

Mariana Neves Torcato Baptista, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: “Estudo Retrospectivo dos Implantes Dentários colocados na Pós-Graduação de Implantologia Oral”. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Professor Doutor Marco Infante da Câmara

Coorientadora: Professora Doutora Filomena Salazar

ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, Marco Infante da Câmara, com a categoria profissional de Professor Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado *“Estudo Retrospectivo dos Implantes Dentários colocados na Pós-Graduação de Implantologia Oral”*, da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Mariana Neves Torcato Baptista, 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, 26 de Junho de 2017

O Orientador

Marco Infante da Câmara

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo o apoio e confiança, por estarem sempre lá para mim, sem eles nada seria possível!

Ao meu noivo, por estar sempre ao meu lado e me apoiar em todos os momentos.

A toda a minha família por acreditarem em mim e pelas palavras de carinho e coragem em todo o meu percurso.

Aos meus amigos pela amizade, apoio, carinho e por serem a família que eu escolhi para me acompanharem sempre!

À minha madrinha e afilhada pelo companheirismo e amizade, são o meu orgulho!

Aos amigos que a faculdade me deu, por terem tornado estes 5 anos inesquecíveis e memoráveis! Principalmente à turma 3, por serem os melhores, levo-vos comigo p'rá vida!

À minha binómia Filipa Sá, por estar ao meu lado desde o 1º dia, nos bons e maus momentos, por ser a minha companheira! A nossa amizade continua!

Ao meu orientador, Professor Doutor Marco Infante da Câmara, e à minha coorientadora, Professora Doutora Filomena Salazar por toda a ajuda, dedicação e paciência durante a realização deste trabalho.

Às funcionárias da Unidade Clínica de Famalicão, Raquel Cardoso e Cláudia Pereira, por toda a ajuda e por terem sido sempre prestáveis durante todo o trabalho.

A todos os Professores e Funcionários da faculdade por terem contribuído para a minha formação e por me terem acompanhado ao longo destes 5 anos.

RESUMO

Introdução: Tal como os nossos dentes, os implantes dentários também estão sujeitos a doenças periodontais, chamadas de doenças peri-implantares. A peri-implantite e a mucosite são doenças infecciosas. A mucosite é uma lesão inflamatória caracterizada pelo rubor e edema dos tecidos moles, sendo a sondagem reconhecida como a característica mais importante para o seu diagnóstico. Já a peri-implantite está associada a bolsas profundas, por vezes supuradas, mas sempre acompanhada de perda de osso alveolar. Tal como as doenças periodontais, as doenças peri-implantares também apresentam fatores de risco, como a pobre higiene oral, história de doença periodontal anterior, diabetes, hábitos tabágicos, consumo de álcool e fatores genéticos. A perda óssea pode ocorrer consequente da colocação dos implantes, acompanhada ou não de inflamação (peri-implantite). Para contrariar esta perda óssea e para estimular a regeneração óssea são utilizadas técnicas de regeneração com enxerto ósseo e agregados plaquetários como a Fibrina rica em Plaquetas e Leucócitos.

Objetivos: Recolha de dados relativos aos implantes e à sua colocação nos pacientes das 3ª e 4ª edições da Pós Graduação de Implantologia Oral, com análise de diversas variáveis de estudo.

Metodologia: O presente estudo foi realizado em 22 indivíduos, num total de 67 implantes dentários. Os critérios para inclusão neste estudo foram: Paciente com implantes colocados na Pós Graduação de Implantologia Oral; modelo do implante MIS Seven; registo radiográfico do implante (radiografia da cirurgia, do dia de carga, do dia da colocação da peça protética e do follow-up de 1 ano); comparência na consulta para a realização do questionário e preenchimento do periodontograma. Por último foi realizado o diagnóstico relativamente às doenças peri-implantares e periodontais, diagnóstico de sucesso/sobrevivência dos implantes e estudo estatístico das relações a serem analisadas nesta investigação.

Resultados e Discussão: Neste trabalho verificamos que 77,3% dos pacientes e 77,6% os implantes são saudáveis e 22,7% dos pacientes e 22,3% dos implantes apresentam mucosite. Não foi encontrado neste estudo nenhum paciente, nem implante com peri-implantite. Em relação à escala de saúde dos implantes dentários, 55,2% dos implantes obtiveram sucesso e 44,8% sobrevivência.

Conclusão: É necessário continuar este estudo, com follow-ups de mais anos, tentando assim aumentar a amostra de pacientes e torná-la mais equilibrada. Consequentemente é essencial termos um maior número de pacientes e um maior intervalo de tempo, para conseguirmos apurar mais e melhores resultados.

Palavras-chave: implante, osso alveolar, periodonto, doenças peri-implantares, fibrina rica em plaquetas e leucócitos, ligamento periodontal, sobrevivência e sucesso clínico de implantes.

ABSTRACT

Introduction: Like our teeth, dental implants are also subject to periodontal diseases, called peri-implant diseases. Peri-implantitis and mucositis are infectious diseases. Mucositis is an inflammatory lesion characterized by flushing and soft tissue edema and probing is the best method for its diagnosis. Peri-implantitis is associated with deep pockets, sometimes suppurated, and always linked to loss of alveolar bone. Similar to periodontal diseases, peri-implant diseases are associated with risk factors such as poor oral hygiene, history of previous periodontal disease, diabetes, smoking habits, alcohol consumption and genetic background. Bone loss may occur as a result of implant placement with or without the development of inflammation (peri-implantitis). Bone graft regeneration techniques and platelet aggregates such as Platelet and Leukocyte Rich Fibrin are used to counteract this bone loss and to stimulate bone regeneration.

Objectives: Data collection on implants and on their placement in patients of the 3rd and 4th editions of the Post Graduation of Oral Implantology with analysis of several variables.

Methodology: The present study was performed in 22 individuals with a total of 67 dental implants. The patient inclusion criteria for this study were: implants placed in the Post Graduation of Oral Implantology; MIS Seven implant model; radiographic record of the implant (on the following moments: surgery day, loading day, prosthetic part placement day and 1-year follow-up); and attendance to appointment to complete questionnaire and periodontogram. At the last appointment the patients assessed for the development of peri-implant and periodontal diseases and there was evaluation of the success / survival of the implants. After the data collection statistical analysis was performed.

Results and Discussion: In this study, 77.3% of the patients and 77.6% of the implants were healthy, and 22.7% of the patients and 22.3% of the dental implants presented mucositis.

No patient or implant with peri-implantitis was found in this study. Regarding the health status of the dental implants, 55.2% of the implants were successful and 44.8% survived.

Conclusion: The lack of patients with peri-implantitis in this research indicates that it is necessary to have a bigger and more representative patient cohort for a more robust study. That can be achieved by recruiting more patients and by increasing the number of follow-up appointments over a longer period of time.

Key-words: Implant, alveolar bone, periodontium, peri-implant diseases, platelet-rich fibrin and leukocytes, periodontal ligament, survival and clinical success of dental implants.

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I - Estudo Retrospectivo dos Implantes Dentários colocados na Pós-Graduação de Implantologia Oral	1
1. Introdução	1
2. Objetivos	3
3. Material e Métodos.....	4
4. Resultados.....	7
5. Discussão.....	12
6. Conclusão	17
7. Bibliografia.....	18
8. Anexos	20
Capítulo II – Relatório das Atividades Práticas das Unidades Curriculares de Estágio.....	26
1. Estágio em Clínica Geral Dentária	26
2. Estágio de Clínica Hospitalar em Serviços de Estomatologia e Medicina Dentária em Unidades Hospitalares	27
3. Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	27
4. Considerações Finais.....	29

CAPÍTULO I - ESTUDO RETROSPETIVO DOS IMPLANTES DENTÁRIOS COLOCADOS NA PÓS-GRADUAÇÃO DE IMPLANTOLOGIA ORAL

1. Introdução

A perda precoce da dentição na população tem sido colmatada com a colocação de implantes dentários, numa tentativa de restabelecer a estética e a função destes pacientes.

Tal como os nossos dentes, os implantes dentários também estão sujeitos a doenças periodontais, chamadas de doenças peri-implantares. Dentro desta categoria temos, assim como nas doenças periodontais, duas subcategorias a mucosite e a peri-implantite. A peri-implantite e a mucosite são doenças infecciosas. A mucosite é uma lesão inflamatória caracterizada pelo rubor e edema dos tecidos moles, sendo a sondagem reconhecida como a característica mais importante para o seu diagnóstico. Já a peri-implantite está associada a bolsas profundas, por vezes supuradas, mas sempre acompanhada de perda de osso alveolar. Para a realização do diagnóstico destas doenças é essencial fazer uma sondagem, um controlo radiográfico e uma observação clínica detalhada.

Relativamente à sondagem, devemos usar uma força suave (0,25N) para não danificar os tecidos peri-implantares. O sangramento durante este procedimento é indicador de inflamação na mucosa e medições de bolsas superiores a 5mm são indicativas de perda de osso de suporte. O controlo radiográfico é essencial para acompanharmos o nível do osso ao redor do implante ao longo do tempo.

Mucosite	Peri-implantite
<ul style="list-style-type: none">• Inflamação e edema• Sangramento à sondagem• Sondagem \leq 4mm• Ausência de perda óssea	<ul style="list-style-type: none">• Inflamação e edema por vezes com supuração• Sangramento à sondagem• Sondagem \geq 5mm• Presença de perda óssea

Tabela 1- Critérios de Diagnóstico de Mucosite e Peri-implantite

Tal como as doenças periodontais, as doenças peri-implantares também apresentam fatores de risco, como a pobre higiene oral, história de doença periodontal anterior, diabetes, hábitos tabágicos, consumo de álcool e fatores genéticos. As melhores evidências são com pobre higiene oral, história pregressa de doença periodontal e hábitos tabágicos, já com os outros fatores, as evidências são limitadas. (1)

Relativamente à prevalência das doenças peri-implantares, os dados existentes são limitados. Nas revisões, o diagnóstico de mucosite é baseado no sangramento à sondagem sem perda de osso de suporte e os autores reportam que 80% dos indivíduos e 50% dos locais com implante exibem mucosite. Quanto à peri-implantite, o diagnóstico é feito com base no sangramento e na perda de osso e os resultados são que entre 28% a 56% dos indivíduos e 12% a 43% dos locais com implantes apresentam peri-implantite. (2-5)

No que diz respeito à etiologia das doenças peri-implantares, ainda não existe um consenso relativamente à colonização bacteriana, ou seja, quais as bactérias responsáveis pela contaminação. A única certeza é que, as bactérias gram negativas anaeróbias estão presentes na microflora ao redor dos implantes falhados ou com doença peri-implantar.(5, 6)

A perda óssea pode ocorrer conseqüente da colocação dos implantes, acompanhada ou não de inflamação (peri-implantite).(7) Para contrariar esta perda óssea e para estimular a regeneração óssea são utilizadas técnicas de regeneração com enxerto ósseo e agregados plaquetários como a Fibrina rica em Plaquetas e Leucócitos.

Os agregados plaquetários para cirurgia provêm de produtos autógenos centrifugados através de uma amostra sanguínea do paciente. O objetivo é reunir os componentes mais ativos da amostra sanguínea (plaquetas, ricas em fatores de crescimento; fibrina e às vezes leucócitos) e prepará-los para serem usados clinicamente. Estas preparações podem passar por soluções ou géis e podem ser injetadas ou colocadas no local cirúrgico, numa ferida ou numa área lesada, de modo a promover a regeneração dos tecidos danificados. (8-12).

Em relação ao sucesso e à sobrevivência clínica dos implantes, vários critérios são considerados como a dor, mobilidade, perda óssea, exsudados, profundidade de sondagem, entre outros. Todas as condições clínicas estão descritas na *tabela 1* dos Anexos.(13, 14).

Em relação ao torque de inserção dos implantes, é importante conseguirmos na cirurgia um torque superior a 30N, pois este é sinónimo de uma boa estabilidade primária que é essencial para o sucesso do implante. (15)

2. Objetivos

Os objetivos deste trabalho foram, através da análise dos dados recolhidos das 3ª e 4ª edições da Pós Graduação de Implantologia Oral, depreender as relações existentes entre as doenças peri-implantares e o sucesso/sobrevivência dos implantes com as diferentes variáveis inerentes à colocação de implantes como a história clínica do paciente, os hábitos tabágicos, a regeneração auxiliar que possa ser usada, o torque de inserção dos implantes, o local de inserção do implante, as perdas ósseas, as perdas de aderência, entre outros.

3. Material e Métodos

3.1 Caracterização da Amostra

O presente estudo foi realizado em 22 indivíduos, num total de 67 implantes dentários. A amostra contém pacientes com idades compreendidas entre 26 e os 68 anos, sendo 7 do género feminino e 15 do género masculino. Os critérios para inclusão neste estudo foram:

- Paciente com implantes colocados na Pós Graduação de Implantologia Oral
- Modelo do implante MIS Seven
- Registo radiográfico do implante (de preferência com radiografia da cirurgia, do dia de carga, do dia da colocação da peça protética e do follow-up de 1 ano)
- Comparência na consulta para a realização do questionário e preenchimento do periodontograma

Esta amostra foi conseguida de uma população de 111 pacientes e 351 implantes, que fizeram a colocação de implantes dentários na Pós Graduação de Implantologia Oral nas 3ª e 4ª edições. A diferença significativa de pacientes e implantes da população para a amostra, deve-se à dificuldade verificada em conseguir que os mesmos viessem à clínica para a realização do estudo, pois há pacientes provenientes de várias zonas do País e emigrantes, e a um incompleto exame radiográfico em alguns pacientes.

3.2 Procedimentos

Para a realização deste estudo foi elaborada um ficha clínica (Anexo 1), que contém questões relativas aos dados pessoais do paciente, uma breve anamnese, questões relacionadas com o(s) implante(s) colocado(s), a peça protética utilizada e o tipo de regeneração auxiliar. Por último contém um espaço para observações das consultas e radiografias e o periodontograma.

O preenchimento desta ficha foi realizado no dia em que o paciente comparecia na Clínica e outra parte, com base no registo clínico já existente. Para aceder ao registo clínico pedi autorização à Exma. Diretora Administrativa e à Exma. Diretora Clínica da Unidade Clínica de Famalicão, uma vez que a Pós Graduação em Implantologia decorre nestas instalações. Do registo clínico foi retirada informação como o nome completo, idade/data de nascimento, género, medicação, doenças/alterações, hábitos tabágicos, antecedentes

periodontais, tipo de implante, medidas do implante, número de implantes colocados, torque de inserção do implante, material protético, tipo de prótese, tipo de peça protética, tipo de regeneração utilizada e as datas da cirurgia, carga, provas e da colocação da prótese. O contacto com os pacientes, a solicitar que estes se dirigissem à clínica para a realização do estudo, foi realizado pelas funcionárias desta unidade clínica. Após ser agendado com os pacientes, estes dirigiam-se à clínica onde era explicado o consentimento informado (Anexo 2) e após aceitação em participar no estudo, eram realizadas as radiografias, o preenchimento da ficha clínica e a visualização da sua cavidade oral, mais especificamente os implantes dentários. Em relação ao preenchimento do periodontograma que consta na ficha clínica, a sondagem foi realizada com sondas periodontais CP 11 de plástico para não danificar a estrutura do implante, nas seis faces à volta de cada dente e de cada implante e o sangramento foi registado quinze segundos após a sondagem.

Terminada esta fase, foi feito o levantamento das radiografias anteriores (inicial, cirurgia e colocação da peça protética) de todos os pacientes e com o auxílio do programa informático "*Measura X*" foram feitas as medições do osso alveolar. Este programa tem duas réguas (horizontal e vertical) as quais são possíveis de calibrar segundo o comprimento do implante que estamos a analisar, fixando assim a nossa referência, como podemos ver na *imagem 1*. A presença de perda óssea vertical foi registada nas superfícies mesial e distal do implante, medindo a distância da plataforma do implante ao primeiro contacto osso-implante. O mesmo examinador calibrado realizou todas as medições.

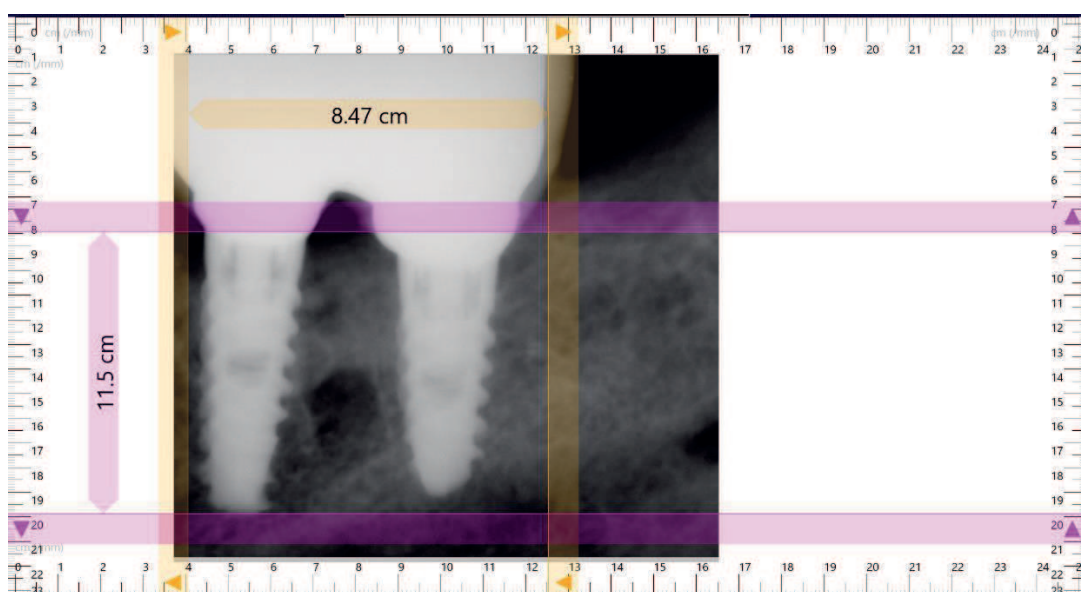


Imagem 1 – Material e Métodos – Calibração réguas "Measura X"

Por último foi realizado o diagnóstico relativamente às doenças peri-implantares e periodontais, diagnóstico de sucesso/sobrevivência dos implantes e estudo estatístico das relações a serem analisadas nesta investigação.

4. Resultados

Do total de 111 pacientes, que colocaram implantes na pós-graduação, 22 integraram o estudo. Deste pool de pacientes, 15 (68,18%) são do género masculino e 7 (31,82%) do género feminino.

Na *tabela 1*, temos a descrição demográfica dos pacientes, onde podemos visualizar que existem 63,64% pacientes não fumadores, 18,18% pacientes fumadores e a mesma percentagem para pacientes ex-fumadores. Os pacientes fumadores fumam em média 12,5 cigarros. Relativamente à presença de doença periodontal nos restantes dentes, podemos ver que 45,45% apresentam doença periodontal e 54,55% dos pacientes não apresentam esta patologia.

Características dos pacientes (Total)	N	%
Total	22	100
<u>Género</u>		
Masculino	15	68,18
Feminino	7	31,82
<u>Idade</u>		
26-50	12	54,55
50-68	10	45,45
<u>Hábitos Tabágicos</u>		
Não fumadores	14	63,64
Fumadores	4	18,18
Ex-fumadores	4	18,18
<u>Doença Periodontal nos restantes dentes</u>		
Presença de Doença Periodontal	10	45,45
Ausência de Doença Periodontal	12	54,55

Tabela 1 – Resultados – Características dos pacientes (N=22)

No que diz respeito ao Grupo 1, este é constituído por 17 pacientes, tendo estes toda a documentação radiográfica e clínica para a realização do estudo. Neste grupo temos 11 (64,72%) pacientes do género masculino e 6 (35,29%) do género feminino. As idades destes pacientes vão dos 26 anos aos 68 anos. Nestes pacientes existem 70,59% não fumadores, 17,65% ex-fumadores e 11,76% fumadores, sendo 15 cigarros a média de consumo diária nestes pacientes. 52,94% dos pacientes apresentam doença periodontal nos restantes dentes e 47,06% não apresentam esta patologia.

Características dos pacientes (Grupo 1)	N	%
Total	17	100
<u>Género</u>		
Masculino	11	64,71
Feminino	6	35,29
<u>Idade</u>		
26-50	8	47,06
50-68	9	52,94
<u>Hábitos Tabágicos</u>		
Não fumadores	12	70,59
Fumadores	2	11,76
Ex-fumadores	3	17,65
<u>Doença Periodontal nos restantes dentes</u>		
Presença de Doença Periodontal	9	52,94
Ausência de Doença Periodontal	8	47,06

Tabela 2 – Resultados – Características dos pacientes do Grupo 1 (N=17)

Relativamente ao Grupo 2, é formado por 5 pacientes, 4 (80%) do género masculino e 1 (20%) do género feminino. Para este grupo apenas existe documentação radiográfica da altura do estudo. As idades destes pacientes vão desde os 34 anos aos 56 anos. No que toca aos hábitos tabágicos, 40% dos pacientes são não fumadores, 20% são ex-fumadores e 40% são fumadores, sendo que fumam em média 10 cigarros.

Características dos pacientes (Grupo 2)	N	%
Total	5	100
<u>Género</u>		
Masculino	4	80
Feminino	1	20
<u>Idade</u>		
26-50	4	80
50-68	1	20
<u>Hábitos Tabágicos</u>		
Não fumadores	2	40
Fumadores	2	40
Ex-fumadores	1	20
<u>Doença Periodontal nos restantes dentes</u>		
Presença de Doença Periodontal	1	20
Ausência de Doença Periodontal	4	80

Tabela 3 – Resultados – Características dos pacientes do Grupo 2 (N=17)

O número total de implantes avaliados foi 67, tendo a população 358 implantes colocados na Pós-graduação.

Na *tabela 4* podemos analisar os resultados relativos às características dos implantes. Baseado na localização, temos que 40,3% dos implantes foram colocados na mandíbula e por sua vez 59,7% na maxila. Na análise da perda de aderência verificamos que 37,3% dos pacientes tinha presença de perda de aderência. Quanto à utilização de regeneração no local do implante, 61,2% dos implantes não usufruiu da regeneração e 38,8% tem presença desta. No que diz respeito ao tempo decorrido entre a colocação da prótese e o estudo, uma vez que foram selecionadas para o estudo 2 edições da Pós-Graduação, temos intervalos que vão desde os 12 meses aos 30 meses. Dos 12 aos 15 meses temos 80,5% dos implantes, 0% dos 15 aos 18 meses, 10,5% dos 18 aos 24 meses e 9% dos 24 aos 30 meses. Na documentação clínica também foi registado o tamanho e o diâmetro dos implantes colocados. Em relação ao tamanho os resultados são 9% de 16mm, 25,4% de 13mm, 34,3% de 11,5mm, 22,3% de 10mm e 9% de 8mm, e no que diz respeito ao diâmetro temos 4,5% com 5mm, 31,3% com 4,2mm, 55,2% com 3,75mm e 9% com 3,30mm. O torque de inserção foi um parâmetro analisado neste estudo, 13,4% dos implantes ficaram com menos de 20N na cirurgia, 6% com mais de 20N e menos de 30N, 28,4% ficaram com o torque maior ou igual a 30N e menor que 40N e 52,2% com maior ou igual a 40N e menor ou igual a 50N.

Características do Implante	N	%
Total	67	100
<u>Localização</u>		
Mandíbula	27	40,3
Maxila	40	59,7
<u>Presença de Perda de Aderência</u>	25	37,3
<u>Regeneração no local do implante</u>		
Presença de regeneração	26	38,8
Ausência de regeneração	41	61,2
<u>Tempo entre a colocação da prótese e o estudo</u>		
12-15 meses	54	80,5
15-18 meses	0	0
18-24 meses	7	10,5
24-30 meses	6	9

<u>Tamanho do Implante</u>		
16 mm	6	9
13 mm	17	25,4
11,5 mm	23	34,3
10 mm	15	22,3
8 mm	6	9
<u>Diâmetro do Implante</u>		
5 mm	3	4,5
4,2 mm	21	31,3
3,75 mm	37	55,2
3,30 mm	6	9
<u>Torque de inserção</u>		
<20N	9	13,4
≥20N e <30N	4	6
≥30 e <40N	19	28,4
≥40 e ≤50N	35	52,2

Tabela 4 – Resultados – Características dos implantes (N=67)

Os resultados deste estudo são em relação aos pacientes e aos implantes, sendo a amostra de 22 e 67 respectivamente.

Para realizar o diagnóstico das doenças peri-implantares foram necessário alguns dados clínicos e radiográficos como a sondagem, o sangramento (presentes na tabela e retirados do preenchimento do periodontograma) e a perda óssea que foi analisada comparando toda a documentação radiográfica do paciente.

Implantes	N	%
Total	67	100
<u>Sondagem</u>		
Com bolsas	12	17,9
Sem Bolsas	55	82,1
<u>Sangramento</u>		
Com sangramento	7	10,5
Sem sangramento	60	89,5

Tabela 5 – Resultados – Sondagem e Sangramento dos implantes (N=67)

Nesta amostra apenas verificamos a existência de Mucosite Peri-implantar presente em 22,7% dos pacientes e 22,4% dos implantes, como podemos verificar no *gráfico 1*.

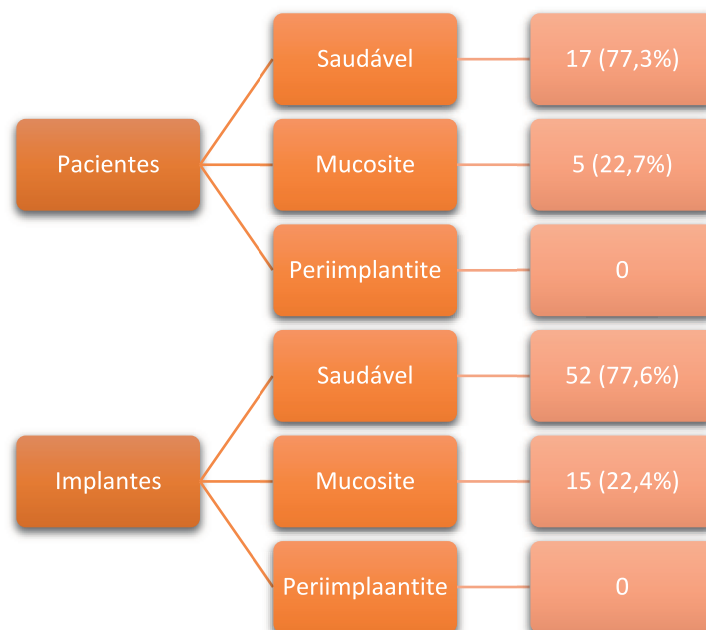


Gráfico 1 – Resultados – Características dos implantes (N=67)

Através destes dados clínicos e radiográficos e com os critérios do Consenso do Congresso Internacional de Implantologia Oral, foi possível chegarmos aos resultados de taxas de sucesso de sobrevivência destes implantes. Num total de 67 implantes, 44,8% encontra-se na categoria de sobrevivência e 55,2% obtiveram sucesso.

Implantes	N	%
Total	67	100
Sobrevivência	30	44,8
Sucesso	37	55,2

Tabela 6 – Resultados – Escala de saúde dos implantes (N=67)

5. Discussão

O objetivo deste estudo é multifatorial. O tratamento estatístico foi realizado no programa informático SPSS® com recurso ao teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Foi eleita esta distribuição por se tratar de uma estatística inferencial, utilizada para avaliar quantitativamente a relação existente entre um experimento e a distribuição do mesmo.

Um dos objetivos assenta na avaliação da prevalência das doenças peri-implantares nesta população. Segundo o consenso do Sexto Workshop Europeu de Periodontologia, 80% dos indivíduos e 50% dos locais de implantes, apresentam mucosite, neste estudo os valores foram bem inferiores já que apenas 22,7% dos indivíduos e 22,4% dos locais com implantes apresentam mucosite. Relativamente à peri-implantite no presente estudo nenhum indivíduo apresentava esta doença, ao contrário do apresentado no consenso. A diferença significativa de valores para as doenças peri-implantares deve-se sobretudo ao período de tempo compreendido entre a colocação dos implantes e o estudo ser inferior a 5 anos, sendo que os restantes estudos são, maioritariamente, realizados com follow-ups de 5 anos.

Há evidências científicas que indicam que uma pobre higiene oral, história anterior de doença periodontal e hábitos tabágicos estão associados a um maior risco de desenvolvimento de doenças peri-implantares. No presente estudo conseguimos verificar que a maior parte dos indivíduos, 54,55%, não apresentava doença periodontal nos restantes dentes e, 63,64% não tinha hábitos tabágicos. Na associação destas variáveis com a presença de doença peri-implantar, verifica-se que neste estudo 20% dos indivíduos fumadores, 57,1% dos ex-fumadores e 18% dos não fumadores apresentam mucosite. Estes valores indicam-nos, que temos um $\chi^2=5,454$; $p=0,065$, o que significa que não há uma associação estatisticamente significativa como estaríamos a prever entre os indivíduos fumadores e a doença peri-implantar.

Hábitos Tabágicos	Presença de Doença Peri-implantar (Mucosite)	Ausência de Doença Peri-implantar
Fumador	20%	80%
Ex-fumador	57,1%	42,9%
Não Fumador	18%	82%

Tabela 1 – Discussão – Relação entre hábitos tabágicos e doença peri-implantar (N=67)

Ainda sobre os hábitos tabágicos, fomos analisar a relação existente entre a perda óssea e a perda de aderência com os indivíduos fumadores, ex-fumadores e não fumadores.

O estudo da perda óssea só pôde ser realizado no Grupo 1, já que apenas nestes indivíduos existe um exame radiográfico completo. Com os dados apresentados na *tabela 2*, podemos apurar que neste estudo não houve relação entre estas duas variáveis, já que o $\chi^2= 1,31$ e o $p=0,52$, o que traduz a não existência de associação significativa.

Hábitos Tabágicos	Presença de Perda Óssea	Ausência de Perda Óssea
Fumador	25%	75%
Ex-fumador	50%	50%
Não fumador	27,5%	72,5%

Tabela 2 – Discussão – Relação entre hábitos tabágicos e perda óssea (N=50)

Quanto ao estudo da perda de aderência nos indivíduos fumadores, podemos aferir que os indivíduos fumadores e os não fumadores apresentam um valor de 40% cada e os ex-fumadores de 14,3% em relação à presença de perda de aderência. Estas relações não são estatisticamente significativas já que $\chi^2=1,772$ e $p=0,412$.

Hábitos Tabágicos	Presença de Perda de Aderência	Ausência de Perda de Aderência
Fumador	40%	60%
Ex-fumador	14,3%	85,7%
Não fumador	40%	60%

Tabela 3 – Discussão – Relação entre hábitos tabágicos e perda de aderência (N=67)

Relativamente aos hábitos tabágicos não foi possível fazermos associações estatisticamente significativas, pois a nossa amostra era muito desigual e os indivíduos fumadores eram escassos (18,18%).

No que diz respeito à diferença da prevalência das doenças periodontais nos géneros, feminino e masculino, não há associação significativa que comprove que possa haver predisposição para esta doença consoante o género, o que é corroborado pelas evidências científicas. Como podemos verificar na *tabela 4*, 24,4% dos pacientes do género masculino e 19,2% do género feminino apresentam mucosite, o que nos mostra que não há diferenças nos

gêneros pois os valores são muito aproximados e o resultado do teste qui-quadrado é $\chi^2=0,244$ e $p=0,622$.

Gênero	Presença de Doença Peri-implantar (Mucosite)	Ausência de Doença Peri-implantar
Masculino	24,4%	75,6%
Feminino	19,2%	80,8%

Tabela 4 – Discussão – Relação entre gênero do paciente e doença peri-implantar (N=67)

Do mesmo modo não foi encontrada nenhuma associação entre o local da colocação do implante (mandíbula ou maxila) e a presença de doença peri-implantar. Apesar dos resultados da presença de doença peri-implantar na mandíbula serem praticamente o dobro (33,3%) dos resultados da maxila (15%), os valores do teste de qui-quadrado ($\chi^2=3,118$ e $p=0,077$) mostram que não existe uma associação estatisticamente significativa.

Local Do Implante	Presença de Doença Peri-implantar (Mucosite)	Ausência de Doença Peri-implantar
Mandíbula	33,3%	66,7%
Maxila	15%	85%

Tabela 5 – Discussão – Relação entre o local da colocação do implante e doença peri-implantar (N=67)

A fibrina autóloga é cada vez mais utilizada nas cirurgias de implantes, de forma a assegurar uma melhor cicatrização, estimular a regeneração óssea e ao mesmo tempo contrariar a perda óssea consequente. Neste estudo foram utilizadas como regeneração as membranas de fibrina ricas em plaquetas e leucócitos e enxertos ósseos tanto de osso autógeno como de osso xenógeno. Segundo a bibliografia, nos pacientes em que foi usada a regeneração auxiliar, os resultados de sucesso dos implantes serão superiores àqueles onde não foi utilizada qualquer tipo de regeneração. No nosso estudo podemos verificar que 81,5% dos pacientes que utilizaram regeneração auxiliar, não apresentaram doença peri-implantar (mucosite), apesar de não se apresentar estatisticamente significativa esta associação ($\chi^2=8,764$ e $p=0,003$).

Regeneração Auxiliar	Presença de Doença Peri-implantar (Mucosite)	Ausência de Doença Peri-implantar
Presença	18,5%	81,5%
Ausência	25%	75%

Tabela 6 – Discussão – Relação entre a utilização de regeneração auxiliar e doença peri-implantar (N=67)

O torque de inserção do implante é muito importante para a estabilidade primária do mesmo. Torques superiores a 30N são sinónimo de boa estabilidade primária e não estão relacionados com presença de doenças peri-implantares ou falha dos implantes. (15) Através da *tabela 7* podemos verificar que independentemente do torque de inserção os valores para a presença de mucosite são sempre diminutos ($\chi^2=1,798$; $p=0,615$), confirmando assim o que nos indicam as evidências científicas.

Torque	Presença de Doença Peri-implantar (Mucosite)	Ausência de Doença Peri-implantar
<20N	33,3%	66,7%
≥20N e <30N	0%	100%
≥30 e <40N	21,1%	78,9%
≥40 e ≤50N	22,9%	77,1%

Tabela 7 – Discussão – Relação o torque de inserção e doença peri-implantar (N=67)

Na amostra deste estudo, existem pacientes com coroas unitárias, próteses parciais e próteses totais. O tipo de prótese colocada não está indicado na bibliografia como fator de risco. No nosso estudo pudemos comprovar o mesmo já que, os indivíduos com coroa unitária e mucosite eram apenas 29,4%, coroas parciais e mucosite eram 30,3% e nas próteses totais nenhum indivíduo apresentava doença peri-implantar (0%). Para cada um dos tipos de prótese temos valores de qui-quadrado de Pearson que nos indicam que não existe associação significativa. Para as coroas unitárias temos $\chi^2=0,647$ e $p=0,421$; para as próteses parciais, $\chi^2=2,157$ e $p=0,142$ e para as próteses totais $\chi^2=6,063$ e $p=0,014$.

Tipo de Prótese	Presença de Doença Peri-implantar (Mucosite)	Ausência de Doença Peri-implantar
Coroa Unitária	29,4%	70,6%
Prótese Parcial	30,3%	69,7%
Prótese Total	0%	100%

Tabela 8 – Discussão – Relação entre o tipo de prótese e doença peri-implantar (N=67)

A relação do número de implantes colocados em cada indivíduo com a doença peri-implantar e com o sucesso dos mesmos implantes, não teve qualquer tipo de relação neste estudo, tal como era previsto. Uma vez que, desde que os implantes sejam colocados no local correto (anatomicamente) e com as distâncias necessárias, o número de implantes no indivíduo não está relacionado com uma maior incidência de doença peri-implantar ou falha do implante.

A perda de aderência no local do implante, pode ser sinónimo de doença peri-implantar e/ou uma possível falha do implante. No presente estudo verificamos que os locais de implantes com perda de aderência e mucosite representavam 16% da amostra e na associação com a escala de saúde clínica do implante (sucesso/sobrevivência), 61,9% dos locais com ausência de perda de aderência apresentavam sucesso clínico do implante. Para ambas as variáveis (doença peri-implantar e escala de saúde clínica do implante) não existe associação significativa, sendo $\chi^2=0,937$ e $p=0,333$ para a doença peri-implantar e $\chi^2=2,032$ e $p=0,154$ para a escala de saúde clínica do implante.

Perda de Aderência	Presença de Doença Peri-implantar (Mucosite)	Ausência de Doença Peri-implantar
Presença	16%	84%
Ausência	26,2%	73,8%

Tabela 9 – Discussão – Relação entre perda de aderência e doença peri-implantar (N=67)

Perda de Aderência	Sucesso	Sobrevivência
Presença	44%	56%
Ausência	61,9%	38,1%

Tabela 10 – Discussão – Relação entre perda de aderência e sucesso/sobrevivência do implante (N=67)

6. Conclusão

Com este trabalho concluímos que ao contrário do que nos diz a bibliografia, não conseguimos encontrar associação estatisticamente significativa entre:

- Hábitos tabágicos e doença peri-implantar;
- Hábitos tabágicos e perda óssea;
- Hábitos tabágicos e perda de aderência;
- Utilização de regeneração auxiliar e doença peri-implantar;
- Perda de aderência e doença peri-implantar;
- Perda de aderência e escala de saúde clínica do implante (sucesso/sobrevivência).

Esta diferença nos resultados, deve-se essencialmente ao tamanho da amostra ser muito reduzido tendo em conta a população existente e ao intervalo de tempo entre a colocação dos implantes e o presente estudo, já que este foi inferior a 5 anos.

Conseguimos corroborar com a bibliografia de que o género do indivíduo, o local de colocação do implante, o torque de inserção e o tipo de prótese utilizada não têm relação com a doença peri-implantar.

É necessário continuar este estudo, com follow-ups de mais anos, tentando assim aumentar a amostra de pacientes e torná-la mais equilibrada. Consequentemente é essencial termos um maior número de pacientes e um maior intervalo de tempo, para conseguirmos apurar mais e melhores resultados.

7. Bibliografia

1. Renvert S, Polyzois I. Risk indicators for peri-implant mucositis: a systematic literature review. *J Clin Periodontol.* 2015;42 Suppl 16:S172-86.
2. Lindhe J, Meyle J, Group DoEWoP. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2008;35(8 Suppl):282-5.
3. Heitz-Mayfield LJ. Peri-implant diseases: diagnosis and risk indicators. *J Clin Periodontol.* 2008;35(8 Suppl):292-304.
4. Zitzmann NU, Berglundh T. Definition and prevalence of peri-implant diseases. *J Clin Periodontol.* 2008;35(8 Suppl):286-91.
5. Lang NP, Berglundh T, Working Group 4 of Seventh European Workshop on P. Periimplant diseases: where are we now?--Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2011;38 Suppl 11:178-81.
6. Derks J, Tomasi C. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. *J Clin Periodontol.* 2015;42 Suppl 16:S158-71.
7. Cecchinato D, Parpaiola A, Lindhe J. Mucosal inflammation and incidence of crestal bone loss among implant patients: a 10-year study. *Clin Oral Implants Res.* 2014;25(7):791-6.
8. Tonetti MS, Hammerle CH, European Workshop on Periodontology Group C. Advances in bone augmentation to enable dental implant placement: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2008;35(8 Suppl):168-72.
9. Ehrenfest DMD, Sammartino G, Shibli JA, Wang HL, Zou DR, Bernard JP, Guidelines for the publication of articles related to platelet concentrates (Platelet-Rich Plasma - PRP, or Platelet-Rich Fibrin - PRF): the international classification of the POSEIDO, POSEIDO. 2013;1(1)
10. Simonpieri A, Corso M, Vervelle A, Jimbo R, Inchingolo F, Sammartino G, Ehrenfest DMD, Current Knowledge and Perspectives for the Use of Platelet-Rich Plasma (PRP) and Platelet-Rich Fibrin (PRF) in Oral and Maxillofacial Surgery Part 2: Bone Graft, Implant and Reconstructive Surgery, *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 2012, 13, 1231-1256
11. Bastami F, Khojasteh A, Use of Leukocyte-and Platelet-Rich Fibrin for Bone Regeneration: A Systematic Review, *Regeneration, Reconstruction & Restoration* 2016;1(2):47-68
12. Dohan Ehrenfest DM, Rasmusson L, Albrektsson T. Classification of platelet concentrates: from pure platelet-rich plasma (P-PRP) to leucocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF). *Trends Biotechnol.* 2009;27(3):158-67.

13. Misch CE, Perel ML, Wang HL, Sammartino G, Galindo-Moreno P, Trisi P, et al. Implant success, survival, and failure: the International Congress of Oral Implantologists (ICOI) Pisa Consensus Conference. *Implant Dent.* 2008;17(1):5-15.
14. Am Negm S. Implant Success versus Implant Survival. *Dentistry.* 2016;06(02).
15. Consolo U, Travaglini D, Todisco M, Trisi P, Galli S. Histologic and biomechanical evaluation of the effects of implant insertion torque on peri-implant bone healing. *J Craniofac Surg.* 2013;24(3):860-5.
16. Konstantinidis IK, Kotsakis GA, Gerdes S, Walter MH. Cross-sectional study on the prevalence and risk indicators of peri-implant diseases, *Eur J Oral Implantol* 2015;8(1):75–88

8. Anexos

Anexo 1:



Ficha Clínica

1) Nome

2) Idade _____

3) Sexo F M

4) Medicação

5) Doenças ou Alterações

6) Hábitos tabágicos

Nunca

Sim: nº de cigarros por dia: _____ início: _____

Ex-fumador: há quanto tempo deixou de fumar: _____ quantos cigarros fumava por dia: _____

7) Hábitos Parafuncionais

8) Antecedentes Periodontais:

Zona do implante:

implante colocado em zona edêntula

implante colocado em espaço edêntulo

9) Hábitos de higiene oral

10) Tipo de Implante

Dio FTN (ext.)

Dio SM (int.)

MIS Seven

MIS C1

Outro: _____

11) Número de implantes colocado

12) Torque de Inserção: _____

13) Medição RFA: _____

14) Tipo de Prótese

- Parcial nº de dentes: _____
 Total
 Unitária

15) Prótese sobre implante

- Aparafusada
 Cimentada
 Sobredentadura LOCATORS
 Barra

16) Material da Prótese Parcial

- Metalocerâmica
 Zircónia

17) Material da Prótese Total

- Metalocerâmica
 Zircónia
 Híbrida

18) Peça Protética

- Interface
 UCLA com base em cromocobalto
 Interface MULTI UNIT
 UCLA com base em cromocobalto MULTI UNIT

19) Colocação de plasma/membrana/osso

- LPRF
 LPRF + osso
 membrana
 Outro tipo de regeneração: _____

Marca do material:

20) Gengiva: (no follow-up)

- Saudável
 Mucosite
 Periimplantite

21) Análise Radiográfica

Dia 0	Cirurgia	6 meses (dia de carga)	12 meses
Orto:	Orto:	Orto:	Orto:
Periapical:	Periapical:	Periapical:	Periapical:

Orto:	Orto:	Orto:	Orto:
Periapical:	Periapical:	Periapical:	Periapical:

Periodontograma

/ /

Vestibular	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Sondag/Sangra																
Recessão																
Perda Aderência																
Placa bacteriana																
Tártaro																



FLA																
Mobilidade																
LIR																

IP	
IS	



Palatino:	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Sondag/Sangra																
Recessão																
Perda Aderência																
Placa bacteriana																
Tártaro																

Lingual	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Sondag/Sangra																
Recessão																
Perda Aderência																
Placa bacteriana																
Tártaro																



FLA																
Mobilidade																
LIR																

IP	
IS	



Vestibular	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Sondag / Sangra																
Recessão																
Perda Aderência																
Placa bacteriana																
Tártaro																

Anexo 2:

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do Estudo: *“Estudo Retrospectivo dos Implantes Dentários colocados na Pós-Graduação de Implantologia Oral”*

Enquadramento: Unidade Clínica de Famalicão, IUCS

Explicação do Estudo: Resposta a breve questionário incidindo em dados pessoais, anamnese e preenchimento de um periodontograma (ficha clínica para preenchimento com dados clínicos relevantes da visualização dentária e periodontal) na Unidade Clínica de Famalicão, com duração aproximada de trinta minutos.

Condições e financiamento: Não há qualquer pagamento por parte dos participantes na participação no estudo nem contrapartida. A participação no estudo é de carácter voluntário e não implica qualquer prejuízo caso não queira participar.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos são confidenciais e apenas serão utilizados para a realização deste estudo, nunca sendo tornados públicos.

Muito obrigada pela atenção e pela participação neste estudo!

Mariana Baptista, Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Mariana Baptista

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima assinada. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizadas para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dados pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: / /

Consentimento Informado, livre e esclarecido utilizado no estudo

PORTUGUESE / PORTUGUÊS

Tabela 1. Escala de Saúde para Implantes Dentários

Grupo	Condições Clínicas
I Sucesso (Saúde ótima)	a) Sem dor ou maciez durante atividade b) 0 mobilidade c) <2 mm perda de osso radiográfico a partir da cirurgia inicial d) Sem história de exsudatos
II Sobrevida Satisfatória	a) Sem dor durante atividade b) 0 mobilidade c) 2 - 4 mm perda de osso radiográfico d) Sem história de exsudatos
III Sobrevida Comprometida	a) Pode ter sensibilidade durante atividade b) Sem mobilidade c) Perda de osso radiográfico >4 mm (menos que 1/2 de corpo de implante) d) Profundidade da sondagem >7 mm e) Pode ter história de exsudatos
IV Falha (Falha clínica ou absoluta)	Qualquer dos seguintes: Dor durante atividade b) Mobilidade c) Perda de osso radiográfico >1/2 extensão do implante d) Exsudatos não-controlados e) Não mais na boca

* Congresso Internacional de Implantologistas Oras, Pisa, Itália, Conferência de Consenso, 2007

Tabela 1 – Anexos – Condições Clínicas da Escala de Saúde dos Implantes Dentários

CAPÍTULO II – RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DAS UNIDADES CURRICULARES DE ESTÁGIO

O Estágio em Medicina Dentária é fundamental para a nossa formação, pois é onde juntamos a componente prática com a teórica, de maneira a aprofundarmos os nossos conhecimentos num ambiente multidisciplinar. Encontra-se dividido em 3 áreas, sendo todas supervisionadas e acompanhadas por Professores: Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio de Clínica Hospitalar em Serviços de Estomatologia e Medicina Dentária em Unidades Hospitalares e Estágio em Saúde Oral Comunitária. Permite melhorar o relacionamento interpessoal, aprofundar as competências teórico-práticas, ética e responsabilidade profissional, auxiliando para uma correta prática profissional no futuro.

1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária é regido pela Professora Doutora Filomena Salazar, decorre num período semanal de cinco horas (quarta-feira das 19h às 24h) nas instalações da Unidade Clínica de Gandra, entre o dia 12 de Setembro de 2016 e o dia 16 de Junho de 2017, num total de 180 horas. Todos os atos clínicos são supervisionados pelo Mestre João Baptista, Mestre Luís Santos e Dr.ª Sónia Machado e encontram-se descritos na *tabela 1*. Este estágio é fundamental pois permite-nos abordar o paciente como um todo e integrar todas as áreas da Medicina Dentária, promovendo assim confiança e segurança aos alunos para o mercado de trabalho.

	Operador	Assistente	TOTAL
Exodontia	5	2	7
Destartarização	9	6	15
Restauração	5	9	14
Endodontia	5	8	13
Triagem	2	0	2
TOTAL	26	25	51

Tabela 1 – Atos clínicos Estágio Clínica Geral Dentária

2. Estágio de Clínica Hospitalar em Serviços de Estomatologia e Medicina Dentária em Unidades Hospitalares

O Estágio de Clínica Hospitalar é regido pelo Professor Doutor Fernando Figueira, decorre uma vez por semana num período de três horas e meia (segunda-feira entre as 9h e as 12h30), no Centro Hospitalar de São João-Polo de Valongo, entre o dia 12 de Setembro de 2016 e o dia 16 de Junho de 2017, num total de 120 horas. Todos os atos clínicos encontram-se discriminados na *tabela 2* e foram supervisionados pelo Professor Doutor Fernando Figueira, Professor Doutor Luís Monteiro e Mestre Tiago Resende. Este estágio foi muito importante pois permitiu-nos ter contacto com pacientes portadores de patologias crónicas, como neuropatias e hemopatias, o que nos permitiu aprimorar os conhecimentos teóricos e colocá-los em prática com estes pacientes. Também foi bastante importante para melhorarmos a destreza e capacidade de resposta, uma vez que é um estágio onde existem bastantes pacientes.

	Operador	Assistente	TOTAL
Exodontia	33	18	51
Destartarização	24	13	37
Restauração	25	9	34
Endodontia	4	1	5
Profilaxia	3	0	3
Selantes de fissura	1	2	3
TOTAL	90	43	133

Tabela 2 – Atos Clínicos Estágio de Clínica Hospitalar

3. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária é supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante, num período semanal de três horas (quarta-feira das 9h às 12h30), entre o dia 12 de Setembro de 2016 e o dia 16 de Junho de 2017, num total de 120 horas. Este estágio consistiu em duas partes, uma de preparação das atividades a realizar e a segunda de execução das atividades junto da comunidade. Na primeira fase, elaborámos um plano de atividades (encontra-se descrito na *tabela 3*) e as respetivas atividades de acordo com o Programa de Promoção Nacional de Saúde Oral (PNPSO), de modo a promover os hábitos de saúde oral nos idosos, grávidas e crianças e explicar todas as estratégias que existem para estas populações.

Na segunda fase, dirigimo-nos às escolas, nomeadamente à Escola Básica de Moiras (Agrupamento de Campo) e ao Centro Escolar de Paredes, onde colocámos em prática as atividades que tínhamos planeado. Para além das atividades de promoção de saúde oral, também realizámos levantamento epidemiológico segundo a metodologia WHO 2013 da Organização Mundial de Saúde junto dos alunos das escolas.

Este estágio foi importante pois permitiu termos a interação com a comunidade escolar e termos a perceção da realidade da saúde oral nas escolas.

Idades	Atividades
0 – 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade musical com incentivo à escovagem • Elaboração e oferta às crianças de dentes de feltro • Atividades para colorir • Diploma participação
6 -7 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade musical com incentivo à escovagem • Jogo da memória • Atividade para colorir • Jogo para explicar os traumatismos dentários e como atuar nessas situações • Diploma participação
8-9 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de coreografia para acompanhar música sobre escovagem dentária • Atividade musical com incentivo à escovagem • Visualização de um episódio animado sobre a importância de um sorriso bonito • Palavras cruzadas relacionadas com higiene oral • Diploma participação

Tabela 3 – Plano de Atividades

4. Considerações Finais

Todos estes estágios foram importantes para a nossa formação e para a nossa melhoria enquanto profissionais. Disponibilizaram-nos diferentes experiências em ambientes distintos e com pacientes com diferentes necessidades, de forma a no futuro estarmos preparados para as adversidades que vão surgir no nosso dia-a-dia, tornando-nos assim capazes de manter a segurança, a aplicação dos conhecimentos, a rapidez de raciocínio e de ação, a relação com os pacientes, com o objetivo de sermos melhores no exercício da nossa profissão.