



**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**OTORRINOLARINGOLOGIA NA PRÁTICA DE ORTODONTIA –
RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Renata Duarte Alves dos Reis Pires Balonas

Orientador
Professor Doutor Jorge Manuel de Carvalho Dias Lopes

Coorientador
Prof. Doutor Eugénio Joaquim Pereira Martins

Porto, 2022



**INTERNSHIP REPORT
INTEGRATED MASTER'S DEGREE IN DENTAL MEDICINE**

**OTORHINOLARYNGOLOGY IN THE PRACTICE OF
ORTHODONTICS – INTERNSHIP REPORT**

Renata Duarte Alves dos Reis Pires Balonas

Advisor

Professor Doctor Jorge Manuel de Carvalho Dias Lopes

Co-advisor

Prof. Doctor Eugénio Joaquim Pereira Martins

Porto, 2022

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostava de agradecer à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e a todos os Professores por me proporcionarem um percurso académico desafiante e enriquecedor, importantíssimo no meu desenvolvimento individual e coletivo para me tornar uma profissional exemplar. Também gostava de deixar uma palavra de agradecimento aos meus colegas de curso que me acompanharam durante estes 5 anos de muito estudo, entreajuda e aprendizagem.

De seguida, gostava de agradecer a oportunidade dada pelo Centro Hospitalar Universitário do Porto por me promover uma excelente integração no estágio curricular, nomeadamente à especialidade de Otorrinolaringologia. Um obrigado especial ao Dr. António Magalhães, pelo acolhimento, conhecimento transmitido e paciência durante esta viagem.

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Manuel de Carvalho Dias Lopes, e coorientador, Prof. Doutor Eugénio Joaquim Pereira Martins, que sempre me apoiaram, aconselharam e motivaram a dar o melhor de mim e a atingir o sucesso.

A todas as minhas colegas de equipa, obrigada por me apoiarem e nunca me deixarem ir abaixo, por puxarem sempre por mim tornando-me uma pessoa ambiciosa, empenhada e trabalhadora.

A toda a minha família por serem os seres humanos mais fantásticos que alguma vez conheci. Sem vocês nunca seria quem sou atualmente.

Ao Gonçalo por me apoiar e motivar a ser sempre melhor. Obrigada por seres, para além de meu companheiro, o meu melhor amigo e relembrares-me que sou capaz de ser quem eu quiser ser.

Por últimos e muito importantes para mim, quero agradecer aos meus pais por me ensinarem que é preciso trabalhar muito para se conquistar qualquer coisa na vida. Obrigada por serem o meu maior exemplo, por me proporcionarem estes anos no meu curso de sonho e por me acompanharem de forma incansável em todas as aventuras da minha vida. Todas as minhas vitórias, grandes ou pequenas, são vossas – *work hard, have fun, no drama*.

Resumo

No final do ano de 2021, a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto estabeleceu um protocolo de Estágios com o Centro Hospitalar Universitário do Porto em várias áreas de atuação, nomeadamente: Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Extra-Digestiva, Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica.

A Unidade de Otorrinolaringologia é uma especialidade que se dedica ao diagnóstico e tratamento médico-cirúrgico na região da cabeça e pescoço, incluindo patologias do ouvido, nariz e seios paranasais, faringe, laringe, boca e esófago. Encontra-se subdividida em áreas de diferenciação, como oncologia, doenças do sono, otorrinolaringologia pediátrica, entre outras.

O objetivo da participação neste estágio, que teve início no 2º semestre do presente ano letivo, foi de acompanhar os procedimentos realizados no serviço de Otorrinolaringologia pediátrica, em contexto de consulta externa.

O relatório de estágio contém informação sobre os casos que apresentem conexão com a Ortodontia, respeitando as “normas de comportamento para estagiários do CHUPorto”. O registo dos dados garantiu o anonimato médico e foi sempre realizado sob supervisão do Doutor António Magalhães em consulta, para fins de aprendizagem, sem qualquer tipo de identificação da entidade, com intenção de manter o sigilo profissional e não invadir a integridade do indivíduo. O presente relatório foca-se no desenvolvimento oro-facial de pacientes pediátricos e a relação da patologia diagnosticada na consulta de Otorrinolaringologia com a área de Ortodontia.

Em suma, pretendeu-se com este estágio adquirir novas competências e experiências na prática de Medicina Dentária, mais concretamente na especialidade de Ortodontia.

Abstract

At the end of 2021, the Faculty of Dental Medicine of the University of Porto established an internship protocol with the University Hospital Center of Porto in several areas of practice, namely: Stomatology and Maxillofacial Surgery, Extra Digestive Surgery, Otorhinolaryngology and Plastic Surgery.

The Otorhinolaryngology Unit is a specialty dedicated to diagnosis and medical-surgical treatment in the head and neck region, including pathologies of the ear, nose and paranasal sinuses, pharynx, larynx, mouth and esophagus. It is subdivided into areas of differentiation, such as oncology, sleep disorders, and pediatric otolaryngology, among others.

The objective of the participation in this internship, which began in the second semester of the current academic year, was to follow the procedures performed in the pediatric otorhinolaryngology service, 8 hours per week, in an outpatient setting.

The internship report contains information on cases with a connection to Orthodontics, respecting the "rules of behavior for interns at CHUPorto". Data recording ensured medical anonymity and was always performed under the supervision of Dr. António Magalhães in consultation, for learning purposes, without any kind of identification of the entity, with the intention of maintaining professional secrecy and not invading the integrity of the individual. This report focuses on the oro-facial development of pediatric patients and the relationship of the pathology diagnosed in the consultation of Otorhinolaryngology with the area of Orthodontics.

In short, this internship was intended to acquire new skills and experiences in the practice of dentistry, specifically in the specialty of orthodontics.

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Índice de figuras	VII
Índice de tabelas e gráficos	VII
Abreviaturas e Acrónimos	VIII
I. Introdução	1
I.I. Identificação do local do estágio	1
I.II. Otorrinolaringologia	2
I.III. Problemas associados ao Trato Respiratório Superior	2
I.III.I. Obstrução Nasal	3
I.III.II. Desvio do septo	4
I.III.III. Epistaxis	4
I.III.IV. Hipertrofia das amígdalas e/ou adenóides	4
I.IV. Problemas associados ao Sono	5
I.V. Ortodontia	6
I.VI. Relação entre Otorrinolaringologia e Ortodontia	7
I.VII. Importância da elaboração do Relatório de Estágio	8
II. Estrutura do Relatório de Estágio	8
II.I. Considerações Éticas	12
II.II. Resultados da Realização do Estágio	13
II.III. Dados relevantes de Otorrinolaringologia	14
II.III.I. Patologias observadas em consulta	14
II.III.II. Planos de Tratamento	15
II.IV. Dados relevantes de Ortodontia	16

II.IV.I. Tipo Facial	16
II.IV.II. Classe Molar de Angle	17
II.IV.III. Tipo de Respiração	18
II.IV.IV. Más-Oclusões	19
II.IV.V. Em Tratamento Ortodôntico	20
II.IV.VI. Taxa de Má-Oclusão	20
III. Discussão	21
IV. Conclusões	22
Bibliografia	23
ANEXOS	26
Anexo 1 – Formulário usado para a recolha dos dados	27
Anexo 2 – Normas de comportamento para estagiários do CHUPorto	28
Anexo 3 – Declaração de autoria do trabalho apresentado	29
Anexo 4 – Parecer do Orientador	30
Anexo 5 – Parecer do Coorientador	31
Anexo 6 – Declaração de divulgação do trabalho	32

Índice de figuras

Figura 1 - Tamanho atingido em % do crescimento total pós-natal ⁽²¹⁾	9
---	---

Índice de tabelas e gráficos

Tabela 1 - Comparação entre pacientes com motivos de consulta únicos e múltiplos..	14
--	----

Tabela 2 - Nº pacientes em função da classe molar de Angle	17
--	----

Gráfico 1 - Nº pacientes em função da idade	13
---	----

Gráfico 2 - Motivos das Consultas ORL	14
---	----

Gráfico 3 - Nº pacientes em função do biótipo facial	16
--	----

Gráfico 4 - Tipo de respiração	18
--------------------------------------	----

Gráfico 5 - Frequência das más-oclusões em CEP	19
--	----

Gráfico 6 - Tratamento Ortodôntico em pacientes ORL	20
---	----

Abreviaturas e Acrónimos

ORL - Otorrinolaringologia

MIMD - Mestrado Integrado em Medicina Dentária

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

SOP - Serviço de Otorrinolaringologia Pediátrica

CMIN - Centro Materno Infantil do Norte

DIA - Departamento da Infância e Adolescência

DMMR - Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva

DPSMIA - Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

CHUP - Centro Hospitalar Universitário do Porto

IMCP - Internamento Médico Cirúrgico Pediátrico

HDP - Hospital de Dia Pediátrico

AP - Atendimento Pediátrico

UPIP - Urgência Pediátrica Integrada do Porto

CEP - Consulta Externa Pediátrica

ON – Obstrução Nasal

SAOS - Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

TO - Tratamento Ortodôntico

MAA - Mordida Aberta Anterior

MCA - Mordida Cruzada Anterior

MCB - Mordida Cruzada Bilateral

MCU - Mordida Cruzada Unilateral

MC - Mordida Coberta

NA - Nada a Assinalar

I. Introdução

Este trabalho resulta do estágio observacional em Otorrinolaringologia (ORL) realizado no âmbito da unidade curricular “Monografia/Relatório de estágio”, pertencente ao Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP). Foi efetuado no Serviço de Otorrinolaringologia Pediátrica (SOP) do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), durante o período de um semestre letivo. A execução do mesmo evidencia a interação interdisciplinar que existe entre as múltiplas áreas da saúde, nomeadamente a otorrinolaringologia e a ortodontia.

I.1. Identificação do local do estágio

Como já foi referido, o estágio foi realizado no Serviço de Otorrinolaringologia Pediátrica do Centro Materno Infantil do Norte, com início no dia 7 de fevereiro de 2022 e término no dia 17 de junho de 2022. O CMIN situa-se na União das Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos, no concelho e distrito do Porto, localizado no Largo da Maternidade de Júlio Dinis, com o código postal 4050-651. É um centro hospitalar integrado num hospital central e universitário de nível III e destina-se a prestar cuidados de saúde humanizados, diferenciadores e de referência nas áreas da mulher, da criança e do adolescente. Para além desta vertente assistencial, o CMIN também inclui formação pré e pós-graduada, investigação e desenvolvimento científico na área da saúde materno-infantil, sendo reconhecido pelas suas diversas vertentes: assistencial, formativa e de investigação.⁽¹⁾

É composto por 3 departamentos: Departamento da Infância e Adolescência (DIA), Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva (DMMR) e Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (DPSMIA).⁽¹⁾

O SOP incorpora o Departamento da Infância e Adolescência, que promove assistência diferenciada e integrada desde a vida pré-natal à adolescência (17 anos e 364 dias). A organização funcional do DIA integra estruturas transversais, de forma a fornecer aos serviços do DIA e outros departamentos do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) suporte às múltiplas unidades, designadamente o Internamento Médico Cirúrgico Pediátrico (IMCP) - unidade funcional com espaço físico próprio composto por

40 camas, preparado para prestar cuidados médicos em regimento de internamento e pacientes com patologia do foro médico e/ou cirúrgico. Por sua vez, o Hospital de Dia Pediátrico (HDP) - setor do ambulatório pediátrico com espaço físico individualizado constituído por seis postos, destinado a admissões programadas com duração inferior a 10 horas e sem pernoita, para procedimentos diagnósticos, investigações clínicas ou administrações terapêuticas impossíveis de serem realizadas em consulta externa. No Atendimento Pediátrico (AP) - atendimento não programado com funcionamento diário das 8 horas às 19 horas e em funcionamento de urgência ao cuidado da “Urgência Pediátrica Integrada do Porto” (UPIP) sediada no Hospital de São João das 19 horas às 8 horas. Na Consulta Externa Pediátrica (CEP) - é feita agregação de todos os Serviços e Unidades pertencentes ao CMIN e Departamentos do CHUP. ^(1, 2)

A unidade de CEP de otorrinolaringologia pediátrica onde decorreu o estágio localiza-se no piso 1 do CMIN, sob a responsabilidade do Doutor António Magalhães, Assistente Hospitalar Graduado de ORL no CHUP.

I.II. Otorrinolaringologia

A Otorrinolaringologia é uma área da medicina que se dedica ao estudo da região da cabeça e do pescoço, incluindo estruturas anatómicas como o ouvido, fossas nasais, seios perinasais e faringe. Todas estas estruturas desempenham funções vitais e são de elevada importância para a qualidade de vida do ser humano, daí ser necessário realizar-se uma pormenorizada anamnese, de forma a diagnosticar e planear o(s) tratamento(s) mais indicado(s) para o paciente.⁽³⁾

Em contexto de consulta externa, a atenção foi concentrada em crianças com distúrbios no trato respiratório superior e problemas associados ao sono. Os critérios de inclusão destas comorbilidades serão descritos posteriormente.

I.III. Problemas associados ao Trato Respiratório Superior

A respiração nasal é essencial ao desenvolvimento e funcionamento normal da cavidade oral. O facto de o ar circular sobre as vias aéreas, permite a sua filtração e impede a inspiração de poeiras e outras partículas.⁽⁴⁾

Quando existem distúrbios na respiração nasal, o ser humano adapta-se e passa a respirar alternadamente por via oral e nasal ou unicamente por via oral. As pessoas com esta condição denominam-se respiradoras orais e podem apresentar algumas particularidades, nomeadamente as faces pálidas, apatia, problemas de concentração e manifestação de cansaço diversas vezes ao longo do dia. Para além disto, também se identificam distúrbios do sono, tais como o despertar frequente, insónias e dificuldades em adormecer.⁽⁴⁾

I.III.I. Obstrução Nasal

A obstrução nasal (ON) é um sintoma comum na população. As causas desta disfunção incluem fatores anatómicos, fisiológicos e fisiopatológicos. A ON é geralmente influenciada pela patência das vias aéreas nasais, pela função mucociliar, recetores de fluxo de ar, função do sistema nervoso autónomo e grau de inflamação da mucosa.⁽⁵⁾

A obstrução nasal crónica não é uma doença, mas sim um sintoma associado a um ou mais transtornos que causam o bloqueio ou obstrução da via aérea nasal e, por sua vez, dificuldade em respirar pelo nariz. Podemos identificar, dentro destes, a hipertrofia das adenóides e amígdalas, rinite crónica e alérgica, alergias, infeções, deformações nasais congénitas, traumatismos na região nasofaríngea, tumores, entre outros.⁽⁶⁾ Todos estes fatores podem influenciar a qualidade de vida, diminuindo a qualidade do sono, aumentando o cansaço diurno e promovendo a roncopatia e a xerostomia.⁽⁷⁾

Para a realização do diagnóstico, é importante elaborar um historial clínico completo, avaliar visualmente as vias aéreas superiores e examinar fisicamente o paciente. O plano de tratamento será elaborado em função de todas estas condições, podendo variar desde a toma de medicação, como anti-histamínicos e descongestionantes nasais, à necessidade de intervenções cirúrgicas, como septoplastias e adenomigdalectomias.⁽⁸⁾

I.III.II. Desvio do septo

O desvio do septo nasal é uma condição onde o osso e/ou a cartilagem nasal se encontram desviados, tornando uma das vias aéreas nasais mais estreita. A maior parte das pessoas apresentam algum desvio do septo ao nascimento e outras podem sofrer algum traumatismo na região nasal que altere a sua posição.⁽⁹⁾

Alguns dos sinais e sintomas conhecidos são a dificuldade em respirar pelo nariz, sangramento nasal, crises de sinusite frequentes, dores de cabeça, respiração oral durante o sono e distúrbios do sono.⁽⁹⁾

O tratamento dos casos ligeiros realiza-se à base de medicação, como descongestionantes, anti-histamínicos e corticosteróides nasais; já nos casos mais severos, poderá ser necessário recorrer a tratamento cirúrgico, tais como a septoplastia ou rinoplastia.⁽⁹⁾

I.III.III. Epistaxis

Epistaxis ou sangramento nasal ocorre, na maior parte das vezes, na região mais anterior do septo, área de Kiesselbach, por ser constituída por um plexo de vasos sanguíneos e estar facilmente exposta a traumatismos locais e ressecamento da mucosa nasal. Já na região do septo posterior, as hemorragias nasais são menos comum e com carácter mais grave, uma vez que tendem a ocorrer em pacientes com vasos ateroscleróticos preexistentes ou distúrbios hemorrágicos, e que foram submetidos a cirurgia nasal ou sinusal.⁽¹⁰⁾

O sangramento na região anterior pode ser controlado a partir da compressão digital das asas do nariz, preferencialmente com o paciente sentado. Se se tratar de uma situação recorrente, o ponto de sangramento poderá ser cauterizado (é importante avisar o paciente que a cauterização não trata definitivamente o problema, podendo existir recidiva do sangramento).⁽¹⁰⁾

I.III.IV. Hipertrofia das amígdalas e/ou adenóides

A hipertrofia das amígdalas e/ou adenóides, tal como o próprio nome indica, relaciona-se com um aumento de tamanho destas estruturas. Este avolumamento é mais frequente nas crianças e ocorre normalmente por resposta a estímulos antigénios, alergias, inflamação crónica ou permanente e outros motivos. Esta condição tende a

regredir por volta dos 6 anos de idade, mas em casos recorrentes, pode ter um impacto negativo na qualidade de vida da criança e estado de saúde geral.⁽¹¹⁾

Quando hipertrofiadas, podem condicionar a passagem aérea e dificultar a respiração nasal e/ou oral, provocar roncopatia, dificuldades no sono, obstrução da trompa de Eustáquio (espaço de comunicação entre o ouvido médio e a rinofaringe) associada a otites recorrentes, perda de audição, dificuldades na deglutição e/ou infecções respiratórias de repetição.⁽¹¹⁾

Numa primeira fase, consoante a observação do paciente, pode-se receitar o uso de medicação para controlo da inflamação e infeções de repetição, como sprays e soluções salinas nasais, anti-histamínicos, entre outros; se os sintomas persistirem ou agravarem, é indicado recorrer-se ao tratamento cirúrgico, removendo-se as adenóides e, se indicado, as amígdalas em regime de ambulatório.⁽¹¹⁾

I.IV. Problemas associados ao Sono

Durante o sono, a atividade muscular diminui e a resistência das vias aéreas superiores aumenta. A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma condição clínica comum, onde a faringe se estreita ou colapsa diversas vezes durante o sono. As causas desta condição ainda não são totalmente compreendidas, mas é possível associar alguns fatores como a obesidade, alterações craniofaciais, alterações funcionais no complexo muscular das vias aéreas superiores, neuropatia faríngea e deslocamento de fluídos ao longo do pescoço.⁽¹²⁾

As consequências diretas da SAOS são hipoxia (baixo teor de oxigénio no sangue) intermitente e hipercapnia (aumento da quantidade de dióxido de carbono no sangue), despertares noturnos recorrentes e aumento dos esforços respiratórios que levam à ativação secundária do sistema nervoso simpático, stress oxidativo e inflamação sistémica. Esta síndrome também está associada a comorbilidades vasculares (hipertensão, arritmias, acidente vascular cerebral, doença coronária, aterosclerose e maior risco de mortalidade por origem vascular) e disfunções metabólicas.⁽¹²⁾

O tratamento mais comum nestes pacientes é a remoção cirúrgica das adenóides e amígdalas, mas também os ortodontistas desempenham um papel interventivo nesta terapia. Os aparelhos ortodônticos orais e dispositivos de avanço mandibular são normalmente utilizados para expandir a maxila (melhorando a via aérea superior) e

deslocar a mandíbula para a frente. O efeito vantajoso da intervenção ortodôntica não foi relacionado apenas com alterações esqueléticas, mas também com o impacto positivo nos tecidos moles - a posição alterada da língua por um aumento do músculo genioglosso e outras alterações dos tecidos moles, resultaram na deslocação anterior da mandíbula, modificando as vias respiratórias.⁽¹²⁻¹⁴⁾

I.V. Ortodontia

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas, a Ortodontia é a especialidade da medicina dentária que se dedica à prevenção e correção das más posições dos dentes e maxilares.⁽¹⁵⁾ Na maior parte dos casos, a má-oclusão não define o estado de doença, mas sim uma variação do normal/ideal, como algo não estético ou não funcional. Para a ortodontia, uma oclusão funcional ideal caracteriza-se por uma boa estética facial e dentária, saúde articular e periodontal e uma estabilidade a longo prazo.⁽¹⁶⁾

O tratamento ortodôntico (TO) deve ser introduzido junto do médico dentista, idealmente, até aos 7 anos de idade, e, preferencialmente, realizado após a erupção dos primeiros dentes permanentes, de forma a avaliar a necessidade de tratamento precoce. No primeiro contacto do profissional de saúde com o paciente é fundamental criar-se uma ligação de empatia e confiança, de forma a facilitar a adesão ao tratamento e a comunicação com o paciente e seus responsáveis. O sucesso do tratamento ortodôntico baseia-se num diagnóstico correto e pormenorizado, adequado a cada caso. Esta rotina de diagnóstico deve incorporar a queixa do paciente, a história dentária e clínica, o exame extraoral (inicia-se a partir do momento em que o paciente entra no consultório), o exame intraoral, o exame fotográfico e radiográfico, os modelos de estudo ortodôntico e a análise cefalométrica do paciente.⁽¹⁷⁾

As más-oclusões em jovens e adolescentes apresentam uma elevada prevalência a nível mundial. A etiologia das más-oclusões é considerada multifatorial, existindo uma relação entre a genética individual e o ambiente envolvente durante o crescimento e desenvolvimento craniofacial e dentário.^(18, 19) É possível identificar adaptações fisiológicas durante o crescimento, relacionadas com as discrepâncias dento-esqueléticas existentes. A resolução de todos estes fatores e problemas trazem diversos benefícios ao indivíduo no seu todo, podendo aumentar a sua autoestima e interação social, permitir uma melhor higiene dentária, diminuir o risco de aparecimento lesões cáries e de

inflamação gengival e/ou periodontal e providenciar uma maior satisfação e bem-estar geral.^(3, 4, 16)

I.VI. Relação entre Otorrinolaringologia e Ortodontia

É normal assumir-se que a função nasorespiratória influencia o desenvolvimento dentofacial, uma vez que a obstrução nasal promove a respiração oral e acaba por determinar a posição da língua e da mandíbula. A respiração bucal obriga a língua a tomar uma posição baixa para permitir a passagem do ar, desregulando o complexo muscular orofacial e provocando uma rotação posterior da mandíbula.⁽¹⁴⁾

Se estas parafunções permanecerem durante o crescimento, observaremos as chamadas “faces adenoideas”, termo que se associa a diversos sinais e sintomas característicos, tais como: face longa/dolicofacial (dimensão vertical da face aumentada), boca sem selamento labial, respiração oral, narinas estreitas, via aérea nasal estreita, andar médio da face pouco desenvolvido, palato alto, posição anteriorizada da língua, frequente retrognatismo mandibular associado à distoclusão molar e retroinclinação dos incisivos mandibulares.⁽¹⁴⁾

As crianças com SAOS, por exemplo, têm um aumento significativo do overjet, reduzido overbite, elevada incidência de mordida aberta, frequente distoclusão, estreitamento da arcada dentária superior, encurtamento da arcada inferior e apinhamento mandibular. Se este problema não for resolvido, poderá trazer repercussões para o indivíduo a longo-prazo, como alterações no desenvolvimento da cabeça, da postura mandibular e do posicionamento da língua.⁽¹⁴⁾

Apesar de tudo isto, não existe uma correlação que demonstre que a função nasorespiratória obstrutiva determine diretamente o crescimento craniofacial, mas sim uma associação multifatorial entre os mesmos.⁽¹³⁻¹⁵⁾

I.VII. Importância da elaboração do Relatório de Estágio

A decisão da inscrição neste estágio baseou-se na utilidade e nos benefícios pessoais que poderiam advir desta experiência enquanto estudante do último ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Para além disso, a vontade de, no futuro, efetuar uma especialização em ortodontia e odontopediatria também contribuiu nesse sentido. Os principais objetivos do estágio foram poder adquirir novos conhecimentos, experienciar uma relação próxima com a área de ORL pediátrica, avaliar a frequência de desarmonias orofaciais nas idades pediátricas e ter uma noção dos problemas da população que recorre à consulta. Consciente da importância desta experiência no meu percurso académico, encarei este estágio como uma oportunidade para aprender e evoluir como profissional de saúde.

Optei por otorrinolaringologia pediátrica, uma vez que se dedica ao estudo da região da cabeça e do pescoço, contribuindo para um maior conhecimento dos fatores do desenvolvimento orofacial e das más-oclusões e por ser uma área que está bastante interligada com a ortodontia, especialidade que pretendo seguir.

II. Estrutura do Relatório de Estágio

O estágio consistiu no acompanhamento e observação clínica e oral dos pacientes pediátricos em contexto de consulta externa de ORL.

Os critérios de seleção dos pacientes examinados em consulta no presente relatório incluem:

- Idades compreendidas entre o intervalo [6,17] anos;
- Problemas associados ao trato respiratório superior (composto pelos seios nasais, cavidade oral, laringe e faringe);
- Problemas do sono, nomeadamente roncopatia e apneia do sono;
- Crianças em TO.

A exclusão do intervalo de idades [0,5] anos deve-se ao pouco desenvolvimento da estrutura orofacial e ao facto da criança ainda se encontrar numa fase de dentição decídua.

Já a partir dos 6/7 anos de idade, o primeiro molar permanente e os incisivos permanentes começam a aparecer na cavidade oral, permitindo ao ortodontista

identificar e acompanhar a erupção da dentição definitiva e a evolução do crescimento dos maxilares.⁽¹⁷⁾ A partir da puberdade, com exceção do tecido linfóide - que atinge o pico de crescimento aos 8 a 10 anos de idade, envolvendo progressivamente a partir daí (figura 1) - e do tecido nervoso - que, nesta fase, já se encontra praticamente desenvolvido -, todos os órgãos e sistemas se desenvolvem, principalmente os sistemas cardiocirculatório e respiratório.^(20, 21) Por volta dos 12 anos de idade, dá-se a fusão/ossificação da sutura mediana palatina, extremamente importante no tratamento ortodôntico por permitir a expansão óssea maxilar enquanto imatura; outro motivo, é o facto da dentição permanente, por norma, estar completamente erupcionada por volta desta idade (excetuando os terceiros molares, cuja erupção pode variar dos 17 aos 21 anos).^(22, 23)

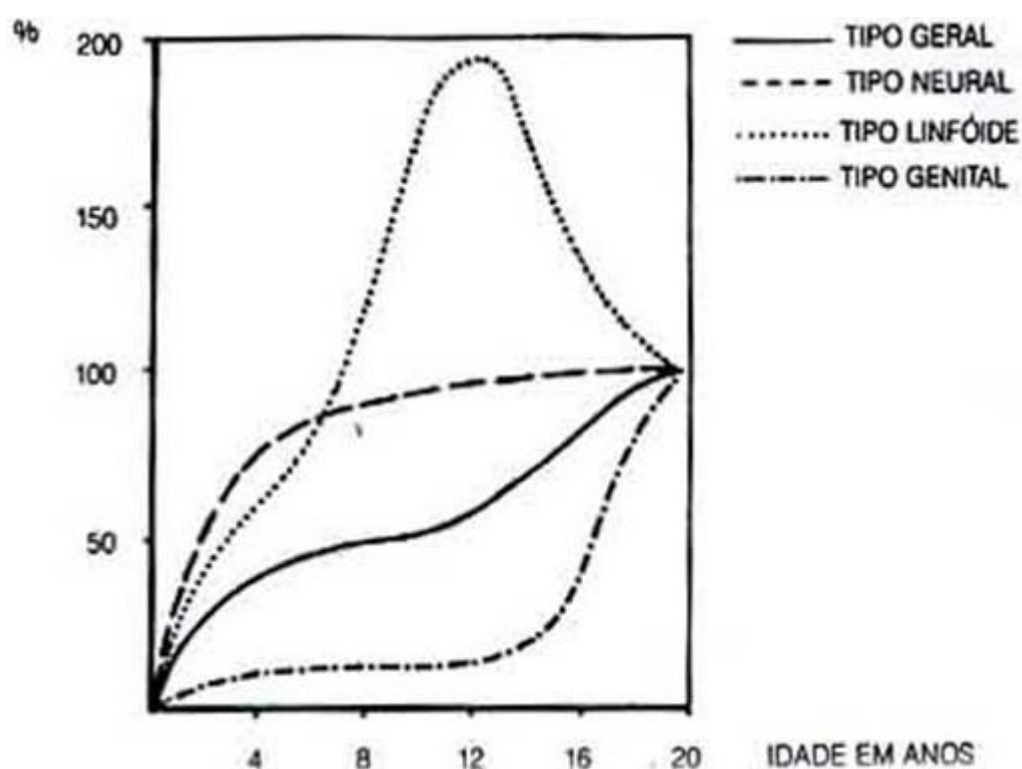


Figura 1 - Tamanho atingido em % do crescimento total pós-natal ⁽²¹⁾

Optou-se por incluir as crianças em TO, independentemente do motivo da consulta em questão, para perceber quais as razões que levaram o paciente e seus responsáveis a recorrer à medicina dentária, nomeadamente à ortodontia.

Apesar das várias comorbilidades presentes no consultório, os motivos de consulta mais frequentes eram principalmente devidos a uma diminuição na capacidade auditiva (normalmente causada por excesso de cerúmen), otites, otorreia, distúrbios das vias aéreas superiores (geralmente por obstrução nasal, desvio do septo, epistaxis, hipertrofia das amígdalas e adenóides) e patologia do sono. O intuito de apenas conter os últimos dois problemas referidos anteriormente, decorre da correlação multifatorial existente entre a via nasofaríngea e o complexo craniofacial.⁽¹⁴⁾

Ao longo das consultas fui registando informações relevantes para o estudo, que podem ser consultadas na tabela em anexo - ver anexo 1. Na primeira linha da tabela podemos encontrar os tópicos considerados pertinentes a registar, nomeadamente:

- Nº de pacientes assistidos;
- Idade do paciente;
- Motivo da consulta;
- História clínica;
- Padrão facial:

Durante o exame extraoral, classificou-se o biótipo facial através da observação da face da criança. Atribuiu-se a cada indivíduo um dos seguintes padrões faciais, tendo em consideração as respetivas características:

- Dolicofacial: face longa, cabeça ovalada, comprida e estreita; maior tendência à retrusão mandibular e musculatura mandibular delgada;
 - Braquifacial: face curta, cabeça arredondada, pequena e larga; maior tendência à proeminência do mento e musculatura mandibular forte;
 - Mesofacial: face média, boa relação intermaxilar e proporção muscular normal.⁽²⁴⁾
- Classe de Angle:

O preenchimento da classe de Angle teve como referência a classificação descrita por *Edward Angle*. Esta marcou uma grande evolução na ortodontia, pois para além de dividir os principais tipos de más colusões, também define pela primeira vez, de uma forma simples e clara, a definição de uma oclusão normal. *Angle* sugeriu que uma oclusão normal tinha por base as posições dos primeiros molares permanentes - se existisse uma relação correta dos mesmos (cúspide mésovestibular do 1º molar superior oclui no sulco

vestibular do 1º molar inferior) e os restantes dentes presentes na arcada ocluísem aparentemente bem, obteríamos uma boa oclusão.⁽²⁵⁾

Este autor também definiu três classes de más-oclusões através da relação mésiodistal dos primeiros molares permanentes:

- Classe I: relação normal entre molares, mas oclusão incorreta;
- Classe II: molar inferior distalizado em relação ao molar superior, sem especificação da oclusão;
- . Classe III: molar inferior mesializado em relação ao molar superior, sem especificação da oclusão.⁽²⁵⁾;

- Presença de anquiloglossia;
- Presença de proeminência do mento;
- Presença de roncopatia;
- Tamanho da úvula;
- Tipo de respiração;
- Qualidade do sono;
- Hábitos orais;
- Más-oclusões observáveis:

Em consulta observaram-se cinco tipos de más-oclusões, mais especificamente a mordida aberta anterior (MAA), a mordida cruzada anterior (MCA), a mordida cruzada unilateral (MCU), a mordida cruzada bilateral (MCB) e a mordida coberta (MC).

1. A MAA é uma desordem oclusal definida pela falta de contacto dos dentes anteriores em sentido vertical quando os dentes posteriores estão em oclusão, provocando ao paciente problemas estéticos e funcionais. As causas desta má-oclusão incidem principalmente em causas genéticas e ambientais, nomeadamente a interposição lingual, obstrução nasal, deficiência neuromuscular, trauma, doença reumatóide, postura e discrepância posterior.^(26, 27)

2. A MCA consiste numa inversão da oclusão entre um ou mais dentes da região anterior das arcadas dentárias. De uma forma resumida, a dentição anterior mandibular oclui a vestibular da dentição anterior maxilar.

Se estivermos perante uma mordida cruzada de origem dentária, o paciente apresenta uma relação esquelética intermaxilar normal. Os fatores causadores da mesma incluem a erupção lingual dos dentes anteriores maxilares, traumatismos

na dentição decídua anterior que tenha movido o gérmen permanente, odontomas, o hábito de morder o lábio superior, entre outras causas.⁽²⁸⁾

Já nos casos de origem esquelética, a arcada mandibular encontra-se avançada em relação à arcada maxilar e normalmente está associada a um hipodesenvolvimento da maxila e/ou hiperdesenvolvimento da mandíbula.⁽²⁹⁾

3. Nas MCU ou MCB os dentes da região posterior de uma ou ambas hemiarcada(s) da mandíbula, respetivamente, ocluem por vestibular da arcada maxilar. A MCU é mais frequente que a MCB e ocorrem mais na dentição decídua e mista. As causas destas anomalias podem advir de razões esqueléticas, dentárias ou funcionais.⁽²⁹⁾
4. A MC, também conhecida como mordida profunda, é uma má-oclusão onde existe uma sobreposição excessiva da dentição anterior superior em relação à dentição anterior inferior. As suas causas podem ser de origem genética, por motivos periodontais, por perda de peças dentárias posteriores, por hábitos succionais, etc.⁽³⁰⁾;
 - Outras informações que possam ser relevantes à execução do relatório durante a consulta;
 - Plano de tratamento.

II.I. Considerações Éticas

Para a realização do estágio, foi necessário assinar o cumprimento das “Normas de comportamento para estagiários do CHUPorto” – ver anexo 2.

Nos registos realizados durante as consultas externas de otorrinolaringologia pediátrica, foram sempre honrados a integridade do paciente e respetivos acompanhantes. Antes de proceder a qualquer observação, era realizada uma pequena apresentação individual, uma contextualização do motivo da observação e um pedido de permissão oral para proceder à mesma.

As informações recolhidas ao longo deste período respeitaram, em todos os casos, a proteção dos dados pessoais do paciente e mantiveram o sigilo profissional, de forma a impossibilitar a identificação do indivíduo. Apenas foi recolhido material útil à aprendizagem, aquisição de conhecimento e experiência em contexto de estágio.

II.II. Resultados da Realização do Estágio

De todos os pacientes, 29 apresentavam as características necessárias à realização do presente relatório de estágio. As consultas em que não se efetuou qualquer anotação, ou devido à baixa faixa etária, ou por o motivo da consulta não ser compatível com as patologias descritas anteriormente, apenas assisti à mesma, adquirindo conhecimento útil ao meu desenvolvimento como profissional de saúde.

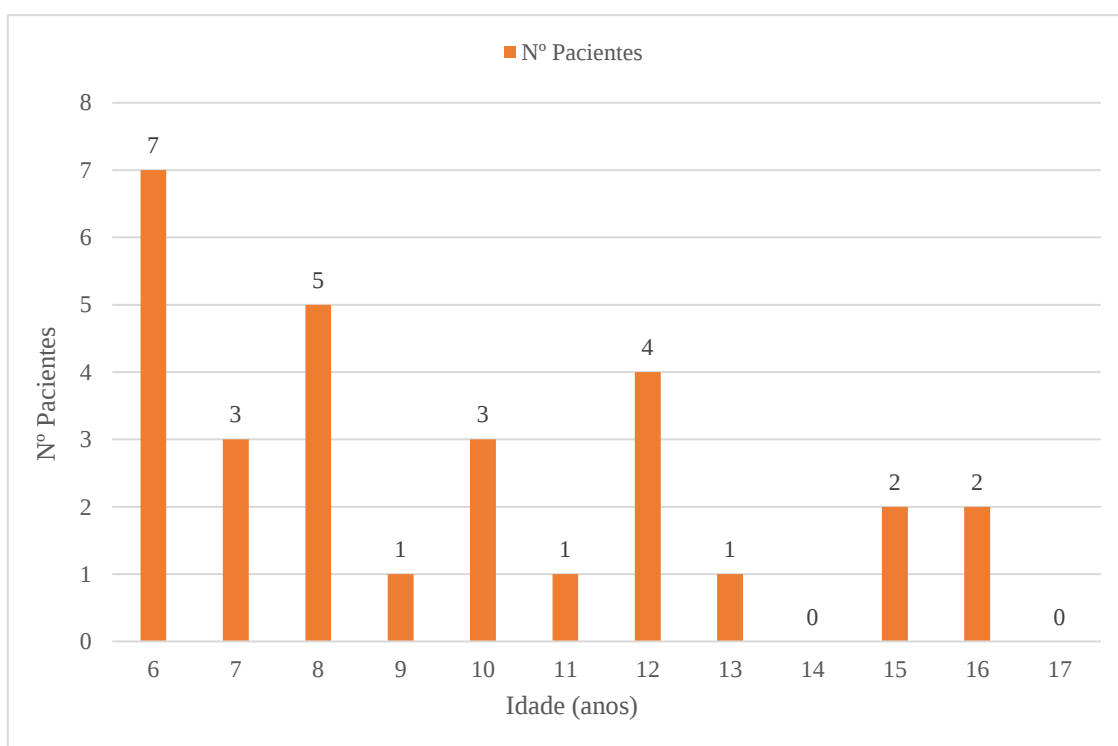


Gráfico 1 - Nº pacientes em função da idade

Como se pode verificar no gráfico 1, existe um maior número de pacientes com idades menores em consulta.

É importante realçar que a informação obtida está condicionada pelos critérios de seleção aplicados.

II.III. Dados relevantes de Otorrinolaringologia

II.III.I. Patologias observadas em consulta

Ao longo deste estágio, observou-se que, em alguns dos pacientes, o motivo da presença em consulta justificava-se pela existência de mais do que um sintoma. Neste sentido, observando a tabela 1, é possível perceber que 11 pacientes manifestavam múltiplos sintomas e 17 apenas um. Para esta contagem, excluiu-se o motivo de reavaliação, uma vez que se trata de uma consulta de acompanhamento.

Tabela 1 - Comparação entre pacientes com motivos de consulta únicos e múltiplos

		Número de pacientes
Motivos de Consulta	Apenas um	17
	Mais do que um	11

No gráfico 2 é possível verificar os motivos que levaram os cuidadores da criança a fazer a marcação da consulta.

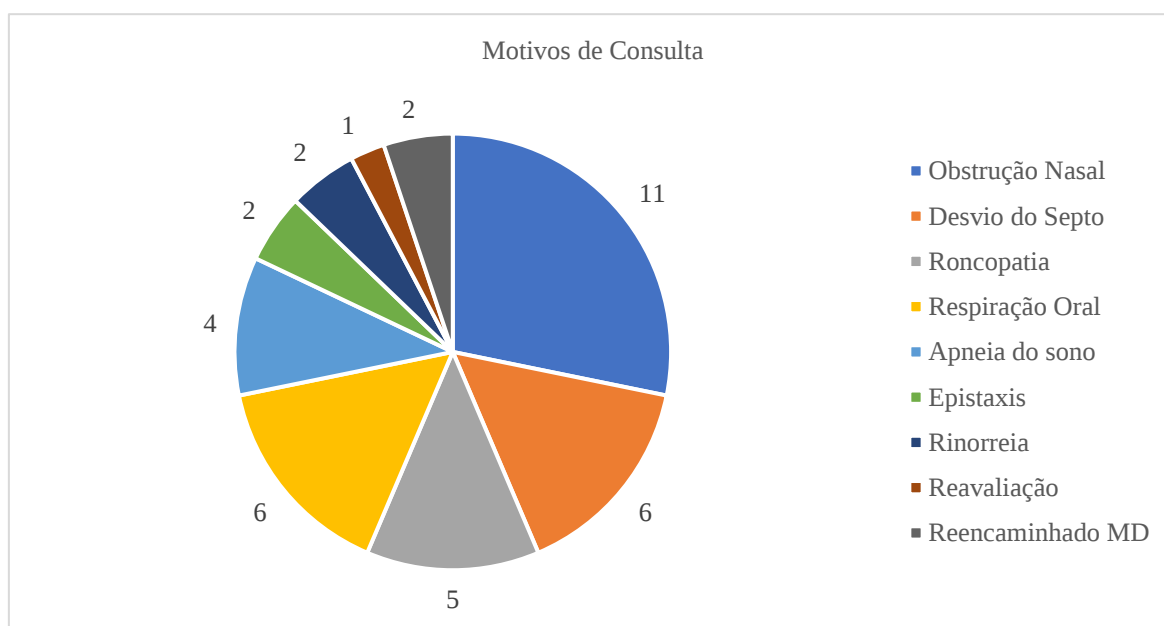


Gráfico 2 - Motivos das Consultas ORL

Os principais motivos de consulta incluíam a obstrução/congestionamento nasal, com 11 dos pacientes a registarem este sintoma. Por conseguinte, os sintomas desvio do septo e respiração oral foram ambos registados por 6 vezes. Logo depois, temos a roncopatia e a apneia do sono, observadas 5 e 4 vezes, respetivamente. Por último, sintomas como a epistaxis verificaram-se 2 vezes, assim como a rinorreia.

Para além destes motivos de consulta, achei interessante incluir uma reavaliação em que o paciente foi sujeito a uma intervenção cirúrgica para remoção das adenóides e amígdalas. Esta seleção justifica-se por, na altura pré-operatória, a criança respirar unicamente por via oral, apresentar roncopatia (referiu ser muito audível) e ter baixa qualidade do sono; na fase atual, pós-operatória, constata haver melhoria de todas estas queixas anteriores. Um aspeto a realçar é o facto de a criança no passado ter usado myobrace durante o período diurno e noturno, o que demonstra que já existiam estímulos prejudiciais à harmonia do complexo dentomaxilar; atualmente encontrava-se em tratamento ortodôntico. Aquando da observação intra-oral, verifiquei que a jovem apresentava uma classe II molar, continuava a interpor a língua e o lábio inferior entre as arcadas dentárias e, como consequência destes hábitos, apresentava uma mordida aberta anterior.

Por último, 2 dos pacientes observados foram reencaminhados pelos respetivos médicos dentistas pelos mesmos motivos: pedir uma avaliação das vias aéreas superiores por suspeita da criança ser respiradora oral; estas duas ocorrências demonstram que existe uma relação interdisciplinar entre as especialidades de ortodontia e otorrinolaringologia.

II.III.II. Planos de Tratamento

O tratamento selecionado teve sempre em conta as características individuais de cada paciente e a terapia menos invasiva possível. Procurou-se ter uma boa comunicação com os seus responsáveis de forma a conseguir-se, em conjunto, fomentar a terapêutica mais adequada.

Os planos de tratamento variaram desde:

- Incentivar/Educar a adotar melhores hábitos;
- Prescrição de medicação;
- Prescrição de exames;
- Intervenções cirúrgicas.

II.IV. Dados relevantes de Ortodontia

II.IV.I. Tipo Facial

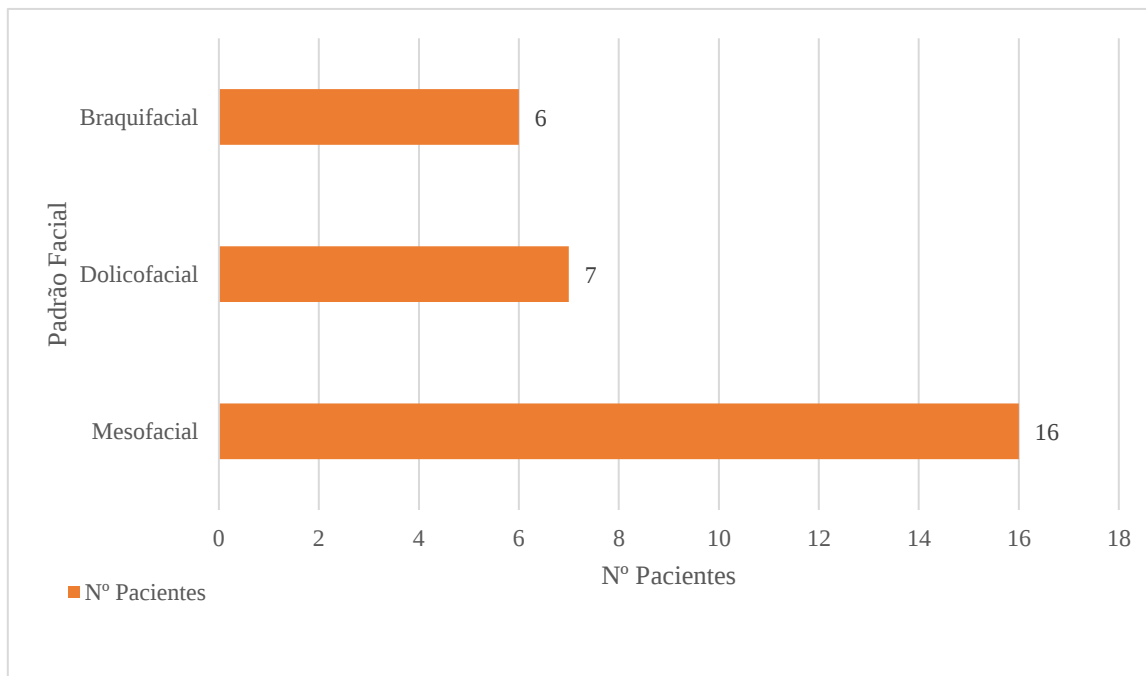


Gráfico 3 - Nº pacientes em função do biótipo facial

De todas as crianças analisadas, o biótipo facial mais comum foi o mesofacial, com 55% dos casos, como é possível verificar no gráfico 3. Os restantes 45% apresentavam padrões faciais não coincidentes com a normalidade. Apesar de serem o menor grupo, revela que existe uma grande parte da população infantil analisada que poderá ter tendência a desenvolver más-oclusões, uma vez que o complexo dentomaxilomuscular não se encontra estável e harmonioso.

II.IV.II. Classe Molar de Angle

Durante o estágio, tive a oportunidade de observar em consulta todas as classes molares de Angle, como se pode observar na tabela 1:

Tabela 2 - Nº pacientes em função da classe molar de Angle

Classe Molar de Angle	I sem desarmonia oclusal	I com desarmonia oclusal	II	III	Nada a Assinalar (NA)
Nº Pacientes	10	8	8	1	2
Frequência (%)	34%	28%	28%	3%	7%

Dos 29 pacientes avaliados, 18 apresentavam uma relação mesiodistal molar correta, mas apenas 10 destes tinham uma oclusão considerada normal; os restantes 8 evidenciavam desarmonias oclusais associadas.

Com alguma frequência, também surgiram jovens com o posicionamento molar em Classe II, nomeadamente 8 casos; e com menor frequência, verificou-se 1 ocorrência de uma Classe III.

Na última coluna da tabela, constata-se que existiram 2 casos que não foram possíveis de se realizar uma observação direta da cavidade oral, uma vez que estava perante crianças portadoras de patologias neurológicas e, uma vez que não iria existir cooperação, optou-se por apenas tirar alguns registos junto do seu cuidador.

II.IV.III. Tipo de Respiração

O gráfico 4 apresenta as percentagens observadas para cada tipo de respiração.

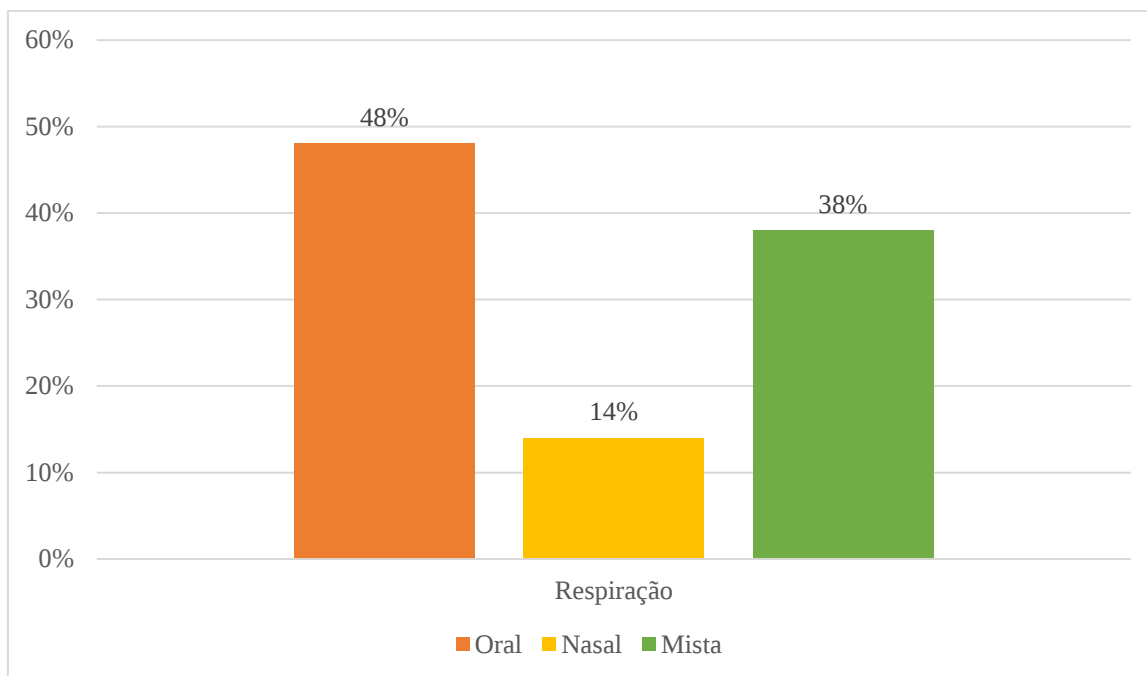


Gráfico 4 - Tipo de respiração

Como podemos constatar, 86% dos pacientes utilizavam a via oral para respirar e 48% só o conseguiam fazer por essa mesma via. Já a via unicamente nasal apenas foi relatada por 14% dos pacientes em consulta.

A respiração mista, com um total de 38% dos casos da amostra, encontrou-se sempre acompanhada de sintomas de congestionamento nasal, em que o paciente respirava pelas duas vias, mas com uma maior dificuldade na passagem aérea nasal.

II.IV.IV. Más-Oclusões

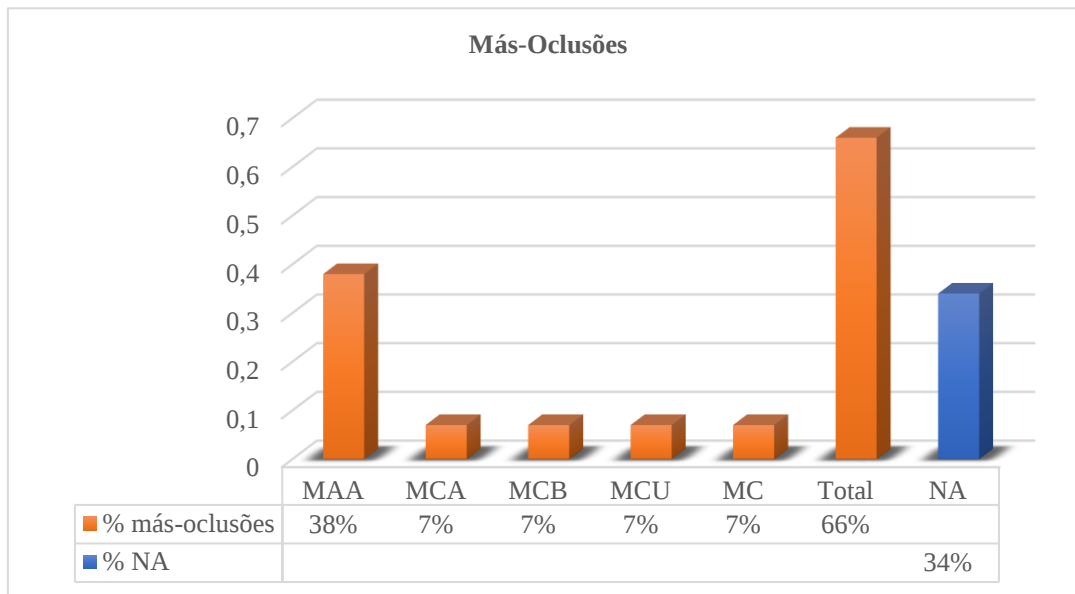


Gráfico 5 - Frequência das más-oclusões em CEP

Legenda: MAA – Mordida Aberta Anterior; MCA – Mordida Cruzada Anterior; MCB – Mordida Cruzada Bilateral; MCU – Mordida Cruzada Unilateral; MC – Mordida Coberta; NA – Nada a Assinalar

Pela observação do gráfico 5, é notória a grande frequência que a mordida aberta anterior tem nas idades pediátricas em relação às outras ocorrências orais. As restantes más-oclusões, mordidas cruzadas e mordida coberta, apresentaram-se de igual forma no consultório, demonstrando que, apesar de não serem tão incidentes, surgiram na pequena população que foi estudada.

É ainda possível observar que 34% da população não apresentou qualquer tipo de maloclusão.

II.IV.V. Em Tratamento Ortodôntico

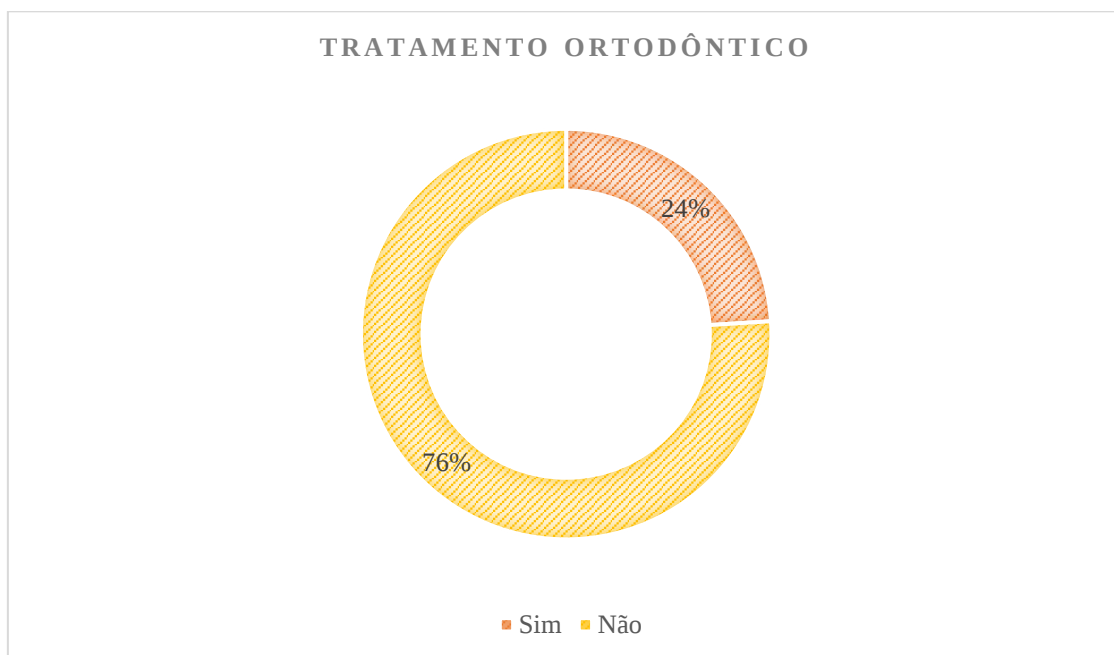


Gráfico 6 - Tratamento Ortodôntico em pacientes ORL

No gráfico 6 analisamos que aproximadamente um quarto da amostra era portadora de aparelhagem ortodôntica.

II.IV.VI. Taxa de Má-Oclusão

Na nossa amostra, constituída por 29 pacientes pediátricos presentes em consulta de otorrinolaringologia, a percentagem de más-oclusões é de 66%. Com este indicador, observamos que mais de metade dos pacientes têm necessidade de tratamento ortodôntico.

III. Discussão

Nas idades mais jovens, observou-se em consultório que os sinais e sintomas provocam uma maior preocupação nos seus responsáveis. Estes podem manifestar-se através de estímulos como o choro, despertares noturnos, apatia, perda de apetite e outros, que induzem no cuidador aflição e desassossego e motivam a marcação da consulta. Desta forma, as crianças de menor faixa etária foram os pacientes mais frequentes em consulta, comprovado pelos dados acima analisados - 66% da amostra incluía-se nas faixas etárias compreendidas entre os 6 e os 10 anos, inclusive.

Quanto aos motivos de consulta, constatou-se que em 41% dos casos da amostra, existem mais do que um sintoma relatado, o que se justifica pelas estruturas do trato respiratório superior funcionarem em síncrono e serem dependentes entre elas.⁽³¹⁾

Para a realização do diagnóstico, é importante fazer-se um meticoloso e atento registo clínico, criar uma relação de confiança com o paciente e extrair a maior quantidade de informação útil possível, de forma a conceber o plano de tratamento mais adequado. Durante este processo, identificar e eliminar os estímulos que originaram a patologia torna-se um passo essencial, uma vez que a resolução pode advir da mudança de hábitos. Quando isto não é suficiente, poderá ser necessário prescrever medicação ou mesmo recorrer a métodos mais invasivos como as intervenções cirúrgicas.

Focando agora na população analisada, observou-se que 45% não apresentava um biótipo facial considerado normal, 59% tinha uma desarmonia molar mesiodistal, apenas 14% utilizava unicamente a via nasal para respirar, 66 % possuía más-oclusões e somente 24% estava em tratamento ortodôntico. Refletindo sobre estes dados, podemos constatar que estamos perante crianças e jovens sem a máxima qualidade de vida. O facto de tão poucos respirarem somente pela via nasal, demonstra que a maior parte da população analisada apresenta um desequilíbrio funcional entre o complexo musculoesquelético facial e as vias aéreas superiores. Dado a esta desarmonia fisiológica, os resultados obtidos através da análise da amostra parecem indicar que a existência de disfunções no trato respiratório superior poderá ter alguma relação com o desenvolvimento de desarmonias oclusais e esqueléticas.

As principais limitações durante a realização deste estágio incidiram sobre a pequena população analisada, devido à curta duração do estágio, que não permitiu obter resultados estatisticamente significativos e conclusões mais discriminativas. Outra

restrição foi a falta de acesso a exames mais específicos, como telerradiografias de perfil, úteis à análise mais pormenorizada das características individuais.

IV. Conclusões

Todos os profissionais de saúde têm um impacto na vida de cada paciente, uma vez que, independentemente da especialidade que exercem, o objetivo final é promover qualidade de vida e saúde ao seu utente.

Esta oportunidade de presenciar fisicamente a especialidade de otorrinolaringologia pediátrica, permitiu alargar o meu conhecimento para além da medicina dentária e adquirir novas competências e aptidões extremamente úteis e vantajosas na minha prática clínica futura.

Foi-me também possível concluir que existe uma relação interdisciplinar entre as áreas de ortodontia e otorrinolaringologia. Um trabalho em equipa entre o médico ortodontista e o médico otorrinolaringologista permitem determinar o plano de tratamento mais adequado, beneficiando o paciente.

Uma opinião individual que, do meu ponto de vista, poderia beneficiar mais o estado de saúde das crianças e jovens, seria existir uma maior comunicação entre as duas especialidades. Seria vantajoso instruir a especialidade de otorrinolaringologia sobre os princípios básicos da medicina dentária, nomeadamente o que é considerado anormal a nível oral, como algumas patologias orais e problemas do complexo dentomaxilar. Desta forma, existiria uma maior triagem dos pacientes que necessitam de tratamento ortodôntico e/ou dentário, favorecendo unicamente o bem-estar geral do indivíduo.

O facto de poder presenciar alguns casos de pacientes reencaminhados pelo médico dentista e/ou em tratamento ortodôntico, suscitaram em mim satisfação e alegria, por ter a oportunidade de acompanhar outra especialidade relevante para o sucesso dos tratamentos dentários.

Em suma, o estágio curricular favoreceu a minha formação enquanto futura médica dentista.

Bibliografia

1. Porto CHUd. Centro Materno Infantil do Norte: CHUPorto; 2022 [Available from: <https://www.chporto.pt/v0C0B0A/centro-materno-infantil-do-norte>].
2. Porto CHUd. Departamento da Infância e Adolescência: CHUPorto; 2022 [Available from: <https://www.chporto.pt/v0C0B0A0B/departamento-da-infncia-e-adolescencia>].
3. Pilcher OB, Costa SSd, Maahs GS, Kuhl G. Rotinas em Otorrinolaringologia. Porto Alegre: artmed; 2015.
4. Surtel A, Klepacz R, Wysokińska-Miszczuk J. [The influence of breathing mode on the oral cavity]. Pol Merkur Lekarski. 2015;39(234):405-7.
5. Hsu DW, Suh JD. Anatomy and Physiology of Nasal Obstruction. Otolaryngol Clin North Am. 2018;51(5):853-65.
6. Hopkins J. Nasal Obstruction The Johns Hopkins University, The Johns Hopkins Hospital, and Johns Hopkins Health System.; [Available from: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/nasal-obstruction>].
7. (OM50164) DLC. OBSTRUÇÃO NASAL E DESVIO DO SEPTO: TrofaSaúdeHospital; 2018 [Available from: <https://www.hospitaldatrofa.pt/noticias-e-eventos/noticias/obstru%C3%A7%C3%A3o-nasal-e-desvio-do-septo/>].
8. Corey JP, Houser SM, Ng BA. Nasal congestion: a review of its etiology, evaluation, and treatment. Ear Nose Throat J. 2000;79(9):690-3, 6, 8 passim.
9. Healthdirect. Deviated septum: Healthdirect Australia; Maio 2021 [Available from: <https://www.healthdirect.gov.au/deviated-septum>].
10. Fried MP. Epistaxe Rahway, NJ, USA.: Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA.; 2021 [Available from: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-do-ouvido,-nariz-e-garganta/abordagem-ao-paciente-com-sintomas-nasais-e-far%C3%ADngeos/epistaxe>].
11. Gamboa DI. Hipertrofia das Adenóides e das Amígdalas na criança: Trofa Saúde; 2019 [Available from: <https://www.hpbn.pt/noticias-e-eventos/noticias/hipertrofia-das-aden%C3%B3ides-e-das-am%C3%ADgdalas-na-crian%C3%A7a/>].
12. Lévy P, Kohler M, McNicholas WT, Barbé F, McEvoy RD, Somers VK, et al. Obstructive sleep apnoea syndrome. Nat Rev Dis Primers. 2015;1:15015.

13. A. S-E, P. M-M. P. Interaktion von Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Kieferorthopädie: Die Beziehung zwischen dem nasopharyngealen Luftraum und den kraniofazialen Strukturen. Laryngo-Rhino-Otologie. 2010 Mar
14. A. S-E, P. M-M. Interaction between otorhinolaryngology and orthodontics: correlation between the nasopharyngeal airway and the craniofacial complex. German Society of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery. 2011 Apr 27.
15. Dentistas OdM. Médicos Dentistas O. Ortodontia, o que é? Respostas simples a perguntas frequentes: Ordem dos Médicos Dentistas; [Available from: <https://www.ombd.pt/publico/ortodontia/>]
16. T.Cobourne M, T.DiBiase A. Handbook of Orthodontics E-Book Elsevier M, editor2010.
17. Hawley DNJ. When Should Your Child Visit the Orthodontist? | Hawley Orthodontics Hawley Orthodontics.; 2017 [Available from: <https://www.hawleyorthodontics.com/child-visit-orthodontist/>].
18. Zou J, Meng M, Law CS, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. Int J Oral Sci. 2018;10(1):7.
19. Lombardo G, Vena F, Negri P, Pagano S, Barilotti C, Paglia L, et al. Worldwide prevalence of malocclusion in the different stages of dentition: A systematic review and meta-analysis. Eur J Paediatr Dent. 2020;21(2):115-22.
20. Lourenço B, Queiroz LB. Growth and puberal development in adolescence. Rev Med (São Paulo). 2010.
21. Misodor. Fatores e Parâmetros do Crescimento Pós – Natal: Fatores atuando no crescimento pós – natal. Parâmetros de avaliação do crescimento normal.: MISODOR; 2008 [Available from: <https://www.misodor.com.br/CRESC.html>].
22. Association AD. Tooth eruption: The permanent teeth. The Journal of the American Dental Association. 2006;137(1):127.
23. Angelieri F, Cevidanes LH, Franchi L, Gonçalves JR, Benavides E, McNamara JA, Jr. Midpalatal suture maturation: classification method for individual assessment before rapid maxillary expansion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2013;144(5):759-69.
24. Ricketts RM. Planning Treatment on the Basis of the Facial Pattern and an Estimate of Its Growth. Angle Orthodontist. 2009;27:14-37.

25. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Contemporary Orthodontics 5th edition. Elsevier M, editor. St. Louis, Missouri 63043: Mosby, an imprint of Elsevier Inc.; 2013.
26. Rijpstra C, Lisson JA. Etiology of anterior open bite: a review. J Orofac Orthop. 2016;77(4):281-6.
27. Michl P, Broniš T, Jurásková Sedlatá E, Heinz P, Pink R, Šebek J, et al. Anterior open bite - diagnostics and therapy. Acta Chir Plast. 2021;63(4):181-4.
28. Bayrak S, Tunc ES. Treatment of anterior dental crossbite using bonded resin-composite slopes: case reports. Eur J Dent. 2008;2(4):303-6.
29. Orthodontics P. Orthodontic Conditions - Cross Bite: Pan Orthodontics; 2019 [Available from: <https://www.panorthodontics.com/conditions-cross-bite/>].
30. Dentistry WCfA. Deep Bite: Windsor Centre for Advanced Dentistry; 2022 [Available from: <https://www.advanceddentistry.co.uk/deep-bite/>].
31. Lin SJ. Nasal Aerodynamics. Medscape. 2021.

ANEXOS

Anexo 1 – Formulário usado para a recolha dos dados

[illegible]

Anexo 2 – Normas de comportamento para estagiários do CHUPorto



Impresso

IM.DEFIGE.GER.002/0

Normas de Comportamento para Estagiários

Pág. 1 de 1

Normas de comportamento para estagiários do CHUPorto

(Normas aprovadas pelo C.A. em 13/08/2009 e atualizadas em 01 de setembro de 2020)

Os estagiários do Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUPorto) para além de atender às normas internas desta instituição e às normas específicas dos serviços em que se integrem, devem:

1. Usar sempre vestuário adequado (ex. bata ou farda) conforme o contexto da aprendizagem e fazer uso do cartão de identificação de estagiário, colocado de forma visível.
2. Fazer-se acompanhar do material e instrumentos necessários às atividades previstas no âmbito do ensino/aprendizagem.
3. Ser pontual nas atividades programadas. **Não permanecer nas instalações fora do horário previsto sem autorização.** Apresentar-se à equipa de serviço sempre que entrar não acompanhado pelo seu professor ou orientador/tutor.
4. Assumir atitudes adequadas ao ambiente hospitalar dentro das normas éticas e do respeito humano, evitando as perturbadoras de um meio ambiente de silêncio e tranquilidade. Não falar alto, não usar desnecessariamente o telemóvel, **evitar aglomerações de pessoas nos corredores e enfermarias.**
5. O estagiário tem o dever de se apresentar sempre aos doentes e profissionais de saúde como tal.
6. É proibida a recolha, publicação e divulgação de imagens da instituição, dos seus profissionais e dos doentes.
7. Não aceder aos sistemas de registo informático ou outros sistemas de registo de dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos dos doentes de forma não supervisionada, ou para fins que não os da própria aprendizagem. E expressamente proibido efetuar registo de dados em sistemas de registo que não sejam os destinados aos fins de aprendizagem ou assinar documentos além dos previstos no âmbito do ensino/aprendizagem.
8. Respeitar o sigilo da informação relativa ao estado clínico dos doentes, diagnóstico, prognóstico, tratamento ou dados de carácter pessoal dos doentes (Segredo Profissional).
9. É proibido recolher, usar, divulgar ou publicar os dados da alínea anterior sem autorização expressa dos próprios e submetidos às normas do CHP em vigor neste âmbito (consultar as normas dos projetos académicos, projetos de investigação ou trabalhos científicos).
10. Fazer bom uso do material, equipamento e instalações hospitalares que forem disponibilizados no âmbito da atividade ensino/aprendizagem.
11. O CHUPorto não se responsabiliza por danos ou furtos de bens pessoais deixados nos cacifos e vestiários, mesmo em situações de incêndio ou inundação.

Os estagiários devem comunicar aos responsáveis diretos (professores, orientadores/tutores) os problemas relacionados com a sua aprendizagem ou outra situação anómala que surja no decorrer da sua permanência e no estatuto de estagiário.

Qualquer situação detetada de incumprimento destas normas, quer por parte de intervenientes diretos ou indiretos nos processos, esta deve ser reportada aos órgãos competentes e à Direção do DEFI.

Anexo 3 – Declaração de autoria do trabalho apresentado



DECLARAÇÃO

Monografia/Relatório de Estágio

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Estágio, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

25 / 06 / 2022

O / A Estudante

Anexo 4 – Parecer do Orientador



Informo que o Trabalho de Monografia/Relatório de Estágio desenvolvido pelo(a) Estudante Renata Duarte Alves dos Reis Pires Balonas com o título: Otorrinolaringologia na prática de Ortodontia – Relatório de Estágio, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

25 / 06 / 2022

O(A) Orientador(a)/Coorientador(a)

Anexo 5 – Parecer do Coorientador



Informo que o Trabalho de Monografia/Relatório de Estágio desenvolvido pelo(a) Estudante Renata Duarte Alves dos Reis Pires Balonas com o título: Otorrinolaringologia na prática de Ortodontia – Relatório de Estágio, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

25 / 06 / 2022

O(A) Orientador(a)/Coorientador(a)

Anexo 6 – Declaração de divulgação do trabalho



DECLARAÇÃO
Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo Renata Duarte Alves dos Reis Pires Balonas
N.º de identificação civil 14899498 N.º de estudante 201708063
Email institucional up201708063@up.pt
Email alternativo renatapiresbalonas22@gmail.com Tlf/Tlm 917264949
Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia) ☐ Relatório de Estágio ☒

Títulocompleto

Otorrinolaringologia na prática de Ortodontia – Relatório de Estágio

Orientador Professor Doutor Jorge Manuel de Carvalho Dias Lopes

Coorientador Prof. Doutor Eugénio Joaquim Pereira Martins

Palavras-chave _____; _____; _____; _____

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto: _____ X (x)

Não Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto : _____ (x)

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da U.Porto, com período de embargo, no prazo de:

6 Meses: _____; 12 Meses: _____; 18 Meses: _____; 24 Meses: _____; 36 Meses: _____; 120 Meses: X

Justificação para a não autorização imediata _____



Data 25 / 06 / 2022

Assinatura

Renata Balboa