ms pelo que sustentam que a exodontia ou germectomia destes elementos não evita, por si só, o apinhamento. [9,14]

Em suma, e face à bibliografia citada, é possível aferir que este é um tema muito controverso entre clínicos, desta forma, não se justifica a indicação da extração de 3Ms assintomáticos quando o procedimento tem por objetivo a prevenção, ou o agravamento do apinhamento dentário ântero-inferior. Sverzut (2013) recomenda, em alternativa, o acompanhamento radiográfico dos 3Ms inclusos. [5,9,14]

4.4 Apinhamento Dentário versus Crescimento Mandibular

Cardoso *et al.*, num estudo realizado em 2012, concluiu que os 3Ms não têm influência significativa no apinhamento do arco dentário inferior já que, a ocorrência simultânea de alguns fenómenos, tais como, a diminuição do perímetro do arco dentário, o crescimento maior da mandíbula em relação à maxila e, principalmente, o crescimento terminal da mandíbula, podem confundir o quadro clínico. [7]

Em resultado destes factos existe uma tendência crescente para isentar os 3Ms da ocorrência de apinhamento do arco inferior sendo, em contrapartida, apontado o crescimento mandibular como fator propulsor desta ocorrência. Um dos argumentos que reforça esta afirmação é que o apinhamento ântero-inferior se desenvolve em maior grau

nos pacientes do sexo masculino, uma vez que estes, enquanto adolescentes, têm um crescimento mandibular maior. [7,11]

A ideia de que o crescimento mandibular tardio é o principal responsável pelo apinhamento ântero-inferior também foi defendida por Cardoso *et al.*, (2012), que sustentou também a explicação de que durante o processo de erupção, os 3Ms exercem uma pressão de apenas 5 a 10 mg (miligramas), sendo quase impossível que, por esta via, ela se possa repercutir na região anterior. [7]

É ainda importante ressaltar que o apinhamento tardio pode desenvolver-se em indivíduos cujos 3Ms não existem por motivos congênitos. [7]

4.5 Terceiros Molares Impactados e Patologias Associadas

A presença do 3M incluso é uma realidade relativamente frequente em pacientes adolescentes e adultos jovens. Muitas vezes a impactação dentária acarreta dor local, incômodo ou má oclusão dentária, o que leva os pacientes a visitar o Cirurgião Oral ou o Médico Dentista generalista. [15]

Os 3Ms impactados podem estar associados a determinadas patologias, tais como: infecções; cáries; destruição dos dentes adjacentes; quistos e tumores. Embora a impactação do 3M não cause, necessariamente, estas patologias, ela aumenta o risco do aparecimento das mesmas, particularmente quando a higiene oral é deficiente. [7,10,17]

As complicações advindas de 3Ms, principalmente os inferiores, podem ser a pericoronarite, periodontite, cáries, reabsorção patológica de raízes de dentes vizinhos, formação de quistos, dor idiopática, maior frequência de fratura mandibular e apinhamento dentário. A possibilidade de essas complicações surgirem têm levado os cirurgiões orais e os clínicos generalistas a indicar a exérese profilática desses elementos. [15,17,23]

Um estudo realizado no Centro de Tratamento Buco-Maxilo-Facial da UFGRS, Brasil, com o objetivo de verificar o quão frequente são as complicações relacionadas à retenção do 3M inferior, e que teve por base dados obtidos nos registros clínicos dos

pacientes atendidos naquela instituição, donde foram selecionados os casos de retenção dos 3Ms inferiores, recolhidos 366 dentes retidos, 110 dentes com complicação e 256 sem, determinou que a pericoronarite foi a complicação mais frequente, seguida pelos quistos e as cáries. [3]

Existem também evidências, na literatura, da predisposição para a fratura do ângulo mandibular na presença de 3Ms inferiores não-erupcionados. Algumas teorias sobre esta predileção envolvem a redução da massa óssea do ângulo na presença do 3M e a rutura da linha oblíqua quando os elementos dentários estão parcialmente erupcionados. [6]

Com vista à prevenção do aparecimento desta patologia e de outras, como a cárie, a doença periodontal, a fratura mandibular e os quistos, bem como os tumores odontogénicos, alguns autores, que incluímos na presente revisão de literatura, citam que a remoção profilática de 3Ms inclusos tem por objetivo a prevenção destas patologias. [3,7,17]

Este é, de resto, um tema que tem vindo a merecer atenção académica ao longo de décadas ,e que encontra contrariedades, face aos argumentos defensores da extração, nomeadamente, em Friedman, em 2007, que defende que a dor e infeção em torno do tecido gengival, que resulta da pericoronarite, varia de 6 % a 10 %, sendo que um único episódio desta patologia não é razão para a remoção de um 3M, devendo apenas ser considerada esta alternativa se não houver resposta ao tratamento conservador e se registarem recorrências. [18]

Da mesma forma Porto *et al.*, em 2008, considerando várias revisões bibliográficas, destacou que não há evidência que suporte a remoção profilática dos 3Ms impactados quando o intuito é a prevenção da instalação da pericoronarite. O mesmo autor aponta que o apinhamento dentário, os quistos e tumores, a reabsorção de 2Ms, as cáries e os problemas periodontais também não constituem argumentos suficientes para a extração. [15]

Num estudo realizado durante 4 anos, referido por Cardoso *et al.*, em 2012, observou-se que 10% dos pacientes com 3Ms inclusos, participantes da amostra,

desenvolveram pericoronarite e que apenas 1% a 4,5% dos 3Ms impactados, estavam na origem da cárie dental nos 2Ms. Segundo o estudo em causa foi ainda possível determinar que há uma baixa incidência (menos de 1%) de reabsorção da raiz dos 2Ms, devido à impactação dos 3Ms e que o desenvolvimento de quistos é muito raro não sendo considerado uma indicação para a remoção profilática. O risco de uma neoplasia maligna de um folículo dentário é reduzido e também não é considerado uma indicação para remoção profilática. [7]

4.6 Sequelas Cirúrgicas da Extração de Terceiro Molares

Uma remoção cirúrgica de 3Ms incluso representa, para muitos profissionais, a ideia de que os riscos associados são relativamente pequenos e insignificantes. No entanto, e de acordo com Friedman, em 2006, defende que o desconforto temporário é um pequeno preço a pagar para evitar riscos de surgimento de futuras patologias está errada. Na verdade, esta cirurgia é uma operação invasiva potencialmente capaz de causar transtornos e prejuízos à saúde oral dos indivíduos, podendo mesmo levar à hospitalização. De facto, ainda que com pouca prevalência, algumas complicações associadas à extração de 3Ms podem dar origem a lesões severas podendo deixar sequelas irreversíveis. [15,16,18]

Segundo Santos *et al.*, em 2015, as manifestações pós-operatórias desta cirurgia dependem de fatores como a técnica cirúrgica e a severidade da retenção, sendo que muito pacientes reportam dor, após a realização da mesma. De acordo com este autor a dor é, frequentemente, resultado de uma forte reação inflamatória, o que denuncia que os efeitos colaterais da cirurgia de 3M são negativos e interferem na qualidade de vida dos pacientes. Outros autores, como Paulesini Junior *et al.*, em 2008, defendem que a dor, tal como os edemas e trismos são expectáveis e transitórios, não deixando, no entanto, de ser fonte de ansiedade para o paciente. Importa ainda referir que este procedimento operatório pode ainda ter como consequência o sangramento excessivo ou persistente e a alveolite. [19,20]

A esta lista de complicações relacionadas com as extrações de 3Ms acrescem a osteíte alveolar, os danos periodontais, a infeção dos tecidos moles, os danos na

articulação temporomandibular, a fratura de dentes adjacentes, a fratura da mandíbula, a fratura da maxila e a exposição do seio ou infecção, o que torna as cirurgias profiláticas de 3Ms (assintomáticos) num procedimento muito questionável. [19]

Apesar de ser considerada uma complicação raramente reportada, a fratura mandibular durante a cirurgia de remoção dos 3Ms pode ocorrer devido à diminuição da porção óssea secundária, à intervenção cirúrgica e às forças excessivas para a elevação do elemento dentário. [19]

A injúria aos ramos sensitivos do nervo trigêmeo (lingual e alveolar inferior) também é reportada. A proximidade do nervo lingual com os tecidos moles adjacentes coloca-o em uma posição de risco em cirurgias de 3Ms inferiores. Estas consequências decorrem da própria posição anatômica do nervo lingual, que não pode ser observado em radiografias panorâmicas e apresenta uma posição variável. Dada a impossibilidade de observação por via radiográfica panorâmica, Paulesini Junior *et al.*, em 2008, aconselham que, em complemento a esta a avaliação, se recorra à tomografia computadorizada. [19]

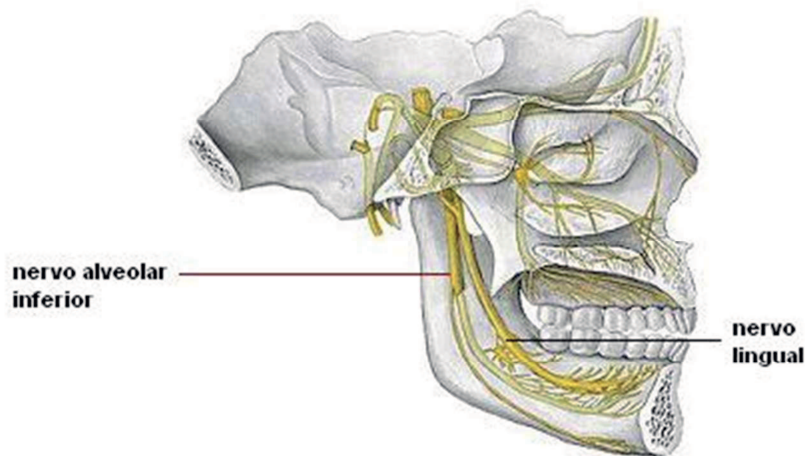


Figura 4: Nervo alveolar inferior e nervo lingual após a remoção de uma parte da mandíbula (Fonte: Sobotta, Pág. 82, 2000)

A proximidade das raízes dos 3Ms inferiores com o canal mandibular é considerada fator de risco para lesão do nervo alveolar inferior e deve ser avaliada com o auxílio de radiografias panorâmicas e tomografia computadorizada. [19]

4.7 Indicações e Contraindicações da Extração de Terceiros Molares

Os critérios de diagnóstico que regem a conduta terapêutica relacionada com os 3Ms inclusos têm por base a existência de patologias (dentes sintomáticos) mas também levam em linha de conta medidas preventivas e indicações ortodônticas (dentes assintomáticos). Na presença de condições patológicas evidentes torna-se efetiva a necessidade de remoção dos 3Ms, sendo esta prática aceite de forma universal na área da cirurgia oral e corroborada por vários estudos que indicam que a remoção de 3Ms "assintomáticos" superam as indicações de dentes considerados "sintomáticos". Apesar desta evidência é importante deixar sublinhada a ideia de que a remoção profilática destes dentes é ainda tema de discussão entre alguns estudiosos, nomeadamente, Elias (2008) que considera que o risco de complicações cirúrgicas, o desconforto pós-operatório e a ausência de evidências científicas são motivos suficientes para contraindicar a remoção de dentes assintomáticos inclusos. [3,17]

Uma das justificativas para a remoção dos 3Ms impactados é a existência de pericoronarite, no entanto existem outras indicações que justificam a cirurgia, tais como dores oro faciais, comprometimentos periodontais, cáries, quistos e tumores odontogénicos, reabsorção no 2M e sintomas relacionados com a articulação temporomandibular. Elias, em 2008, sustenta ainda que o que justifica a conduta cirúrgica de remoção de 3Ms inclusos assintomáticos de cariz profilático em pacientes jovens, é que após a formação completa da peça dentária há uma maior dificuldade cirúrgica. [3,10,17]

Em pacientes na faixa etária de 25 anos, a cirurgia apresenta pouca morbidade e tem baixa prevalência de complicações pós-operatórias. Perante estes dados a indicação deste tipo de cirurgia nestes pacientes traria mais benefícios do que aspetos negativos, já que aguardar por um elevado período de tempo para a remoção destes dentes pode dificultar a cirurgia, uma vez que os dentes inclusos podem ser mais difíceis de ser extraídos à medida que a idade avança, exigindo mais tempo de recuperação e aumentando o risco de morbidade e complicações associadas. [15]

A tomada de decisão sobre a exodontia profilática de 3Ms deve levar em consideração diversos aspetos e considerar, sobretudo, os benefícios que o tratamento vai trazer ao paciente. A decisão de indicação da remoção profilática, em adolescentes e adultos jovens, obedecerá sempre a critérios clínicos por parte do profissional e à avaliação dos prós e contras por parte dos agentes envolvidos, o cirurgião e o paciente. [2,15]

5. DISCUSSÃO

De acordo com Sverzut *et al.*, (2013), aproximadamente 65% da população mundial apresenta, aos 20 anos de idade, pelo menos um 3M impactado sendo que a cirurgia de extração destes elementos é, atualmente, um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados dentro dos consultórios dentários, 18 a 40% de todos os 3Ms extraídos são assintomáticos. [5,9]

Cardoso *et al.*, (2012), afirmou que o apinhamento tende a manifestar-se e/ou agravar-se durante a adolescência e pós-adolescência, principalmente nos elementos ântero-inferiores. Dado o facto desta ocorrência ser coincidente com o período da erupção dos 3Ms, os apinhamentos são, várias vezes, relacionados com este fenómeno eruptivo. Também Sverzut (2013) relatou que é comum a ideia de que a presença dos 3Ms inferiores possa influenciar na posição dos incisivos inferiores, resultando no apinhamento dos ântero-inferiores e, conseqüentemente, em extrações. Mattos *et al.*, (2008) diz que os 3Ms são constantemente relacionados com os apinhamentos dentários ântero-inferiores. De acordo com este autor, tal facto deve-se ao elevado número de

casos de apinhamento de incisivos inferiores durante, ou logo após, a erupção dos 3Ms inferiores que se registam durante a prática clínica. [5,7,12]

Sumitra & Tandur (2005), defenderam que a prática exodôntica como meio de prevenir ou evitar o apinhamento ântero-inferior não deve ser realizada. [13]

Ao encontro das opiniões veiculadas pelos autores citados atrás, a American Association of Oral and Maxillofacial Surgery (2004) sustenta que há poucas evidências para justificar as exodontias de 3Ms impactados e não defende que o apinhamento possa ser argumento promotor da cirurgia de extração. Ao encontro desta opinião vão autores como Niedzielska (2005) e Mattos *et al.*, (2008), que defendem ainda que a exodontia, ou germectomia dos 3Ms, pode não ser capaz de evitar o apinhamento, mesmo que Niedzielska (2005) diz que com um espaço inadequado no arco para a erupção do 3M, este poderia agravar o apinhamento ântero-inferior preexistente. [12,14,15]

Da mesma forma Sverzut (2013), relatou que não existem motivos que justifiquem a indicação de extração de 3Ms assintomáticos quando a intenção é a prevenção do surgimento ou agravamento dos apinhamentos ântero-inferiores. Para este autor, o controle radiográfico dos 3Ms inclusos livres de patologias pode ser uma boa alternativa. [5]

Sverzut (2013) e Porto *et al.*, (2008), dão conta de várias revisões da literatura em que se conclui que a influência dos 3Ms impactados na etiologia dos apinhamento ântero-inferior é, no mínimo, controversa. [5,15]

Cardoso *et al.*, (2012), identifica uma tendência crescente de isenção dos 3Ms no processo de apinhamento do arco inferior e regista que os créditos desta ocorrência têm sido cada vez mais atribuídos ao crescimento mandibular. O facto deste apinhamento ântero-inferior se desenvolver em maior grau nos pacientes do sexo masculino, pode, de acordo com este autor, ser a explicação para esta tendência. O autor lembra que durante o processo de erupção, os 3Ms exercem pouca pressão na região posterior dos arcos dentários e muito difícil de ser repercutida na região anterior. Para além disso o mesmo autor deixou sublinhado o facto de que o apinhamento tardio também se pode desenvolver em indivíduos cujos 3Ms estão ausentes congenitamente. [7]

Os 3Ms impactados podem estar associados a determinadas patologias e embora algumas delas não sejam consequência direta da impactação dos elementos dentários é certo que esta condição aumenta consideravelmente o risco do aparecimento de doenças, sobretudo quando a higiene oral é deficiente. [3,7,17]

Tal como vimos anteriormente, Elias, (2008) indica a pericoronarite como a complicação mais frequente relacionada com a retenção do 3M inferior, seguindo-se os quistos e a cárie. [3]

Com vista à eliminação do risco do aparecimento destas patologias Porto *et al.* (2008); Cardoso *et al.*, (2012); Elias (2008) e Martins Filho *et al.*, (2007) dão conta da defesa, por parte da literatura existente, da remoção profilática de 3Ms inclusos. De acordo com estes autores são inúmeros os fatores apontados para a extração profilática de 3Ms inclusos, porém a probabilidade de uma futura patologia instalar-se baixa, ou seja, por vezes os 3Ms inclusos, ou parcialmente erupcionados, podem nunca causar problemas. De facto, e a ter em conta a opinião de Friedman (2006), apenas 12% dos dentes impactados apresentam alguma patologia associada. [3,7,15,18]

Verificou-se que existe, entre vários profissionais, o mito infundado de que os riscos de danos relacionados a remoção cirúrgica de 3Ms inclusos, são relativamente pequenos e insignificantes, mas, tal como afirmou Santos *et al.*, (2015) esta cirurgia pode causar uma série de transtornos e prejuízos à saúde oral do indivíduo. [20]

Segundo Santos *et al.*, (2015), as manifestações pós-operatórias da cirurgia dependem de vários fatores como a técnica cirúrgica e a severidade da retenção e podem resultar em dor, em edemas e trismos, em sangramento excessivo ou persistente e alveolite. Friedman (2006) acrescenta a este rol de consequências a possibilidade de ocorrência de lesões acidentais mais graves, como a mandíbula e/ou dentes fraturados, lesões aos nervos lingual e alveolar inferior e os danos articulares. Em último caso pode mesmo verificar-se a necessidade de hospitalizações e registarem-se sequelas irreversíveis. [16,17,18,19,20]

Segundo Friedman (2006), a possibilidade de ocorrência de danos mais graves, aliada à baixa incidência de patologias associadas, torna as cirurgias profiláticas de 3Ms (assintomáticos) um procedimento questionável. [15]

Martins Filho *et al.*, (2007) defende a prática da remoção dos 3Ms impactados sempre que se verifiquem patologias e Elias (2008) lembra que Oliveira *et al.*, (2005) contrariou esta ideia quando argumentou que o risco das complicações cirúrgicas, o desconforto pós-operatório e a ausência de evidências científicas eram motivos para justificar a contra-indicação da remoção destes dentes inclusos quando assintomáticos. [3,17,25]

Apesar de este parecer, vários artigos incluídos na presente revisão da literatura justificam a conduta cirúrgica de cariz profilático em pacientes jovens sustentando esta ideia com o argumento de que são maiores as dificuldades cirúrgicas depois da formação completa do dente, ou seja, depois dos 25 anos de idade, altura em que aumenta o risco de morbidade e aumentam as complicações associadas à cirurgia. [3,15]

Suportado na ideia de que não existem estudos em número capaz de justificar que a remoção profilática dos 3Ms é maléfica ou benéfica para o paciente, Xavier *et al.*, (2008) defende que a decisão de intervir neste sentido, em adolescentes e adultos jovens, deve ficar dependente de protocolos clínicos estabelecidos entre o paciente e o cirurgião e que levem em linha de conta a avaliação dos prós e contras do procedimento. Porto *et al.*, (2008), diz que mesmo com o conhecimento científico e treino, o cirurgião deve informar o paciente dos riscos da exodontia profilática de 3Ms e das várias possibilidades terapêuticas, para chegar a um consenso com o paciente e decidir a conduta a seguir. [2,15]

6. CONCLUSÃO

Existe um grande questionamento quanto a interferência dos 3Ms inferiores no aparecimento e/ou agravamento dos apinhamentos ântero-inferiores, sendo que grande parte dos autores citados neste trabalho, acreditam que não há correlação direta entre os 3Ms inferiores e o apinhamento ântero-inferior.

Não existem evidências científicas, em relação aos 3Ms inferiores, que justifiquem a exodontia profilática dos mesmos.

Conhecimento científico e clínico e a análise minuciosa de cada caso em específico são as bases para que a decisão de extrair ou não os 3Ms seja a mais contundente possível.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sobotta, J. Atlas de Anatomia Humana, V. 1: Cabeça, pescoço e extremidade superior. 21ª ed. Guanabara Koogan; Rio de Janeiro, 2000.
2. Xavier CRG, Dias-Ribeiro E, Ferreira-Rocha, Duarte BG, Ferreira-Júnior O, Sant'Ana E, Gonçalves ES. Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe 2010 Abr/Jun;10(2):83-90
3. Elias, R. Terceiros Molares: Quando submetê-los a Cirurgia. Acervo Cipse. [Web page] Centro Integrado de estudos Dr. Roberto Elias. 2008; disponível em: http://www.cipse.com.br/acervo_detalhes.asp?Id=102
4. Richardson, M. O Terceiro molar: Uma perspectiva Ortodôntica. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial. 1998;3(3):103-117.
5. Sverzut CE, Trivellato AE, Lopes LMF, Ferraz EP, Sverzut AT. Accidental displacement of impacted maxillary third molar: a case report. Braz. Dent. J. 2005;16(2):167-170.

6. Azevedo-Vaz S, Carrazone Cal Alonso MB, Gamba TO, Oenning ACC, Haiter-Neto F. Influence of Unerupted Third Molars on Angle and Condyle Fracture. *Stomatos*, 2012 Jan./Jun.;18(34):84-88
7. Cardoso RM, Cardoso RM, Cardoso RM, Medeiros MAQB. O dilema do cirurgião-dentista na decisão da extração dos terceiros molares. *Odontol. Clín.-Cient.* 2012 abr./jun.;11(2):103-108.
8. Mah, D.-H., Kim, S.-G., Moon, S.-Y., Oh, J.-S., & You, J.-S. Relationship between mandibular condyle and angle fractures and the presence of mandibular third molars. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2015 41(1), 3–10.
9. Diago MP, Diago MP. *Atlas De Cirurgía Bucal Y Ortodoncia.* 1 ed., Valencia: Editora ERGON. 2015:84-112.
10. Farias JG, Santos FAP, Campos PSF, Sarmiento VA, Barreto S, Rios V. Prevalência de dentes inclusos em pacientes atendidos na disciplina de cirurgia do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2003;3(2):15-19.
11. Silva LCF, Santos TS, Oliveira LGS, Santos JASS. Relationship between third molar and mandibular anterior crowding: a present-day review, *International Journal of Dentistry,* 2010;54(8):123-127
12. Mattos, RMPR, Sotero SF, Franco AA, Carvalho RWF, Falcão PGCB. A influência do 3M no apinhamento ântero-inferior. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe.* 2008 jul./set.;8(3):09-16.
13. Sumitra, Tandur. Third molars and late Mandibular Incisor Crowding. *Jornal Orthod. Soc.* 2005;38:100-111.
14. Niedzielska I. Third molar influence on dental arch crowding. *Eur J,* 2005;27(5):518-23.

15. Porto GG, Vasconcelos BCE, Carneiro SS, Vasconcelos CFM. Princípios bioéticos na cirurgia de terceiro molar incluso em adolescentes e adultos jovens. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe. 2009 jan./mar.;9(1):103-114
16. Zanetti LSS, Marano RR, Bianchi PR, Gracia Junior IR, Barros LAP. Transformação Cística como Consequência do Terceiro Molar Inferior Incluso, Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial. 2009;50:19-23.
17. Martins Filho PRS, Pereira JC, Piva MR, Ribeiro AO, Dantas LP. Avaliação da prevalência de patologias em terceiros molares inclusos. Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial. 2008;49:149–152.
18. Friedman JW. The Prophylactic Extraction of Third Molars: A Public Health Hazard. American Journal of Public Health. 2007;97(9):1554–1559.
19. Paulesini Junior W, Caixeta Neto LS, Leporace AA, Rapoport A. Complicações associadas à cirurgia de terceiros molares: revisão de literatura. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2008 maio-ago;20(2):181-185.
20. Santos TL, Santos E JL, Lins RBE, Araújo LF, Mesquita BS, Sobreira T. Qualidade de vida de pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Rev. odontol. UNESP. 2015;44(1):6-11.
21. Bishara S. Third Molars: A Dilema! Or is it? American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1999; 115(6):628-633.
22. Yee WS, Rahman RA, Taib H. Effects of lower third molar removal on attachment level and alveolar bone height of the adjacent second molar, Archives of Orofacial Sciences. 2009;4(2):36-40.
23. Singh V, Mohammad S, Singh N, Das S. Conservative treatment of keratocyst: A follow-up study, European Journal of General Dentistry, 2013;2(2):169-173.
24. Gomes ACM, Silva E, Bezerra T, Pontual M, Vasconcellos Z. Terceiros Molares: o que fazer. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. 2004;4(3):137–143

25. Oliveira L, Schmidt, Assis, Gabrielli, Hochuli-Vieira, Pereira Filho V P. Avaliação dos acidentes e complicações associados à exodontia dos 3os molares. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe. 2006;6(2):51–56.

CAPÍTULO II – RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS

1. INTRODUÇÃO

O Estágio de Medicina Dentária é um período supervisionado que prevê o contacto direto do estudante com as unidades de saúde. Trata-se de um período que tem por objetivo o aperfeiçoamento dos conhecimentos que o aluno adquiriu ao longo dos anos de estudo e que também visa o aperfeiçoamento das técnicas profissionais de forma a que este possa vir a ser um profissional de referência e mérito.

Este estágio, que decorreu entre setembro de 2016 e junho de 2017 abordou três áreas de intervenção: Estágio de Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio de Saúde Oral e Comunitária.

2. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA

O estágio em Clínica Geral Dentária realizou-se na Unidade Clínica Nova Saúde do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, em Gandra tendo a duração total de 280 horas anuais e a supervisão da Prof. Dra. Maria do Pranto Braz.

Os atos clínicos efetuados durante este período estão indicados no anexo (Capítulo II – Tabela 1).

3. ESTÁGIO HOSPITALAR

O estágio teve lugar no Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE - Hospital de Guimarães decorrendo à segunda-feira e com um total de 196 horas anuais. O Estágio hospitalar esteve sob responsabilidade técnica do Professor Dr. Fernando Figueira e coordenado em uma primeira fase pela Professora Doutora Ana Manuela Salvaterra Azevedo e em uma segunda fase pelo Professor Mestre Raul José Gomes Pereira.

O estágio assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz destes profissionais.

Os atos clínicos efetuados durante este período estão indicados no anexo (Capítulo II – Tabela 2).

4. ESTÁGIO DE SAÚDE ORAL E COMUNITÁRIA

O estágio de Saúde Oral e Comunitária, cujo principal objetivo era a implementação do Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral, foi supervisionado pelo Professor Dr. Paulo Alexandre Rompante, tendo tido a duração de 196 horas. O estágio decorreu na Escola Básica de Cabeda – Jardim de infância - Freguesia de Alfena – Município de Valongo como também foi levada a cabo na Escola Básica do Barreiro-Jardim de infância – Freguesia de Alfena – Município de Valongo. O estágio foi cumprido na sua totalidade. (Anexo Capítulo II – Tabela 3)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

O estágio revelou-se uma fase de aprendizagem bastante importante uma vez que, com ele, me preparei, enquanto aluna, para uma boa atuação profissional no futuro. Este

estágio foi ainda mais valorizado pelo facto de constituir três componentes que complementaram a abordagem experiencial e melhor me prepararam para o futuro. Através destas componentes foi possível adquirir novas aprendizagens e alargar conhecimentos a vários setores de intervenção dos profissionais dentistas. Por intermédio do estágio foi possível consolidar os conhecimentos adquiridos na componente teórica do plano de estudos do curso.

ANEXOS CAPÍTULO II

Tabela 1: Atos clínicos efetuados durante o estágio em Clínica Geral Dentária.

Ato Clínico	Operador	Auxiliar	Total
Exodontia	9	10	19
Dentisteria	13	18	31
Destartarização	9	6	15
Endodontia	4	5	9
Triagem	5	2	7
Outros	5	2	7
Total	45	43	88

Tabela 2: Atos clínicos efetuados durante o Estágio Hospitalar

Ato Clínico	Operador	Auxiliar	Total
Exodontia	30	34	64
Dentisteria	19	19	38
Destartarização	16	11	27
Endodontia	2	3	5
Triagem	4	7	11
Outros	6	3	9
Total	77	77	154

Tabela 3. Cronograma de atividades do Estágio de Saúde Oral e Comunitária no agrupamento de Valongo.

DATA	INSTITUIÇÃO	TURMA	PLANO / ATIVIDADE
26/01/2016	Escola Básica de Cabeda -Jardim de infância + Escola Básica de Barreiro -Jardim de infância		Reunião com professores para aprovação e afinação do cronograma.
02/02/2016	EB JI - Cabeda	Turma 2 – Prof. Maria Teresa Machado	15 Levantamentos epidemiológicos e promoção de saúde oral.
16/02/2016	EB JI Barreiro	Turma 1 – Prof. Maria do Céu Lourenço Pereira	15 Levantamentos epidemiológicos e promoção de saúde oral.
09/02/2016			CARNAVAL
16/02/2016	EB JI Barreiro	Turma 1 – Prof. Maria do Céu Lourenço Pereira	15 Levantamentos epidemiológicos e promoção de saúde oral.

23/02/2016	EB JI Cabeda	Turma 1- Prof. Maria Piedade Baia	10 Levantamentos epidemiológicos.
01/03/2016	EB JI Cabeda	Turma 1 - Prof. Maria Piedade Baia	9 Levantamentos epidemiológico e promoção da saúde oral.
08/03/2016	EB JI Cabeda	Turmas 1, 2 e 3	Técnicas de Higiene e saúde oral.
15/03/2016	EB JI Barreiro	Turma 3 – Prof. Maria José Moutinho Marques	28 levantamentos epidemiológicos e promoção de saúde oral.
22/03/2016			PÁSCOA
29/03/2016			Recesso escolar
05/04/2016	EB JI do Barreiro	Turma 2 – Prof. Maria do Céu Pereira Soares	21 Levantamentos epidemiológicos e promoção da saúde oral.
12/04/2016	EB JI do Barreiro	Turmas 1, 2 e 3	Apresentação de técnicas de higiene oral.
19/04/2016	EB JI Cabeda	Turmas 1, 2 e 3	Apresentação de técnicas de higiene oral.
26/04/2016	EB JI Cabeda	Turmas 1 e 3	17 Levantamentos epidemiológicos.
03/05/2016			Semana Académica
10/05/2016	EB JI Cabeda	Turmas 1, 2 e 3	15 Levantamentos epidemiológicos.
17/05/2016	EB JI do Barreiro	Turma 1	6 levantamentos epidemiológicos.
		Turma 2	6 levantamentos epidemiológicos.
24/05/2016	EB JI Cabeda	Turmas 1, 2 e 3	Apresentação de técnicas de higiene oral.