



Relatório de Estágio

TÍTULO: IMPLANTOLOGIA EM DESDENTADOS TOTAIS

Alberto Insua Silva

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM MEDICINA
DENTÁRIA

Gandra, setembro de 2017.

IMPLANTOLOGIA EM DESDENTADOS TOTAIS

Alberto Insua Silva

Relatório final de estágio para obtenção do grau de Mestre

MESTRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Orientador: Prof. Dr. Antonio José Ramos Correia Pinto

2017

DECLARAÇÃO DO AUTOR:

EU, ALBERTO INSUA SILVA, 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: **IMPLANTOLOGIA EM DESDENTADOS TOTAIS**.

Confirmo que em todo o trabalho realizado 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.

DECLARAÇÃO

Eu, **Antonio José Ramos Correia Pinto**, 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 "IMPLANTOLOGIA EM DESDENTADOS TOTAIS", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Alberto Insua Silva, 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, 10 de Outubro de 2017.

O Orientador.



Agradecimentos

Em primeiro lugar à minha esposa que me deu forças e alento para cumprir este sonho. Sem ela não teria sido possível. Ao meu filho que está a caminho, e a toda a minha família (dos quais posso disfrutar e dos que já não), por me terem dado apoio incondicional para estudar algo que sempre quis, pois todos os sacrifícios que fiz para chegar aqui não teriam sido possíveis sem eles.

Ao meu trinomio – Raul Bouzas Castro e Manuel Moledo Carballo– pela sua compreensão, ajuda, assistência pelas experiências e aventuras partilhadas, pelo conhecimento, pelas opiniões e sugestões.

Aos restantes colegas de curso que, de alguma forma, contribuíram para quem sou hoje.

Aos professores, que ao longo destes anos, partilharam comigo a sua sabedoria, contribuindo para a minha formação.

Ao meu orientador Antonio José Ramos Correia Pinto pela sua ajuda com o Relatório Final De Estagio. Foi sempre muito compreensivo e disposto a resolver qualquer dúvida na preparação deste trabalho.

INDICE:

Resumo	pág. 8-9
--------------	----------

I. PRIMEIRA PARTE: Desenvolvimento da fundamentação teórica.....pág.10

1. Implantologia en desdentados totais.	
1.1. Introdução.....	pág.10
1.2. Objetivos.....	pág.11
1.3. Materiais e métodos.....	pág.11
1.4. Desenvolvi..mento do tema.....	pág.12
1.4.1. Os estudos de Branemark sobre implantes.....	pág.15
1.4.2. Sobredentaduras implanto-suportadas.....	pág.16
1.4.3. Protese fixa implanto-suportada.....	pág.18
1.4.4. A utilização de implantes como preservadores de rebordo.....	pág.19
1.4.5. Implantes. Considerações.....	pág.20
1.4.6. Carga convencional ou imediata.....	pág.22
1.4.7. Cirurgia guiada.....	pág.23
1.5. Discussão.....	pág.24
1.6. Conclusão.....	pág.27

2. Referências bibliográficas.....	pág.28
II. SEGUNDA PARTE: Relatório das atividades desenvolvidas nos estágios supervisiona-	
dos.....	pág.30
2.1 Relatório de atividades por unidade curricular.....	pág.30
2.1.1. Estágio em Clínica Hospitalar.....	pág.30
2.1.2 Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	pág.30
2.1.3 Estágio em Clínica Geral Dentária.....	pág.31
2.2. Considerações finais das atividades dos estágios.....	pág.32

RESUMO:

A implantologia oral é uma importante modalidade terapêutica no tratamento protético em pacientes com perda dentária total.

Neste trabalho ha uma revisão bibliográfica das possíveis soluções cirúrgicas e reabilitadoras.

A reabilitação oral en doentes desdentados totais é un processo complexo no cual devemos ter en conta factores ou aspectos fisiológicos, patológicos e psicológicos.

Factores como as alterações dos tecidos de suporte, a fragilidade do tecido mucoso, reabsorção óssea, a alteração do fluxo salivar, a redução da coordenação motora, o envelhecimento e a adaptação psicológica, terão que ser considerados quando é planeada uma reabilitação oral implanto-suportada.

Os implante dentários são uma das opções cada vez mais aceites e utilizadas na medicina dentária actual. Estes quando conjugados com diferentes opções clínicas de reabilitação oral implanto-suportada, proporcionam inúmeros benefícios aos pacientes edêntulos totais, conseguindo soluções estéticas e funcionais que proporcionam maior segurança e qualidade de vida.

Palavras-chave: Implantes dentários, reabilitação fixa, prótese implanto-suportada, soluções protéticas para desdentados totais, maxilares desdentados, reabsorção maxilar, implantes zigomáticos.

ABSTRACT:

Fixed oral rehabilitation in total edentulous patients is a complex process in which we must take into account physiological, pathological and psychological aspects.

Factors such as supportive tissue alterations, fragility of mucosal tissue, bone resorption, altered salivary flow, reduced motor coordination, or aging and psychological adaptation, will have to be considered when oral rehabilitation is planned implant-supported

Dental implants are one of the options increasingly accepted and used in current dental medicine. These combined with different clinical options of implant-supported oral rehabilitation, provide innumerable benefits to the total edentulous patients, achieving aesthetic and functional solutions that provide greater safety and quality of life.

We will see in this work some considerations in this type of rehabilitation and its different options.

Key-words: Dental implants, fixed rehabilitation, implant-supported prosthesis, prosthetic solutions for total edentulous, edentulous jaws, maxillary reabsorption, zygomatic implants.

I. PRIMEIRA PARTE: DESENVOLVIMENTO DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. IMPLANTOLOGÍA EN DESDENTADOS TOTAIS

1.1. INTRODUÇÃO

A implantação é definida como a manobra cirúrgica destinada a inserir ou a introduzir um tecido, um órgão ou um material, chamado implante nos tecidos da cavidade oral. O implante dentário corresponde a esta definição, e seu propósito é a reabilitação protética.¹

A reabilitação oral implanto-suportada em pacientes desdentados totais é um processo complexo, e devemos ter em conta aspectos fisiológicos, patológicos e psicológicos .

Diversos factores actúan limitando o tratamento com próteses totais convencionais como a sévera reabsorção do processo alveolar que genera dificuldades fonéticas, mastigatórias, incomodidades, falta de retenção e estabilidade das próteses. Uma forma de melhorar a retenção e estabilidade consiste em aumentar o rebordo osseo mediante cirurgia, ainda que a melhoria sustancial conseguese com a utilização de implantes.²

O tratamento com implantes dentales e o descobrimento dos fenômenos biológicos da osteointegração estão revolucionar a terapêutica dos pacientes con edentulismo total.

A reabilitação implanto-suportada do paciente desdentado total pode não estar indicada por problemas anatómicos, funcionais ou econômicos. Qualquer opção implanto suportada tem desde logo vantagens: maior retenção, suporte e estabilidade, além de benefícios psicológicos, uma melhoria da função mastigatória e fonética. Como desvantagens dessa opção destacam-se a realização de um processo cirúrgico e maior higienização, a manutenção regular e o maior custo. Também pode produzir-se o insucesso do tratamento por-

¹ CRUZ MORALES, ROSARIO, CABALLERO LÓPEZ DUNIA et al., Autoinjerto libre de tejido conectivo y epitelio en implantes para sobredentadura (primera etapa). Presentación de un caso. Rev Méd Electrón (seriada en linea) 2011; 33(3). Disponible en URL: <http://revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%2011/vol3%2011/tema15.htm>

² MARLYS SUSE SIXTO IGLESIAS et. al, "Removable prosthetic rehabilitation in the total toothless patient, Rev. Ciencias Médicas, marzo abril 2015; 19 (2): 185-194

que o implante não se osteointegra correctamente ou porque não mantem uma osteointegração favorável. A perda dum implante durante a fase de cicatrização inicial frequentemente pode atribuir-se à infecção pós-operatória, a uma qualidade ou quantidade insuficiente de massa óssea. Os insucessos dos implantes em etapas mais avançadas eles são devidos normalmente a uma sobrecarga oclusal desfavorável ou por periimplantites.³

Segundo alguns autores, a reabilitação oral implanto-suportada representa então uma tendência crescente em pacientes desdentados totais devido à maior retenção, adaptação e estabilidade, precisando então o clínico saber todas as vantagens e desvantagens, indicações e contra-indicações e todos os processos medico-dentários, envolvidos neste processo⁴.

1.2 OBJETIVOS

A revisão da bibliografia tem como o objetivo identificar as principais vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações e processos laboratoriais/médico-dentários no planeamento de uma reabilitação oral implanto-suportada.

1.3 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa de referências foi efectuada por artigos relacionados com a reabilitação oral com próteses implanto-suportadas publicados entre 1999 e 2017. As palavras chave, tanto em Inglês, como em Português, incluíram: Implantes dentais, reabilitação fixa, prótese implanto-suportada, soluções protéticas para desdentados totais, maxilares desdentados, reabsorção maxilar, implantes zigomáticos; dental implants, fixed rehabilitation, implant supported prosthesis, prosthetic solutions for total edentulous, edentulous jaws, maxillary reabsorption, zygomatic implants.

³ RODRIGUEZ PERERA E, et. al, Rehabilitação protesica con implantes. Presentación dun caso. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio. 2012; 16(2): Aprox. 7 p.

⁴ VELASCO ORTEGA E, SEGURA EGEA et al .La carga inmediata de implantes transicionales en sobredentaduras mandibulares en adultos mayores. Av Peridont Implantol. 2004; 16,2: 107-113

As bases de dados utilizadas foram: Scielo, Pubmed, Medline, Google Scholar, Ebscohost, Embase, Isis Web of Knowledge. Também se incorporam artigos de diversas revistas científicas.

Apenas os estudos que contemplaram pelo menos um dos seguintes critérios foram seleccionados:

- Revisões de literatura que falem sobre próteses implanto-suportadas relacionando um ou mais dos diferentes fatores associados a estes tratamentos.
- Casos clínicos que relatem a temática.
- Artigos científicos com diversas atualizações clínicas do tema: novas descobertas e atualizações relacionados a técnicas laboratoriais, novos materiais e novos paradigmas científicos.

1.4 DESENVOLVIMENTO DO TEMA

As restaurações totais suportadas por implantes ficam sujeitas e conseguem um grande resultado estético, funcional e uma mordida mais firme e segura.

As restaurações suportadas por implantes serão divididas em 2 grupos:

- Próteses fixas
- Próteses removíveis (sobredentaduras ou overdentures)

A utilização de próteses totais convencionais nos pacientes totalmente desdentados, em ocasiões converte-se num tratamento de difícil adaptação, onde as figuras anatómicas sobre as que são fabricadas as próteses não oferecem suporte, estabilidade e retenção suficiente para conseguir o conforto do paciente. As técnicas implantológicas actuais permitem a possibilidade de colocar um mínimo de 2 implantes na mandíbula e 4 na parte superior

da boca ou maxilar superior, podendo usar diferentes sistemas de retenção e desenho protético, oferecendo uma maior estabilidade, retenção e suporte, melhorando a qualidade de vida do paciente.⁵

A correta indicação de cada tipo de prótese dependerá basicamente da combinação das condições locais e sistêmicas do paciente com as suas aspirações e expectativas, frente ao tratamento reabilitador. Os novos métodos e técnicas estéticas permitem-nos colocar os implantes nos lugares ideais e, assim, a prótese sobre eles terá o aspecto natural e a maior beleza estética possível. Os biomateriais dão a possibilidade de colocar implantes em áreas que antes eram impensáveis.⁶

O processo que torna possível a realidade de um implante é conhecido como osteointegração e consiste na formação de um forte vínculo entre titânio e osso. Até o presente momento não há dados científicos definitivos apontando uma superioridade estético-funcional de uma solução protética sobre a outra.

O sucesso estético-funcional de ambas opções parece estar diretamente ligado a capacidade de cada paciente em se adaptar à determinada situação da reabilitação oral.

- Recuperação do carácter fixo da dentição, e para muitos pacientes uma reconquista importante de auto-estima e qualidade de vida.
- Melhor desempenho funcional quando comparadas às restaurações removíveis convencionais.
- Aspectos psicossociais, pelas limitações inerentes às próteses removíveis, bem como as restrições impostas a estas por um número cada vez maior de pacientes.
- Desempenho estético superior em casos favoráveis, principalmente quanto à quantidade do osso disponível para a sustentação de tecidos moles intra e extra-orais, como algumas vantagens ligadas a restaurações removíveis sobre implantes temos:
 - necessidade frequente de um número < de implantes

⁵ MOLINA, A, ECHEVERRI D, et al, Caracterización metalográfica de barras para sobredentaduras, elaboradas por sobrecolado de pilares para implantes dentales. Rev Fax Odontol Univ Antioq 2013; 25 (1);26-43

⁶ LEMUS CRUZ, LETICIA MARIA et al. Rehabilitación sobre implantes osteointegrados. Rev. Cubana Estomatolog. v.46 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar.2009, versión On-line ISSN 1561-297X

- menor custo
- menor complexidade do ato cirúrgico pelo menor número de implantes necessários
- menor complexidade de confecção das restaurações quando comparadas a próteses fixas sobre implantes.
- reposição do suporte dos tecidos moles e da musculatura perio-oral principalmente em casos de extensa reabsorção maxilar, onde a escolha deve iniciar por este tipo de restauração.⁷

Para a correta indicação e aplicação de cada tipo de restauração protética , faz-se necessário que o profissional reabilitador informe ao seu paciente sobre as vantagens e desvantagens inerentes a cada opção para o caso específico. Ressalta-se que, para isso, o perfeito entendimento por parte do paciente sobre pros e contras de cada opção restauradora é fundamental para o sucesso do tratamento. Recursos fotográficos, modelos tridimensionais constituem valiosas ferramentas didático-pedagógicas para este fim.

Não raro, pacientes mostram-se insatisfeitos com soluções reabilitadoras implanto-suportadas que, mesmo quando executadas adequadamente tanto clínica quanto laboratorialmente, não correspondem as suas expectativas iniciais frente ao tratamento.

Na maioria dos casos, estes tem suas expectativas iniciais frustradas por reabilitações executadas sem seu prévio conhecimento e compreensão plena. O melhor recurso disponível para se evitar estas situações é o emprego de consultas para conversas explicativas. Nestas consultas, o amplo entendimento por parte do paciente sobre as características da restauração protética a ser confeccionada, principalmente quanto á suas limitações clinicas, é fundamental importância.

A reabilitação implanto-suportada fixa ou removível e a arte a ciência de restaurar dentes fragilizados com um núcleo/estrutura metálica fundida, metalo-cerâmica ou zircônio-

⁷ BEZERRA FABIO et al., Avaliação do impacto do edentulismo total mandibular e da reabilitação fixa sobre implantes com carga imediata na qualidade de vida de pacientes idosos

cerâmica ou totalmente zircônio, com dentes artificiais em resina ou cerômeros e também metal-resina implanto-suportadas. Assim como, um recurso e num plano reabilitador diferente, podemos usar próteses removíveis com elementos de retenção- LOCATORS- com encaixes macho/fêmea ou sistemas de barra...

Um tratamento reabilitador necessita a combinação de diversos aspectos para ser bem sucedido: motivação do paciente para prevenir doenças orais futuras, terapias periodontais, habilidade operatória, considerações oclusais, saber arranjar alternativas para um caso apenas e muitas vezes tratamentos com próteses totais removíveis são a única solução.

Para os pacientes, este tipo de reabilitação pode ser a melhor opção e mais satisfatória, como pode ser o "pior dos pesadelos". O sucesso depende de conhecimento dos princípios biológicos e mecânicos da reabilitação oral, o tipo de planificação efetuada, assim como o desenvolvimento de um olhar crítico e que consiga julgar detalhadamente o nosso trabalho. Na arte de solucionar problemas existiu uma evolução enorme: materiais, instrumental evoluiu e evoluíram, e novas técnicas são utilizadas pelo operador para que a reabilitação esteja perfeita para oferecer as bases racionais de decisão num ambiente clínico complexo, este artigo fará uma organização da informação sobre esta temática. Técnicas alternativas são possíveis para uma mesma situação clínica, e é esse olhar e espírito de decisão que quero estabelecer contudo, para atingir a maestria apenas uma técnica é mais indicada para determinado procedimento clínico. O prisma da reabilitação fixa, leva o aumento do conforto, habilidade mastigatória, saúde oral, integridade das áreas dentárias e em muitos casos o devolver da confiança e auto-estima ao paciente. Tem também de oferecer uma estabilidade ortopédica da articulação temporomandibular, com reabilitações impróprias podemos criar uma desarmonia e danificar o sistema estomatognático. Esclarecendo alguns termos importantes na reabilitação implanto suportada fixa. A prótese fixa é uma aplicação protética que esta permanentemente ligada aos implantes e substituem os dentes em falta. Um dente ou implante que serve de ligação para a reabilitação fixa chamasse pilar. O dente artificial suspenso nos pilares chama-se PÔNTICO, unidos por conectores rígidos entre si.⁸

1.4.1. OS ESTUDIOS DE BRANEMARK SOBRE IMPLANTES.

⁸ ALFARO CANTON M., 2011 Prótesis híbrida inferior con carga inmediata en tres días. Técnica del OSU frame modificada. Odontología 15: 5-13

A conexão direta estrutural e funcional entre o osso vivo e ordenado mais a superfície do implante foi descrita por primeira vez por Branemark. Os implantes osseointegrados respaldados pelos seus estudos incorporaram grandes possibilidades terapêuticas para os pacientes com rebordos atróficos. Além disso, as sobredentaduras implanto-suportadas a 2 implantes oferecem uma boa retenção e satisfação, além de melhorar a função mastigatória, oferecem un gran sucesso. Há diferentes sistemas de ancoragem para conseguir a retenção e estabilidade das próteses aos implantes. Branemark defendeu uma reabilitação fixa em cantiléver, com a colocação de implantes na parte mais anterior da maxila ou mandíbula, sendo este tipo de tratamento em ocasiões comprometido pela sobrecarga sofrida nos implantes distais, ocasionando uma situação de perda de osteointegração. Um fato a considerar é que o dente tem um ligamento periodontal que permite a intrusão no alvéolo entre 50 e 200 microns, enquanto o implante osseointegrado que está rigidamente ligado ao osso faz apenas cerca de 10 microns.⁹

A reabilitação con sobredentaduras implanto-suportadas em pacientes desdentados é aconselhável em pacientes con atrofia óssea importante ou movimientos involuntários na língua e músculos mastigatórios e comprometan a estabilidade da prótese. A técnica cirúrgica é igualmente importante ou mais que os materiais e instrumental utilizado para a colocação dos implantes. Uma técnica estudada e planificada associa-se a um sucesso do resultado terapêutico, também são importantes as propriedades dos próprios implantes (composição do material, características morfológicas como geometria e topografia superficial). Actualmente, a taxa de sucesso na implantologia dental osteointegrada e as suas reabilitações são muito similares a prótese convencional. A previsibilidade e sucesso dos implantes deve-se a uma posição como modalidade estandar de tratamento. Há um porcentaje de casos mal sucedido sendo este muito pequeno, pois frequentemente são son complicaciones nas distintas fases do tratamento, (causas clinicas inexperiencia do operador ou causa desconhecida. As reabilitações implanto-suportadas removíveis ou fixas devem cumprir 3 fases: Planificación, cirugía e reabilitación.¹⁰

1.4.2. SOBREDENTADURAS IMPLANTO-SUPORTADAS.

⁹CAÑADA MARIZAZCOITIA L. et al, Tratamiento de pacientes parcialmente edéntulos con prótesis dentoimplantosoportadas. Av Periodont Implantolog, 2001; 13,1 9-17

¹⁰ PÉREZ PÉREZ, OVIEDO, VELASCO ORTEGA, EUGENIO et. al, Resultados del tratamiento con implantes dentales osteointegrados en la fase quirúrgica, Revista Cubana de Estomatología 2013; 50 (4): 351-363

As sobredentaduras são próteses de arcada completa superior ou inferior mucosuportadas e implantoretidas, sendo uma opção muito fiável num desdentado total, sobre todo se tem uma má experiência com uma prótese completa removível. Mesmo que seja preferível uma prótese fixa, sabe-se que a estética em pacientes desdentados com perda óssea moderada ou avançada melhora com uma sobredentadura em comparação com uma restauração fixa, sendo por isso que o suporte labial e facial é um factor decisivo para decidir entre fixa ou sobredentadura removível. A prótese fixa tem a capacidade limitada para compensar a perda de osso vertical e horizontal, enquanto a sobredentadura substitui com facilidade os diferentes defeitos alveolares com a capacidade de restaurar os volumes tecidulares perdidos com os anos. Restabelecemos desta forma as relações entre lábio, base da nariz, linha nasogeniana, sendo a base da estética de rejuvenescimento na maior parte dos pacientes.¹¹

Existem diferentes possibilidades para realizar a concessão entre o implante e a prótese. Os mais conhecidos e usados ao longo da história são os attachments em forma de barra, com íman, telescópicos, ou com forma de bola e finalmente com capacidade de resiliência e tipo axial chamados locator.

Os attachments tipo locator, têm um sistema de ancoragem formado por um macho e uma fêmea. O macho tem forma de bola de altura variável, mecanizado na cara oclusal onde encaixa a fêmea.

Com taxas de sucesso muito semelhantes e com uma maior utilização dos locator, apesar do sistema de barra a- apresentar melhor retenção, também tem maiores dificuldades técnicas na confecção, complicações nas reparações e ativação e substituição das matrizes.

As sobredentaduras são retidas basicamente pelos implantes e suportadas pela zona basal desdentada e em menor medida pelos implantes, assim consegue-se que tenha retenção e resiliência permitindo assim alguns movimentos.

Medidas de manutenção foram registradas com o tempo dos anos como: Rebasamento, mudança ou ativação do clipe retentivo ou O-ring.

Os consertos foram mais frequentes nos casos reabilitados com barra.

¹¹ MORADAS ESTRADA MARCOS y ALVAREZ LÓPEZ BEATRIZ, Deformación que sufren los materiales que constituyen las sobredentaduras implantosoportadas al aumentar el número de implantes: de 1 a 4 Rev. bibliográfica, Revista europea de Odontoestomatología, 31-05-2017 9:42

1.4.3. PRÓTESE FIXA IMPLANTO-SUPORTADA

O suceso de uma reabilitação implanto-suportada não trata só da osteointegração e sobrevivência dos implantes isto não é suficiente, deve ir acompanhado de uma estética, funcional e aceitação do paciente. Alguns autores focaram-se no planeamento pre-cirúrgico, e outros no posicionamento adequado para assegurar uma aparência mais natural das reabilitações implanto-suportadas. O equipo de profissionais deve ter estudado os parâmetros da estética dentária e gengivais para fazer uma sorriso de acordo com as expectativas do paciente. É preciso considerar alguns fatores e avaliá-los durante o diagnóstico para prever as limitações dos diferentes tratamentos. Feito isto o implante pode ser posicionado, a colocação dos implantes deve ser guiada protésicamente com uma posição tridimensional que permita um suporte ótimo e mais estabilidade dos tecidos duros e moles a volta e a distância biológica. Um dos principais problemas para o periodontista, o cirurgião e / ou o reabilitador quando colocar um implante dentário não está tendo volume ósseo suficiente para alcançar a estabilidade primária e o posicionamento adequado do implante. Foram desenvolvidas variantes dentro das técnicas cirúrgicas para inserção de implantes dentários, minimizando o acesso da mucosa por perfuração, colocação no momento da extração do dente e no modo de preparação do osso no local a ser implantado. Também com o desenvolvimento de técnicas de aumento ósseo através do enxerto, regeneração óssea, distração da crista alveolar, enchimento dos seios maxilares e colocação de implantes usando contrafortes faciais anatômicos.¹²

De acordo com o Consenso da Terceira Conferência do ITI (Equipe Internacional para Implantologia), podemos colocar o implante imediato (mesmo ato cirúrgico de extração), mediar precoce (4-8 semanas de cura), mediar tardio (12-16 semanas de cura) ou tardia (mais de 6 meses após a extração).

Os procedimentos de preservação do cume alveolar são realizados quando a colocação imediata de implantes não é possível, seja pela perda óssea após a extração, pacientes

¹²ESPOSITO M, MURRAY-CURTIS L, GRUSOVIN MG, COULTHARD P, WORTHINGTON HV. Intervenciones para el reemplazo de piezas dentales perdidas: diferentes tipos de implantes dentales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

jovens que estão em estágio de crescimento ativo ou quando o paciente não possui o orçamento para uma alerta colocação do implante.

Está documentado que, sem técnicas de preservação, até 40% de altura e 60% de espessura do ridge³ podem ser perdidos durante os primeiros 6 meses pós-extração, 4 e, em seguida, entre 0,5 e 1,0% anualmente limitando a previsão estética e função de uma prótese retida por implante.

Há uma série de indicações para a preservação do reborde alveolar:

- Áreas em que a parede vestibular tem menos de 1,5 a 2 mm de espessura, e em locais onde uma ou mais paredes alveolares são perdidas ou danificadas.
- Quando é crucial manter o volume ósseo para reduzir o risco de comprometimento das estruturas anatômicas (seio maxilar, nervo dental inferior) após a reabsorção óssea ocorrer.
- Em locais com alta demanda estética para manter, na medida do possível, os contornos de tecidos duros e moles.
- Em pacientes onde os dentes múltiplos devem ser extraídos e uma reabilitação futura é necessária tanto com implantes quanto com próteses parciais fixas.

As imagens radiográficas obtidas ou as tomografias axiais computadorizadas permitem uma melhor avaliação da dimensão óssea e o controle da crista óssea residual, permitindo uma melhor planificação do caso de reabilitação.

O biótipo tecidual é classificado em duas categorias: fino e espesso. O biótipo espesso exibe uma boa aderência epitelial, gengiva aderida e boa estrutura óssea.

O biótipo fino exibe um tecido frágil e fina estrutura óssea. Quando existe trauma oclusal, o periodonto bem estruturado e de biótipo espesso responde com a formação de bolsas periodontais, enquanto o biótipo fino responde com a formação de recessões gengivais, que podem comprometer a estética de reabilitações implanto-suportadas.¹³

1.4.4. A UTILIZAÇÃO DE IMPLANTES COMO PRESERVADORES DE REBORDO

Anteriormente, pensava-se que a colocação de implantes imediatos era um método para preservar a tabela de ossos bucais. Esses conceitos já foram reavaliados.

¹³FORD-MARTINELLI VENASSA LOUISE, HANLY GIANNA, et al., ¿Preservación del reborde alveolar? Toma de decisión ante la colocación de implantes dentales, diciembre 2012, Medellín, Revista CES Odontología ISSN 0120-971X, Volumen 25 n°2, segundo semestre 2012

Botticelli et al. relataram que após a colocação de implantes imediatos, um reabsorção óssea substancial do lado de fora da crista alveolar. Este fato foi corroborado por Araújo et al., que descobriram que os implantes não impedem a remodelação do alvéolo pós-extração. Aos 3 meses, a altura do osso em locais com implantes era semelhante à dos locais edêntulos. Eles sugeriram que isso pode ser devido, em parte, ao desaparecimento precoce do osso do feixe e, além disso, à interrupção do suprimento sanguíneo bucal devido à elevação da aba. O processo de remodelação óssea alveolar continua mesmo após a osteointegração dos implantes. Na verdade, parte do osso que está "integrado" na superfície do implante, é perdida às 8 semanas de cura no aspecto bucal.

Por isso, conclui-se que nem a colocação nem o carregamento imediato de implantes são considerados como técnicas de preservação para a crista alveolar.

As técnicas de preservação reduzem significativamente a perda de altura e espessura da crista alveolar, proporcionando uma manutenção mais previsível das dimensões alveolares para a colocação posterior do implante; no entanto, haverá sempre uma redução dimensional da crista osso.

As taxas de sucesso de implantes colocados em alvéolos enxertados são iguais às colocadas em alvéolos não enxertados com dimensões adequadas, portanto, a técnica de preservação do bordo não afeta o sucesso dos implantes.

1.4.5. IMPLANTES. CONSIDERAÇÕES

Como em qualquer procedimento em medicina os implantes possuem indicações e contra indicações. Um erro na planificação ou indicação pode provocar insucessos a curto, médio ou longo prazo dependendo do grau de erro cometido. No caso do diagnóstico e planeamento do tratamento de uma arcada completamente desdentada por meio de uma restauração de implante suportada, em qualquer caso, uma das decisões mais importantes é determinar o número e a localização dos implantes necessários para suportar a restauração planeada; e, embora não existam estudos clínicos prospectivos ou retrospectivos controlados na literatura para indicar isso, existem pelo menos

recomendações, geralmente sem provas científicas suficientes, sobre o número de implantes a serem utilizados.

As recomendações para uma solução de prótese fixa variam da opção de que 4 implantes são suficientes, ao extremo oposto, na medida em que a possibilidade de cada dente em falta e até mesmo ser substituída por uma implante¹⁴. Essa variabilidade numérica, às vezes tem uma base econômica, uma vez que um número menor de implantes implica economias de custos para o paciente e outras causas anatômicas ou biológicas dependendo da disponibilidade de osso, o que é especialmente crítico nos setores maxilares e mandibulares posteriores, em que, devido aos padrões de reabsorção óssea pós-extração e posterior passagem do tempo com restaurações convencionais ou não convencionais, estruturas tão importantes como o nervo alveolar inferior ou os seios maxilares podem ser colocadas em risco. No entanto, para uma solução com uma sobredentadura em dois ou quatro implantes máximos, a disponibilidade de osso não é tão crítica e é quase sempre possível encontrar em seus locais de localização os 7-9 mm necessários de altura do osso e o mínimo de 1 mm ao redor do implante em largura. Embora seja uma prótese fixa ou sobredentadura, no presente, a melhoria nas técnicas de enxerto e regeneração óssea minimiza esse problema, uma vez que permite a colocação de implantes em arcadas com reabsorções extremas que nas últimas décadas não era possível.

Por outro lado, para qualquer opção e independentemente do que é dito, como regra, um número maior de implantes é sempre preferível, mesmo que apenas para melhor distribuir o stress / tensão evitando áreas localizadas que excedam o limiar de adaptação. É demonstrado e é um princípio biomecânico que o stress geral em todo o implante / sistema ósseo peri-implante é reduzido ao aumentar a área em que a força é aplicada e o método mais eficaz para conseguir isso é aumentar o número de implantes de suporte da prótese. Em geral, embora o número de implantes possa variar dependendo do tipo de restauração protética, outros parâmetros, tais como fatores de força do paciente, quantidade e qualidade óssea, espaço protético, natureza do arco antagônico e outros influenciam sua escolha, que também é extensível ao número necessário para uma sobredentadura.

¹⁴ HOCHEIM NETO R, Utilização de parafusos linguais para fixação de prótese total inferior sobre implantes con carga imediata: relato de caso clínico. Rev. Dental Press Periodontol Implantol 2011 abril-junio 5(2) 93-101

Nesta linha e independentemente da escolha de um ou outro sistema de ancoragem, para sobredentaduras implantadas, a seleção mais adequada do número de implantes (2, 3 ou 4) e sua distribuição no arco (setor anterior, setor posterior ou combinações) é uma questão de controvérsia e ainda indecisa. Assim, dois implantes com attachments de bola foram freqüentemente considerados como uma solução de risco e, portanto, que recomendação da colocação de quatro implantes, especialmente para o arco superior ferulizados com uma barra.¹⁵

1.4.6. CARGA CONVENCIONAL OU IMEDIATA

Um protocolo clássico comum período de estabilização de 3 a 6 meses de osteointegração antes da carga ou a técnica cirúrgica a um passo chamado carga funcional precoce ou imediata.

Os resultados do presente estudo clínico mostram que a carga funcional precoce ou imediata de implantes dentários com reabilitação oral fixa é uma alternativa implantológica bem sucedida no tratamento de pacientes com edêntulos totais. Nesse sentido, um objetivo importante do presente estudo, além de demonstrar o sucesso na obtenção da integração tecidual dos implantes utilizados (98,4%), foi avaliar o protocolo de carga funcional dos implantes com as reabilitações correspondentes que foi 100% bem sucedido, uma vez que nenhuma prótese teve que ser substituída e nenhum implante foi perdido após sua carga funcional.

O protocolo clássico de carregamento convencional das reabilitações orais fixas requer um período de espera ou cicatrização livre de função 3 meses na mandíbula e 6 meses no maxilar superior dos implantes porque acreditava que era necessário para alcançar a osteointegração. Além do carregamento convencional em reabilitação oral fixa, foram desenvolvidos protocolos de carga precoce e imediata, com alta taxa de sucesso. A experiência cada vez maior confirma que o tratamento com reabilitações orais fixas do paciente edêntulo não apresenta diferenças significativas nas taxas de sucesso (acima de 90%) entre os implantes carregados após o período funcional clássico e aqueles que são

¹⁵ PAPASPYRIDACOS P et al, Success criteria in implant dentistry: a systematic review. Harvard school of dental medicine. Article in journal of dental research, december 2011.

carga precoce ou imediato, sempre que seja respeitado um protocolo cirúrgico e protético rigoroso¹⁶.

É muito importante estudar a presença de infecção, patologias, defeitos osseos prévios que contraindiquen a colocação imediata de implantes.

Outro aspecto importante relacionado ao carregamento imediato de implantes é o desenvolvimento de implantes com um desenho que favorece a inserção cirúrgica e sua conexão com os pilares melhorando os resultados protéticos. Além do tratamento da superfície com procedimentos químicos (ataque ácido fato de areia) sugerem uma maior e mais rápida inserção do osso alveolar no implante, o que também pode melhorar a carga funcional imediata .¹⁷

1.4.7. CIRURGIA GUIADA

A técnica de cirurgia guiada é baseada num diagnóstico por imagens usando uma tomografia computadorizada de feixe de cone (TCHC) e o uso de imagens digitais em uma forma dinâmica interativa com um sistema informático 3D para realizar o plano de tratamento do paciente. A TCHC permite a avaliação da anatomia do maxilar superior e da mandíbula e identifica as estruturas de especial interesse em cirurgia de implante, como o seio maxilar, a cavidade nasal e o nervo dentário inferior com o foramen mentoniano a partir de uma perspectiva tridimensional obtendo os cortes tomográficos correspondentes

A TCHC também nos permite conhecer o grau de qualidade ou densidade óssea antes da cirurgia para selecionar o tipo de fresado mais adequado para a inserção dos implantes com o objetivo de alcançar uma boa estabilidade primária, especialmente nos protocolos de carga imediata. A transferência das imagens obtidas pelo TCHC para programas especializados em cirurgia de implante guiada permite uma planificação do tratamento de forma individualizada e desenhar a férula cirúrgica com as várias guias para a inserção dos implantes em comprimento e diâmetro, bem como a sua inclinação ou orientação espacial

¹⁶ GALARZA ESTEBARANZ P, DIAZ PRADA F., LOPEZ CASTRO J.J., PÉREZ FONTAL V., La rehabilitación fija sobre implantes en pacientes edéntulos totales. Un estudio a dos años. Av. Periodon Impantol. 2015; 27, 3: 135-144

¹⁷ VELASCO ORTEGA et al.

de acordo com as características da anatomia dos maxilares, previamente obtida pela TCHC. Este guia cirúrgico também permite a inserção dos implantes de forma minimamente invasiva, sem a necessidade de fazer retalho, que simplifica o tratamento e beneficia o paciente porque evita o desconforto doloroso.¹⁸

1.5. DISCUSSÃO

Muitas vezes, encontramos problemas anatômicos em pacientes que decidem reabilitar sua cavidade bucal através de implantes dentários, especialmente quando foram submetidos a extrações por muitos anos, ou foram submetidos a tratamentos periodontais, ou simplesmente são edêntulos totais e geralmente essas áreas que receberão tratamentos, têm osso de baixa qualidade e quantidade, por isso é delicado tomar decisões e avaliar que tipo de tratamento será o melhor para esses pacientes.

En suma, as próteses totais sobre implantes estão indicadas para os seguintes sectores da população:

- pacientes idosos mais jovem com próteses maxilares convencionais que buscam maior estabilidade e conforto oral;
- pacientes idosos totalmente desdentados com necessidade de estabilização da prótese;
- pacientes com defeitos maxilofaciais que requerem uma reabilitação.

Entre as contraindicações estão as seguintes:

- rebordo residual inadequado para a fixação de implantes;
- uso abusivo de álcool e tabaco ou drogas ilícitas;
- contraindicação cirúrgica devido a condição de saúde geral;
- doenças crônicas como a diabetes

¹⁸LORRIO CASTRO JM, SIERRA ARMAS L, GARCÍA ÁVILA I, LORRIO CASTRO C, GÓMEZ FONT R. La rehabilitación con implantes en el paciente edéntulo maxilar mediante cirugía guiada y carga inmediata. Av Periodon Implantol. 2015; 27, 3: 117-124.

Há dois tipos de próteses totais suportadas por implantes: as próteses totais fixas implanto-suportadas e as sobredentaduras (próteses totais removíveis retidas por implantes). A conclusão é a de que as sobredentaduras apresentam vantagens quanto ao menor custo (necessidade de menor número de implantes), mais fácil limpeza e simplicidade da técnica. As vantagens da prótese total fixa implanto-suportada em relação às sobredentaduras encontram-se na maior eficiência mastigatória, menor incidência de falhas e ausência de necessidade de rebasamento¹⁹.

As próteses fixas estão sujeitas aos implantes, podendo ser aparafusadas ou cementadas. É necessário que o paciente disponha de um bom tecido ósseo e sem reabsorção do tecido da gengiva. Podem ter uma variante modificada com o acréscimo de uma gengiva destacável e retida por encaixes de semiprecisão. Esta alternativa reabilitadora fornece ao paciente a funcionalidade e o conforto dos dentes fixos, bem como mantém a estética facial pelo apoio do lábio, mantém a fonação adequada e possibilita correta higiene peri-implantar e da prótese, através de gengiva destacável retida por encaixes. Podem ser de diferentes materiais, metalo-cerâmica, zirconio-cerâmica, zirconio volume total....²⁰

As próteses removíveis como o seu nome indica podem ser retiradas quando se desejar, pois levam retenção (attachments) bola macho-fêmea também chamados LOCATOR ou barra com maior retenção mas também maiores dificuldades técnicas de fabricação e de reparação.

Dentro da oclusão na implantologia, devemos ter em mente quais são os fatores que poderiam levar ao fracasso de uma reabilitação sobre implantes, são os que devemos evitar em qualquer tipo de reabilitação, especialmente aqueles que interferem na correta distribuição das cargas e na direção das forças oclusais:

- a- A quantidade de stress e qualidade do osso estão relacionadas à longevidade do implante.
- b- Sobrecarga oclusal resultante de contatos prematuros excessivos, atividades parafuncionais, desing oclusais inadequados, força de mordida excessiva e próteses fixas

¹⁹ ANTONAYA MARTIN, J. LUIS et al, Prótesis sobre implantes atornillada, ventajas e indicaciones. Revista Gaceta Dental, septiembre 2011.

²⁰ JEFERSON L, RABAIOLLI, BRUNO R. RYBU, ROBERTA P. RUSSOMANNO, Modified implant-supported fixed maxillary prosthesis: removable gingival veneer retained with attachments, Stomatol, Canoas, Vol.19, nº37, p.20-27, Jul/Dec 2013

de arco completo em ambos os maxilares; podem ser fatores limitantes na longevidade do implante.-

c- Um osso de má qualidade pode ser mais vulnerável à sobrecarga oclusal, ela pode ser reduzida ao aumentar o tempo de cicatrização e monitorizar cuidadosamente a carga.²¹

Três conceitos oclusais: Equilíbrio, função de grupo e oclusão mutuamente protegida acompanhada com uma posição condilar optima, que é a posição mais superior e anterior do disco articular na cavidade glenoide, situado entre a eminência articular e condilo. Os conceitos de oclusão das reabilitações deverão seguir os mesmos parâmetros que a dentição natural, é importante enfatizar os fundamentos encontrados na literatura sobre esquemas favoráveis para a fabricação da prótese. Os côndilos devem descansar na posição superior anterior contra o aspecto posterior da eminência articular. O disco articular deve ser adequadamente interposto entre os côndilos e as fossas mandibulares.²²

²¹ BELTRAN NEIRA, ROBERTO. Condiciones requeridas en investigación implantosoportada. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima 2008

²² RAMIREZ, L. M. & BALLESTEROS, L. E. Oclusión Dental: ¿Doctrina mecanicista o lógica morfofisiológica? Int. J. Odontostomat., 6(2):205-220, 2012

1.6 CONCLUSÃO

Na Implantologia é de vital importância a avaliação prévia de todos os tecidos macios e duros em termos de qualidade e quantidade. Devem ser observados em detalhes, o osso trabecular e particularmente os tecidos moles da área de implantação, os tecidos gengivais, as inserções musculares e frênicas, se não houver quantidade e qualidade de tecido queratinizado suficiente, o plano de tratamento inicial deve ser direcionado à modificação destes.

Aumentar o número ou quantidade de implantes de suporte, diminui a carga individual junto com a distribuição que também é importante.

2. BIBLIOGRAFIA

- 1.- CRUZ MORALES, ROSARIO, CABALLERO LÓPEZ DUNIA et al., Autoinjerto libre de tejido conectivo y epitelio en implantes para sobredentadura (primera etapa). Presentación de un caso. Rev Méd Electrón (seriada en línea) 2011; 33(3). Disponible en URL: <http://revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%2011/vol3%2011/tema15.htm>
- 2.- MARLYS SUSE SIXTO IGLESIAS et. al, "Removable prosthetic rehabilitation in the total toothless patient, Rev. Ciencias Médicas, marzo abril 2015; 19 (2): 185-194
- 3.- RODRIGUEZ PERERA E, et. al, Reabilitação protesica com implantes. Apresentação dun caso. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio. 2012; 16(2): Aprox. 7 p.
- 4.- VELASCO ORTEGA E, SEGURA EGEA JJ, LINARES GANCEDO D, MEDEL SOTERAS R, POYATO FERRERA M. La carga inmediata de implantes transicionales en sobredentaduras mandibulares en adultos mayores. Av. Periodont Implantol. 2004; 16,2: 107-113
- 5.- MOLINA, A, ECHEVERRI D, et al, Caracterización metalográfica de barras para sobredentaduras, elaboradas por sobrecolado de pilares para implantes dentales. Rev Fax Odontol Univ Antioq 2013; 25 (1);26-43
- 6.-LEMUS CRUZ, LETICIA MARIA et al. Rehabilitación sobre implantes osteointegrados. Rev. Cubana Estomatolog. v.46 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar.2009, versión On-line ISSN 1561-297X
- 7.- BEZERRA FABIO et al., Avaliação do impacto do edentulismo total mandibular e da reabilitação fixa sobre implantes con carga inmediata na qualidade de vida de pacientes idosos
- 8.- ALFARO CANTON M., 2011 Prótesis híbrida inferior con carga inmediata en tres días. Técnica del OSU frame modificada. Odontología 15: 5-13
- 9.- CAÑADA MARIZAZCOITIA L. et al, Tratamiento de pacientes parcialmente edéntulos con prótesis dentoimplantosoportadas. Av Periodont Implantolog, 2001; 13,1 9-17
- 10.- PÉREZ PÉREZ, OVIEDO, VELASCO ORTEGA, EUGENIO et. al, Resultados del tratamiento con implantes dentales osteointegrados en la fase quirúrgica, Revista Cubana de Estomatologia 2013; 50 (4): 351-363
- 11.- MORADAS ESTRADA MARCOS y ALVAREZ LÓPEZ BEATRIZ, Deformación que sufren los materiales que constituyen las sobredentaduras implantosoportadas al aumentar el número

de implantes: de 1 a 4 Rev. bibliográfica, Revista europea de Odontoestomatología, 31-05-2017 9:42

12.- ESPOSITO M, MURRAY-CURTIS L, GRUSOVIN MG, COULTHARD P, WORTHINGTON HV. Intervenciones para el reemplazo de piezas dentales perdidas: diferentes tipos de implantes dentales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

13.- FORD-MARTINELLI VENASSA LOUISE, HANLY GIANNA, et al., ¿Preservación del reborde alveolar? Toma de decisión ante la colocación de implantes dentales, diciembre 2012, Medellín, Revista CES Odontología ISSN 0120-971X, Volumen 25 n°2, segundo semestre 2012

14.- HOCHEIM NETO R, Utilização de parafusos linguais para fixação de prótese total inferior sobre implantes con carga imediata: relato de caso clínico. Rev. Dental Press Periodontol Implantol 2011 abril-junio 5(2) 93-101

15.- PAPASPYRIDACOS P et al, Success criteria in implant dentistry: a systematic review. Harvard school of dental medicine. Article in journal of dental research, december 2011.

16.- GALARZA ESTEBARANZ P, DIAZ PRADA F., LOPEZ CASTRO J.J., PÉREZ FONTAL V., La rehabilitación fija sobre implantes en pacientes edéntulos totales. Un estudio a dos años. Av. Periodon Implantol. 2015; 27, 3: 135-144

17.- VELASCO ORTEGA E, et al. Implantología asistida oral guiada por ordenador en el tratamiento del paciente edéntulo mandibular. Av. Periodont Implantolog 2011; 23,1: 11-19

18.- LORRIO CASTRO JM, SIERRA ARMAS L, GARCÍA ÁVILA I, LORRIO CASTRO C, GÓMEZ FONT R. La rehabilitación con implantes en el paciente edéntulo maxilar mediante cirugía guiada y carga inmediata. Av Periodon Implantol. 2015; 27, 3: 117-124.

19.-ANTONAYA MARTIN, J. LUIS et al, Prótesis sobre implantes atornillada, ventajas e indicaciones. Revista Gaceta Dental, septiembre 2011.

20.-JEFERSON L, RABAIOLLI, BRUNO R. RYBU, ROBERTA P. RUSSOMANNO, Modified implant-supported fixed maxillary prosthesis: removable gingival veneer retained with attachments, Stomatos, Canoas, Vol.19, n°37, p.20-27, Jul/Dec 2013

21.-BELTRAN NEIRA, R. Condiciones requeridas en investigación implantosoportada. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima 2008

22.- RAMIREZ, L. M. & BALLESTEROS, L. E. Oclusión Dental: Doctrina mecanicista o lógica morfofisiológica Int. J. Odontostomat., 6(2): 205-220, 2012

II. SEGUNDA PARTE: RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS ESTÁGIOS SUPERVISONADOS

Este relatório de estágio descreve o ano letivo 2016/2017, no referido Instituto.

Consiste na descrição das atividades realizadas e de todos os conhecimentos aprendidos nos estágios de clínica hospitalar, de saúde oral comunitária e de clínica geral dentária num período de 36 semanas, iniciadas em setembro de 2016.

2.1 Relatório de atividades por unidade curricular

2.1.1 ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR

a. CENTRO HOSPITALAR DE GUIMARÃES (HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA)

A supervisão deste estágio teve a participação de varios Mestres.

Realizado do dia 3 de xulho ao 7 de julho de 2017, do 24 ao 28 de julho e do 7 ao 11 de agosto de 2017, com duração total de 120 horas, com uma carga semanal de 40 horas compreendidas entre as 9.00 e as 18.00 horas.

2.1.2 ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA

b. E. B ESTAÇÃO e E.B. MIRANTE DOS SONHOS

O responsável deste estágio foi o Professor Doutor Paulo Rompante.

Foi realizado nas escolas E. B. Estação, e E.B Mirante dos Sonhos, com um total de horas de trabalho de 196 horas.

O meu grupo de trabalho teve ao seu encargo diversas crianças.

Apreendi principalmente a trabalhar em equipa e a saber gerir as diferentes condicionantes e alterações que decorrem da implementação de um projeto no terreno.

A nível da Saúde Oral, permitiu-me contextualizar diferentes aprendizagens académicas na observação de crianças em idade escolar, com a implementação dos rastreios e índices CPOD e CPOS. Onde a prevenção assume a máxima deste estágio.

2.1.3 ESTÁGIO EN CLÍNICA GERAL DENTÁRIA

c. Clínica Nova Saúde- Gandra (CESPU)

Na Clínica Universitária de Gandra fiz este estágio, sob o comando do Professora Doutora Cristina Coelho, Prof. Doutora Filomena Salazar e pela Mestre Sonia Machado, Mestre Paula Malheiro e Prof. doutora Maria do Pranto, Mestre Joao Batista e Mestre Luis Santos, num total de 180 horas.

Estágio dinâmico que me levou a ter consciência de como funciona uma clínica dentária nas suas diferentes valências profissionais, englobando-as. Percebi então de como todas as áreas da Medicina Dentária são importantes para efetuar um bom plano de tratamento e uma boa execução do mesmo.

Atos discriminados no Anexo 1- Tabela 1- ESTAGIO EN CLÍNICA GERAL DENTARIA.

ATO CLÍNICO	OPERADOR	ASSISTENTE	TOTAL
Dentisteria	5	7	12
Periodontologia	4	3	7
Endodontia	1	2	3
Exodontia	1	5	6
Otros	1	2	3

Atos discriminados na Tabela 2- ESTAGIO HOSPITALAR

ATO CLÍNICO	OPERADOR	ASSISTENTE	TOTAL
Dentisteria	19	9	28
Periodontologia	14	5	19
Endodontia	2	2	4
Exodontias	32	14	46
Outros	2	5	7

2.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nível profissional sou uma pessoa muito mais completa. Cresci em todos os aspetos nesta jornada de 5 anos.