U.PORTO

MESTRADO
CIRURGIA ORTOGNÁTICA E ORTODONTIA

Estágio de Natureza Profissionalizante no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário São João

RELATÓRIO

Joana Filipa Espírito Santo de Almeida

2022

U.PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO

CIRURGIA ORTOGNÁTICA E ORTODONTIA

Estágio de Natureza Profissionalizante no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário São João

RELATÓRIO

Joana Filipa Espírito Santo de Almeida

Orientador

Dr. João Geraldo Reis Correia Pinto

Coorientador

Prof. Doutor Miguel Carvalho Silva Pais Clemente

SETEMBRO, 2022

FACULDADE DE **MEDICINA**

Agradecimentos

Quero expressar os meus sinceros agradecimentos iniciando por esta instituição, CHUSJ, local de ensino de ortodontia e de formação de vida, onde aprendi que a individualidade conta e a dedicação ao aluno é sentida e retribuída. À Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, instituição ímpar de ensino e transmissão de conhecimento. Ao Serviço de Estomatologia, na pessoa da Dr.ª Helena Gouveia, que perante as necessidades oriundas da pandemia tornou a nossa prática clínica exequível e permitiu a continua aprendizagem.

Ao Dr. Correia Pinto, um professor ímpar, dedicado, preocupado e atencioso com o aluno. Não só no contexto educativo, mas também no pessoal. Agradeço pela oportunidade da realização deste relatório de estágio e pela orientação do mesmo. Ao Prof. Doutor Miguel Pais Clemente pela disponibilidade imediata, pelo cuidado e atenção com as estudantes neste percurso final de extrema importância.

Agradecimento especial aos docentes que nos acompanharam não só nestes últimos 6 meses, como em todos estes 5 anos de cursos nos quais fui progredindo. Ao Dr. Armando Dias da Silva e à Dr.ª Ana Paula Amorim, à Dr.ª Liliana Amado e à Dr.ª Andreia Fonseca por serem uma referência na minha prática ortodôntica. É um privilégio aprender com alguém que vibra com a ortodontia e que se dedica aos seus alunos para que sejam os melhores e mais felizes na sua prática clínica.

Um agradecimento especial ás minhas colegas e amigas Dr.ª Filipa Teles, Dr.ª Liliana Pires e Dr.ª Joana Fontes pela força e perseverança em tornar este MCOO o mais proveitoso possível.

À Drª Sofia Trindade, à minha companheira de luta, que trava todas as batalhas comigo e nunca me deixa cair, tanto na Ortodontia como na vida. Sem ti, não teria conseguido superar mais uma prova e mais uma maternidade. Obrigada! Continuamos na luta, fazer sempre mais e melhor.!

Agradecer à minha família que são os alicerces da minha vida e me permitem entrar em aventuras desta envergadura estando longe de casa. Ao João, parceiro de todas as batalhas, amigo nas loucuras e ao meu filho Duarte que me faz feliz diariamente. Aos meus pais, sogros e irmão pela ajuda e paciência nestes anos animados.

Deixar um último agradecimento especial ao Joel, ex-membro do secretariado do Serviço de Estomatologia do CHUSJ, é especial.

Foram anos de luta e entrega dos quais sinto muito orgulho e já deixam saudades. Sinto alguma mágoa por pensar que o COVID-19 retirou algum brilho ao nosso percurso, mas saio com a certeza que fiz o meu melhor e que tive os melhores ao meu lado. O sentimento de pertença num serviço que sendo constituído por médicos, aceita médicos dentistas de igual para igual. A bagagem educativa, mas também emocional com que nos preparam é gigante. Não mudava nada!

A todos, obrigada!

Abreviaturas e acrónimos

AB: Arco Base

BTP: Barra Transpalatina

CE: Cadeia Elástica

CHUSJ: Centro Hospitalar Universitário São João

DDD: Disscrepância Dento-Dentária (Desarmonia de Bolton)

DGS: Direção Geral da Saúde

DTM: Disfunção Temporomandibular

EPI: Equipamento Proteção Individual

FLP: Fenda Lábio Palatina

FMUP: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ICs: Incisivos Centrais

ILs: Incisivos Laterais

IPR: *iInterproximal Reduction*

LM: Linha média

LMD: Linha Média Dentária

LMDI: Linha média dentária inferior

LMDS: Linha média dentária superior

LMF: Linha média facial

MA: Mordida Aberta

MCOO: Mestrado Cirurgia Ortognática e Ortodontia

RIL: Relação incisivo-labial

SE: Serviço de Estomatologia

TI: Tratamento intercetivo

TO: Tratamento Ortodôntico

TOCO: Tratamento ortodôntico-ortognático

SH: Sobremordida horizontal

SV: Sobremordida vertical

#: Número de consulta

Índice de Figuras

Figura 1 - Gráfico com Distribuição de Género da amostra 12
Figura 2 - Gráfico com Tipos de Tratamento da amostra 13
Figura 3 - Gráfico com distribuição de doentes com FLP e sem FLP 13
Figura 4 - Gráfico com Distribuição Classes Dentárias de Angle 14
Figura 5 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº1 15
Figura 6 - Ortopantomografia inicial (nº1) 16
Figura 7 - Telerradiografia inicial (nº1) 16
Figura 8 - AB intrusão e levantes em 6ºs (#019) 17
Figura 9 - Recolagem do bracket no dente 23, IPR inferior e CE 33-43 (#029) 18
Figura 10 - Registo fotográfico extra (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº1 19
Figura 11 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº2 20
Figura 12 - Ortopantomografia inicial (nº2) 21
Figura 13 - Ortopantomografia inicial (nº2) 21
Figura 14 - Cimentação de disjuntor (A e D), fim da disjunção (B e E), cimentação BTP (C e F) (#02;#04;#06) 22
Figura 15- Cimentação de brackets nos ICs e ILs (4x2) (#11) 23
Figura 16 - Cimentação dos restantes brackets. Caninos a erupcionar (#25) 24
Figura 17 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº2 24
Figura 18 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº3 25
Figura 19 - Ortopantomografia inicial (nº3) 26
Figura 20 - Telerradiografia de perfil inicial (nº3) 27
Figura 21 - Consulta pré-enxerto (#07 28
Figura 22 - SH negativa e 23 ligado à distância (#14) 29
Figura 23 - SH negativa e 23 ligado à distância (#29) 29
Figura 24 - Elásticos intermaxilares classe I (3/16, 4.5oz) 30
Figura 25 - Registo fotográfico extra (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº3 31
Figura 26 - Registo fotográfico extra (A-C) e intraoral (D-H) iniciais do caso clínico nº4 32
Figura 27 - Ortopantomografia inicial (nº4) 33
Figura 28 - Telerradiografia de Perfil inicial (nº4) 33
Figura 29 - Cimentação hyrax (A e B), fim da disjunção (C e D) 34

Figura 30 - Cimentação aparelho fixo inferior (#03) 35
Figura 31 - Distalização do 43 (#12) 35
Figura 32 - Elásticos intermaxilares para assentamento (#20) 36
Figura 33 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº4 36
Figura 34 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº5 37
Figura 35 - Ortopantomografia inicial (nº5) 38
Figura 36 - Telerradiografia de Perfil inicial (nº5) 39
Figura 37 - Cimentação Hyrax (A e D), fim disjunção (B e E), pós-contenção (C e F) 40
Figura 38 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº5 41
Figura 39 - Ortopantomografia inicial (nº5) 42
Figura 40 - Telerradiografia de Perfil inicial (nº6) 43
Figura 41 - Cimentação de bandas em 17,27,37,47 (#05) 44
Figura 42 - Doente preparada para cirurgia (#13) 44
Figura 43 - Registo fotográfico pós cirúrgico. Doente com eleáticos intermaxilares de Classe III direita e Classe II esquerda 45
Figura 44 - Ortopantomografia e Telerradiografia de perfil após 1ª cirurgia (A-B) e Ortopantomografia e Telerradiografia de Perfil após 2ª cirurgia (C-D) 45
Figura 45 - Fotografias intraorais após 2ª cirurgia 46
Figura 46 - Registo fotográfico extra (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº6 46
Figura 47 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº7 47
Figura 48 - Ortopantomografia inicial (nº7) 48
Figura 49 - Telerradiografia de Perfil inicial (nº7) 48
Figura 50 - Torques escolhidos para o caso clínico nº7 49
Figura 51 - Desgastes de levantes de mordida (#08) 50
Figura 52 - Elásticos intermaxilares e CE para comprimir arcada inferior (#26) 50
Figura 53 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº7 51

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº1) 16
Tabela 2 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº2) 21
Tabela 3 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº3) 27
Tabela 4 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº4) 33
Tabela 5 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº5) 39
Tabela 6 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº6) 43
Tabela 7 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº7) 48

Código de Fase de Registos de Tratamento Ortodôntico:

Registos pré-tratamento ortodôntico

Registos durante o tratamento ortodôntico

Registos finais do tratamento ortodôntico

Índice

Agradecimentos ---- iv

Abreviaturas e acrónimos ---- vi

Índice de Figuras ---- vii

Índice de Tabelas ---- ix

Resumo ---- 4

Abstract ---- 5

Introdução ---- 6

1. Estrutura IX MCOO ---- 6

2. Caracterização do Serviço de Estomatologia do CHUSJ ---- 7

Colocação e Remoção do EPI na consulta ---- 8

Circuito de Consulta em Contexto de Pandemia ---- 9

Recursos humanos do serviço ---- 10

3. Atividade assistencial do IX MCOO ---- 10

3.1. Consulta Hospitalar de Ortodontia ---- 10

3.2. Consulta de Grupo de Fenda Lábio-Palatina ---- 11

3.3. Consulta de Grupo de Dismorfias Dentofaciais ---- 12

4. Casuística Clínica ---- 12

5. CASOS CLÍNICOS ---- 14

1| Má oclusão tratada com Extrações ---- 14

A. Análise Extraoral ---- 14

B. Análise Intraoral ---- 15

C. Análise Funcional e de Modelos ---- 15

D. Análise Radiográfica e Cefalométrica ---- 15

E. Diagnóstico ---- 16

F. Plano de Tratamento ---- 17

G. Descrição Caso Clínico ---- 17

2| Má oclusão tratada sem Extrações ---------- 19
A. Análise Extraoral ---------- 19
B. Análise Intraoral ---------- 20
C. Análise Funcional e de modelos ---------- 20
D. Análise Radiográfica e Cefalométrica ---------- 21
E. Diagnóstico ---------- 22
F. Plano de Tratamento ---------- 22
G. Descrição Caso Clínico ---------- 22
3| Má oclusão Pseudo Classe III ---------- 25
A. Análise Extraoral ---------- 25
B. Análise Intraoral ---------- 25
C. Análise Funcional e de Modelos ---------- 26
D. Análise Radiográfica e Cefalométrica ---------- 26
E. Diagnóstico ---------- 27
F. Plano de Tratamento ---------- 27
G. Descrição do caso clínico ---------- 28
4| Má oclusão com Desarmonia Transversal ---------- 31
A. Análise Extraoral ---------- 31
B. Análise Intraoral ---------- 31
C. Análise Funcional e de Modelos ---------- 32
D. Análise Radiográfica e Cefalométrica ---------- 32
E. Diagnóstico ---------- 33
F. Plano de Tratamento ---------- 34
G. Descrição do caso clínico ---------- 34
5| Má oclusão com Desarmonia Transversal ---------- 37
A. Análise Extraoral ---------- 37
B. Análise Intraoral ---------- 38
C. Análise Funcional e de Modelos ---------- 38
D. Análise Radiográfica e Cefalométrica ---------- 38
E. Diagnóstico ---------- 39

F. Plano de tratamento ---------- 39
G. Descrição do caso clínico ---------- 40
6| Má oclusão em Adulto ---------- 41
A. Análise Extraoral ---------- 41
B. Análise Intraoral ---------- 42
C. Análise Funcional e de Modelos ---------- 42
D. Análise Radiográfica e Cefalométrica ---------- 42
E. Diagnóstico ---------- 43
F. Plano de tratamento ---------- 43
G. Descrição do caso clínico ---------- 43
7| Má oclusão Classe II ---------- 47
A. Análise Extraoral ---------- 47
B. Análise Intraoral ---------- 47
C. Análise Funcional e de Modelos ---------- 48
D. Análise Radiográfica e Cefalométrica ---------- 48
E. Diagnóstico ---------- 49
F. Plano de tratamento ---------- 49
G. Descrição do caso clínico ---------- 49
Conclusão ---------- 52
Anexos ---------- 55

Resumo

Este relatório resume o último semestre do estágio de natureza profissionalizante associado ao Mestrado de Cirurgia Ortognática (MCOO) e Ortodontia no Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ). Pretende-se com este relatório dar conhecimento da vertente clínica vivenciada no Serviço de Estomatologia do CHUSJ bem como da vertente pedagógica associada Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Durante este período foram acompanhados mais de 50 utentes com as diferentes dismorfias e más oclusões. Cada um deles foi acompanhado individualmente, avaliado em contexto de aula e à posteriori em contexto clínico, tornando o caso didático e desafiante.

O doente é acompanhado de 2 em 2 meses, pois foi realizado regime de rotatividade de binómios. Durante a consulta era feito o controlo do aparelho em questão e o doente era encaminhado para o próximo passo, nova consulta, exame complementar diagnóstico, consulta com o cirurgião ou outra área médica. Devido ao número elevado de casos clínicos que estão atribuídos ao aluno e a variabilidade de patologias associadas, o caso torna-se muito interessante do ponto de vista pedagógico e clínico pois possibilita ao aluno avaliar o mesmo de várias vertentes, com vários profissionais, obtendo uma visão multifacetada do mesmo. Os casos multifatoriais enriquecem o estágio pois estimulam o aluno na procura do conhecimento sobre o mesmo.

O trabalho desenvolvido em ambiente hospitalar é bem diferente daquilo que um aluno de medicina dentária está familiarizado em regime de consultório. A abordagem ao doente é diferente, o contacto com o colega de outra especialidade é uma obrigatoriedade e o encaminhamento do mesmo é feito pelo estudante. Todos estes parâmetros tornaram o estágio desafiante, mas muito enriquecedor.

Palavras chave: dismorfias dentofaciais, má oclusão, fenda lábio-palatina, estágio, estomatologia, ortodontia, TOCO, FMUP

Abstract

This report summarizes the last semester of the professional internship associated with the Master's Degree in Orthognathic Surgery (MCOO) and Orthodontics at Centro Hospitalar Universitario São João (CHUSJ). The aim of this report is to present the clinical aspect experienced in the Stomatology Service of CHUSJ as well as the pedagogical aspect associated with the Faculty of Medicine of the University of Porto. During this period, more than 50 users with different dysmorphia and malocclusions were monitored. Each of them was monitored individually, evaluated in the classroom context and a posteriori in a clinical context, making the case didactic and challenging. The patient is followed up every 2 months, as we were rotating binomials.

During the consultation, the device in question was controlled and the patient was referred to the next step, a new consultation, x-ray, consultation with the surgeon. Due to the high number of clinical cases that are attributed to the student and the variability of associated pathologies, the case becomes very interesting from the pedagogical and clinical point of view, as it allows the student to evaluate the same from several aspects, with several professionals, obtaining a multifaceted view of it. The multifactorial cases enrich the internship as they stimulate the student in the search for knowledge about the same.

The work developed in a hospital environment is quite different from what a dental medicine student is familiar with in an office setting. The approach to the patient is different, contact with a colleague from another specialty is mandatory and the referral is made by the student. All these parameters made the internship challenging, but very enriching.

Keywords: dentofacial dysmorphia, malocclusion, cleft lip and palate, internship, stomatology, orthodontics, TOCO, FMUP

Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação/Projeto/Estágio, do Mestrado Cirurgia Ortognática e Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

É o único mestrado a nível nacional que junta a formação de uma Faculdade de renome, como a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com um dos Centros Hospitalares mais prestigiados nacional e internacionalmente, o Centro Hospitalar Universitário de São João. Médicos e médicos dentistas tem formação diferenciada em Ortodontia, conseguindo-se destacar dos demais na sua prática clínica diária. Atualmente, a Medicina Dentária apresenta-se extremamente competitiva, nomeadamente na área de Ortodontia. A formação deve ser diferenciada e completa, com uma componente teórica e prática, permitindo ao estudante adquirir conceitos e aplicá-los na sua prática clínica diária. O MCOO é o único mestrado em Portugal que proporciona isso. O estudante trata inúmeros doentes com aparelhos distintos, ficando autónomo para uma prática de Ortodontia segura e sustentada. Também tem acesso a todos os recursos hospitalares, bem como a todo o conhecimento dos profissionais de saúde que nele trabalham, enriquecendo a sua formação.

No IX MCOO, ano letivo 2021/2022, foi permitido ao estudante a liberdade de escolha para completar a Unidade Curricular de Dissertação/Projeto/Estágio. A escolha da realização de relatório de estágio em detrimento de dissertação recaiu sobre a oportunidade de demostrar casos clínicos de elevada complexidade que permitiram o desenvolvimento teórico e prático da estudante, que foi o que levou a mesma a inscrever-se nesta formação. Na elaboração deste relatório, a estudante a transmite todo o conhecimento adquirido e as dificuldades que vivenciou. Uma vez que foi um semestre atípico devido à pandemia Covid-19, tornou toda a experiência ainda mais enriquecedora.

1. Estrutura IX MCOO

O IX MCOO, à semelhança dos anteriores, teve lugar na FMUP e no SE-CHUSJ. É constituído por uma componente teórica e outra prática, subdividindo as horas letivas pelas mesmas. Teve início em Outubro de 2019 com 3 manhãs de aulas teóricas e 2 tardes de consultas hospitalares práticas. Com a pandemia COVID-19 em Março de 2020, houve uma adaptação de toda esta estrutura de forma que as estudantes não ficassem prejudicadas na sua formação. As aulas teóricas foram

substituídas por aulas em videoconferência à distância, onde os docentes continuaram a cumprir o cronograma pedagógico estabelecido no início do ano. As consultas hospitalares sofreram um interregno de 3 meses, recomeçando em Maio 2020. A estrutura do SE sofreu algumas alterações funcionais de forma a cumprir as normas da DGS. Foram criados protocolos de circulação no CHUSJ e de atuação durante a consulta hospitalar de Estomatologia por forma a proteger o médico e o doente. Destacar a eficiência e rapidez na adaptação à nova realidade que se tornou a consulta hospitalar por parte do SE e todos os seus colaboradores.

2. Caracterização do Serviço de Estomatologia do CHUSJ

O Serviço de Estomatologia localiza-se no terceiro piso do CHUSJ desde 2005. Durante os dois anos de IX MCOO, teve 2 diretores de serviço:

- Dr. Correia Pinto, Médico Estomatologista e docente da FMUP até Outubro 2020,
- Dr.ª Helena Gouveia, Médica Estomatologista, desde Fevereiro 2020.

A estrutura física do serviço sofreu algumas alterações com a pandemia COVID-19, diminuindo o número de doentes consultados em simultâneo. A partir de Maio de 2020 a organização do serviço passou a ser a seguinte:

- Quatro gabinetes de consulta hospitalar com 2 cadeiras em que só se consulta um doente por vez,
- Gabinete de consulta de urgência com uma cadeira,
- Gabinete do diretor de serviço,
- Gabinete do enfermeiro chefe,
- Gabinete de chefia do serviço,
- Gabinete administrativo,
- Bloco Operatório *Drª Susana Serrano,* com uma sala preparada para anestesia geral, dois equipamentos para anestesia loco-regional e uma sala de recobro,
- Sala de radiologia capacitada para fazer ortopantomografias, telerradiografias de perfil, frontais de periapicais,
- Sala de pré-esterilização com circuito de sujos e limpos,
- Sala de prótese dentária,
- Sala de médicos,

- Sala dos assistentes operacionais,
- Sala de espera para os doentes,
- Biblioteca *Dr. Esteves Pereira,*
- Farmácia do Serviço de Estomatologia,
- Duas salas de arrumos,
- Dois sanitários para colaboradores do serviço.

O bloco operatório do serviço *Dr.ª Susana Serrano,* é um bloco operatório polivalente onde são feitas as cirurgias ortognáticas pelo cirurgião do serviço, Dr. Nuno Gil, cirurgias do foro estomatológico e outras cirurgias previamente agendadas de outras especialidades.

As consultas hospitalares no SE têm dias específicos de cordo com a especialidade em prática, estando a segunda e a sexta-feira à tarde dedicada à Ortodontia. Na altura pré-pandemia, a estudante atendia doentes nestas duas tardes, porém a pandemia, devido à reorganização do espaço, passou a ter uma tarde de consultas por semana. Os assistentes operacionais executam funções de assistente dentário estando dentro do gabinete no decorrer da consulta auxiliando o médico com o material limitando as saídas da sala. As consultas passaram a ser realizadas com base num protocolo rigoroso [(1)] de colocação e remoção de equipamento de proteção individual (EPI) e de circuito de consulta, enumerados a seguir:

Colocação e Remoção do EPI na consulta

Dentro da sala de consulta, o médico deve ter uma máscara/respirador FFP2/N95 por turno (norma interna CHUSJ), colocando uma máscara cirúrgica sobre o respirador quando se equipa. Se usar calçado higienizável e exclusivamente no Hospital, não é necessária proteção de calçado.

COLOCAÇÃO (antes do doente entrar):

1. Higiene das mãos
2. Touca
3. Proteção de calçado (opcional)
4. Higiene das mãos
5. 1o par de luvas
6. Colocar bata e assegurar fecho atrás no pescoço e cintura
7. Colocar máscara cirúrgica
8. Colocar viseira

9. 2o par de luvas

REMOÇÃO (após saída do doente):

1. Num passo único remover a bata pelo exterior, puxando pela região dos ombros, enrolando-a sucessiva e suavemente de forma a criar o menor volume possível
2. Retirar um par de luvas juntamente com a bata
3. Retirar a proteção de calçado (se existir)
4. Remover viseira (de trás para a frente)
5. Remover máscara cirúrgica
6. Remover touca
7. Retirar o par de luvas restante
8. Higienizar as mãos

Circuito de Consulta em Contexto de Pandemia

1. Médicos e auxiliares equipam-se com EPI dentro do gabinete de consulta;
2. A cadeira é preparada: copo com solução de água + peróxido de hidrogénio (5:1 ml), guardanapo e tabuleiro;
3. O doente é chamado pelo computador e esperado pela auxiliar à porta da sala;
4. Indica-se ao doente a desinfeção das mãos com SABA antes de entrar na sala (caso não tenha máscara, fornecer neste momento);
5. A porta do gabinete é fechada durante toda a consulta;
6. A auxiliar encaminha o doente até à cadeira e coloca a babete;
7. O médico faz o questionário clínico e epidemiológico que se encontra afixado junto à cadeira estomatológica e inicia a história clínica, se viável;
8. O médico pede ao doente que remova a máscara pelos elásticos, coloque no seu colo e bocheche 30-60s com a solução, prosseguindo com a consulta;
9. Terminados os procedimentos intraorais, é solicitado ao doente que volte a colocar a máscara e são dadas as indicações necessárias verbalmente;
10. Ao sair do gabinete de consulta, o doente realiza novamente a desinfeção das mãos com SABA;
11. O doente é aconselhado a esperar na sala de espera caso haja necessidade de assinar documentos ou entregar receitas;

12. O médico faz o registo informático no computador destinado, dentro do gabinete, enquanto a auxiliar realiza a limpeza;
13. O gabinete deve ter a porta e janelas abertas durante 10 minutos, após término da limpeza.

NOTA: no caso de, no decorrer da consulta, a auxiliar necessitar de se deslocar à "zona limpa" para buscar material, deve trocar o 2º par de luvas.

Recursos humanos do serviço

Sendo a Estomatologia um trabalho de equipa multidisciplinar, há uma equipa de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos que trabalham em conjunto para permitir o melhor atendimento e a fluidez do serviço. Desde Fevereiro de 2020, a direção do serviço está ao encargo da Dr.ª Helena Gouveia. Do corpo clínico do serviço fazem parte 11 médicos, 9 enfermeiros, 12 assistentes operacionais, 4 técnicos administrativos e 6 alunos de mestrado.

Para além de todo o corpo clínico fixo do serviço, a idoneidade do serviço permite que internos de formação específica de outras especialidades e médicos dentistas em formação na área de ortodontia passem pelo serviço durante a sua formação prática. É frequente o serviço receber estudantes de várias áreas em busca de formação diferenciada.

3. Atividade assistencial do IX MCOO

Durante a prática clínica, o estudante trata uma diversidade de casos encaminhados por outros serviços hospitalares, entidades particulares ou que já são seguidos desde a fase neonatal no serviço (casos de FLP). Estando o mestrado inserido num serviço hospitalar permite utilizar os recursos do hospital bem como ter a colaboração dos profissionais de saúde das mais variadas áreas.

3.1. Consulta Hospitalar de Ortodontia

A ortodontia é a especialidade da Medicina Dentária que avalia, previne e corrige más posições dentárias e esqueléticas, tendo em conta todo o complexo estomatognático. O doente é monitorizado durante todo o crescimento, intervindo-se na altura ideal.

A consulta de ortodontia rege-se por um protocolo próprio de avaliação e triagem do doente. Numa primeira consulta, é feita uma anamnese pormenorizada e específica da área, são feitas fotografias extra e intraorais, moldes para modelos de estudo e são pedidos exames auxiliares de diagnóstico. Com os dados recolhidos o aluno elabora um plano de tratamento que irá ser debatido em aula, perante docentes e restantes alunos definindo um plano de tratamento adequado. Durante todo o tratamento, são feitas fotografias intraorais da evolução mensal e é novamente debatido em aula como atuar na próxima consulta. Esta interação permite maior controlo no tratamento e maior aprendizagem pois o aluno assiste apresentação de todos os casos que o serviço acompanha.

Destas consultas fazem parte controlos de aparelhos fixos (seja sistema convencional, Damon®, CCO®, entre outros), de expansores maxilares (por exº hyrax ou mcnamara), aparelhos removíveis, contenções fixas e removíveis. O estudante encaminhava o doente para outras especialidades como cirurgia maxilofacial, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, terapia da fala, ORL, e outras consultas no SE como a consulta de oclusão e DTM, cirurgia, dentisteria entre outras. O estudante atende algumas urgências ortodônticas quando necessário.

A ortodontia é uma valência de extrema importância pois melhora a função mastigatória bem como a estética do doente. A melhoria do sorriso permite um aumento de autoestima, que por sua vez leva a facilidade na inserção social. A função mastigatória também é melhorada através do alinhamento e nivelamento dentário que consiste na correção: de rotações, dentes cruzados, posição de dentes ectópicos, que promove facilidade na higiene oral.

3.2. Consulta de Grupo de Fenda Lábio-Palatina

A consulta de fenda lábio-palatina, mais comumente designada por consulta de grupo, é a uma consulta multidisciplinar, onde o doente é acompanhado por vários profissionais de saúde desde a gravidez até à fase adulta. Esta consulta ocorre no SE-CHUSJ, na biblioteca, na presença de pediátrica, cirurgião pediátrico, terapeuta da fala, otorrinolaringologista, geneticista, obstetra, cirurgião plástico, neonatologista, estomatologista, pedopsiquiatra e psicólogo. O doente é marcado anualmente para controlo, sendo que entre os 5-6 anos, é encaminhado para a consulta de ortodontia onde é feita a abordagem dentomaxilar necessária para permitir um melhor desenvolvimento dos maxilares. As estudantes do MCOO assistem a esta consulta rotativamente na presença da Drª Liliana Amado, professora auxiliar representante da consulta de ortodontia[3,4,5,6].

3.3. Consulta de Grupo de Dismorfias Dentofaciais

As Dismorfias Dentofaciais são alterações no desenvolvimento e/ou nas estruturas do aparelho estomatognático influenciando a mastigação, deglutição, fala e respiração. Esta consulta acontece mensalmente no SE-CHUSJ, na última sexta-feira do mês, onde se encontram médicos de várias especialidades: Cirurgia Plástica reconstrutiva e estética, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Estomatológica e Estomatologia – Ortodontia. Nesta consulta são debatidos planos de tratamento em curso e de novos doentes. Como não estão presentes nesta consulta, os estudantes transmitem a informação ao representante da consulta de ortodontia, o Dr. Nuno Gil.

4. Casuística Clínica

No período de Outubro de 2019 a Julho de 2021, a estudante teve oportunidade de seguir 70 doentes no serviço de Estomatologia. Desses 70 doentes, 52 eram casos ativos, 16 casos em contenção e 2 que necessitavam de tratamentos dentários interventivos. Dos 52 casos ativos, 7 doentes entraram em fase de contenção durante o período do mestrado.

Da amostra de 52 casos, 23 são do género feminino (43%) e 29 do género masculino (57%) (fig.1). A faixa etária desta amostra está compreendida entre os 10 e os 52 anos.

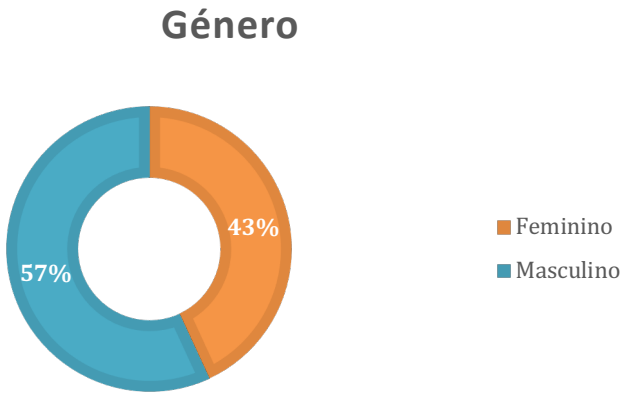


Figura 1 - Gráfico com Distribuição de Género da amostra

Para cada doente é elaborado um plano de tratamento que fica registado no PIP para consulta durante todo o processo. Ao longo do tratamento, este pode ser alterado adaptando-se às alterações que o doente apresente. Destes 52 casos acompanhados pela estudante, 6 iniciaram 1ª fase de tratamento com uma abordagem intercetiva (p. ex., expansão rápida maxilar), 1 iniciou com tratamento intercetivo e avançou para tratamento ortodôntico, 20 doentes estavam em tratamento ortodôntico e 25 em tratamento ortodôntico-cirúrgico.

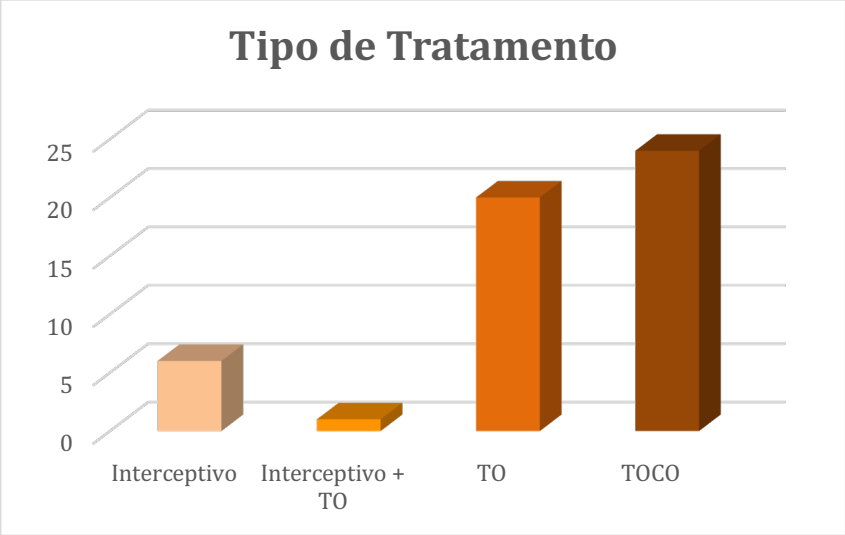


Figura 2 - Gráfico com Tipos de Tratamento da amostra

O Serviço de Estomatologia do CHUSJ destaca-se a nível nacional pelo acompanhamento diferenciado que proporciona aos seus doentes com fenda lábio-palatina. O acompanhamento é feito desde a fase neonatal até à fase adulta. Em alguns casos inicia-se ainda durante a gestação, ajudando e tranquilizando os pais sobre as dificuldades que poderão vir a ter com o bebé [3]. Dos 52 casos acompanhado pela estudante, 17 apresentam fenda lábio-palatina e 35 não. Nesta amostra, a prevalência é cerca de 31%. Destes 16 doentes, 7 possuem fendas do tipo I unilaterais incompletas, sendo que 3 são à esquerda e 4 são à direitas. Os restantes 9 doentes, possuem fendas do tipo II, em que 2 são bilaterais completas, as restantes 7 são unilaterais incompletas em que 6 são à esquerda e 1 é à direita.

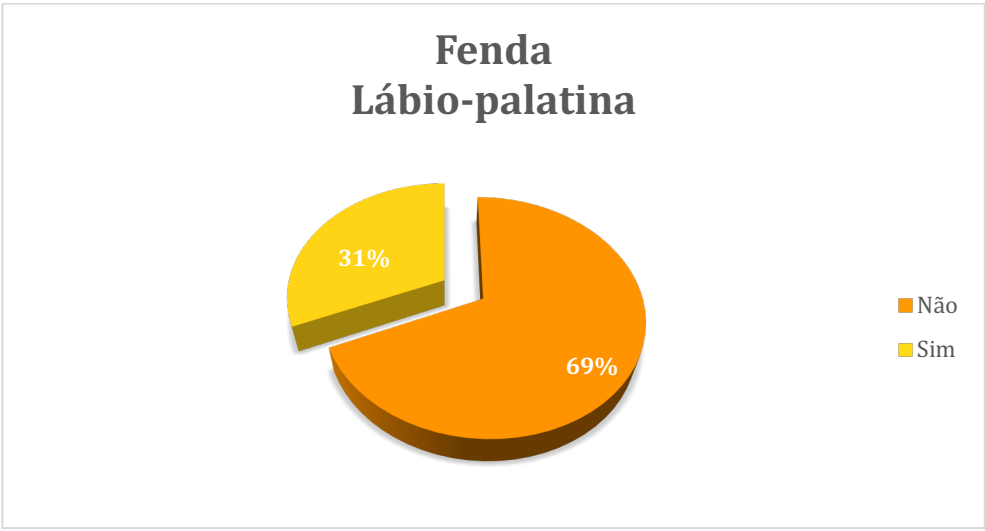


Figura 3 - Gráfico com distribuição de doentes com FLP e sem FLP

Na caraterização da amostra, 9 são classes I, 28 são classes II e 15 são classes III de Angle. Dos 28 casos de classe II, 5 foram tratados com exodontias de pré-molares. Dos 24 casos TOCO, 15 são classes III e 9 são classes II de Angle.

Figura 4 - Gráfico com Distribuição Classes Dentárias de Angle

5. CASOS CLÍNICOS

1| Má oclusão tratada com Extrações

A.I.C.S., género feminino, 13 anos e 8 meses, apresentou-se na consulta de ortodontia por "dentes tortos. Não consigo fechar a boca enquanto durmo". Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes.

A. Análise Extraoral

Em repouso, face simétrica com o terço inferior aumentado (fig.5A). Em sorriso, LMF coincidente com LMDS. Respiradora oral, com selamento labial em esforço e mento cutâneo desviado à esquerda (fig.5A e B). Perfil convexo, com ângulo nasolabial aberto e plano mandibular rodado posteriormente. Lábio inferior hipertónico devido ao excesso de material dentário (fig. 5C).

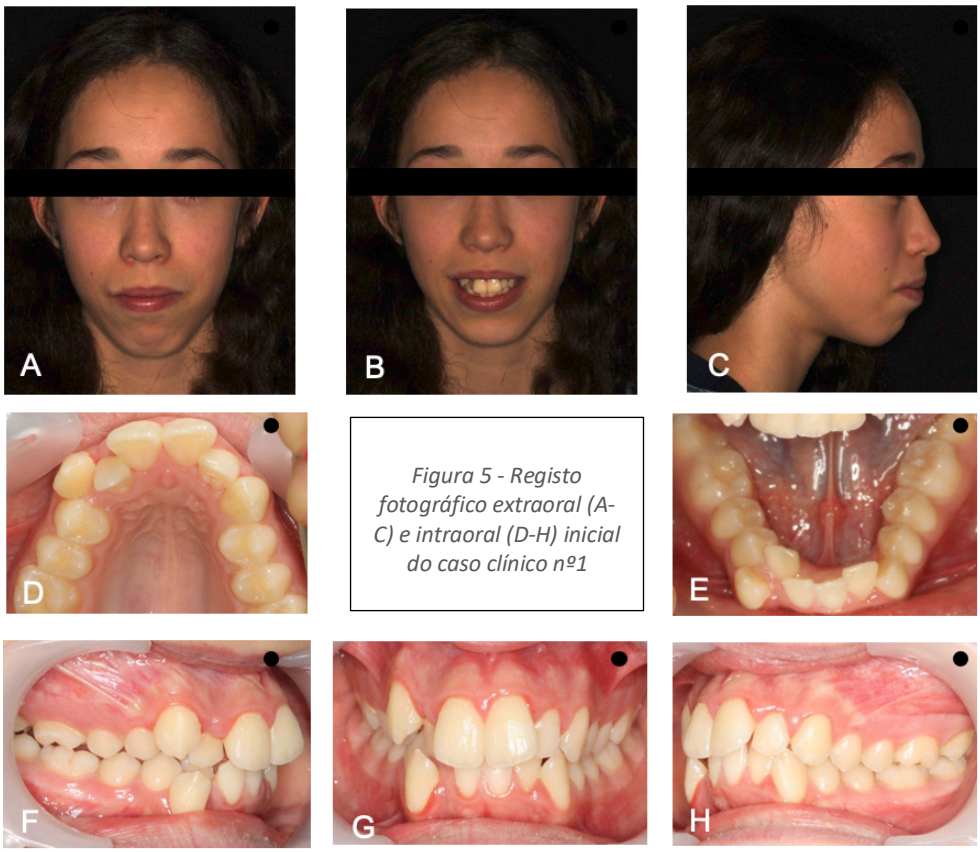


Figura 5 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº1

B. Análise Intraoral

Relação dentária de Classe I esquerda e classe III direita de Angle (fig. 5F e 5H). Apinhamento severo, com dente 13 ectópico e dente 12 cruzado (fig. 5D), dente 43 vestibularizado e dente 42 lingualizado (fig. 5E). LMDS e LMDI coincidentes (fig. 5G).

C. Análise Funcional e de Modelos

A avaliação funcional não revelou alterações. Nos modelos, aferimos uma DDD com excesso mandibular, dentes 42 e 43 fora da arcada, em dupla fileira.

D. Análise Radiográfica e Cefalométrica

Na ortopantomografia denotamos restaurações nos dentes 16,26,36 e 46 e a presença dos gérmenes dentários dos dentes 18,28,38 e 48 (fig. 7).

A nível cefalométrico, observamos uma Classe II esquelética com convexidade de 8mm, composta por uma maxila ortoposicionada e uma retromandibulia e micromandibulia. A nível dentário, apresenta um incisivo superior e inferior protruído e proinclinando. A SH encontra-se aumentade e

a SV encontra-se normal. Padrão crescimento vertical, com tendência a mordida aberta. Perfil dolicofacial com VERT de -1,62 (fig.7 e tabela 1).

Figura 6 - Ortopantomografia inicial (nº1)

Figura 7 - Telerradiografia inicial (nº1)

Tabela 1 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº1)

Fatores cefalométricos	Valor	Norma
Sobremordida horizontal	4,9mm	2,5mm±2
Sobremordida vertical	3mm	2,5mm±2
Ângulo interincisivo	119º	132º±6
Convexidade	8mm	2mm±2
Posição incisivo superior	10,4mm	3,5mm±2
Posição incisivo inferior	5,7mm	1mm±2
Inclinação incisivo superior	34,5º	28º±4
Eixo facial	82,9º	90º±3
Profundidade facial	83,8º	91º±3
Profundidade maxilar	92,4º	90º±3
Comprimento mandibular	61,5mm	84mm±3
IMPA	94,5º	90º ±3

E. Diagnóstico

Má oclusão Classe II esquelética em doente dolicofacial com tendência a mordida aberta. Apinhamento severo com incisivo inferior bem posicionado.

F. Plano de Tratamento

- Aparatologia fixa bimaxilar (*Roth* .022)
- Exodontia de dentes 14,24,34,44
- *Bracket* do dente 12 invertido
- Elásticos intermaxilares
- Contenção removível superior do tipo *Essix* e *c*ontenção fixa inferior do tipo férula de 33 a 43

G. Descrição Caso Clínico

Iniciou-se tratamento com a cimentação de aparelho fixo maxilar e mandibular. Na 3ª consulta realizaram-se as exodontias dos dentes 14 e 24, cimentou-se *bracket* do 12 invertido para corrigir torque radicular. Na 10ª consulta, fizeram-se as exodontias dos dentes 34 e 44 e colocaram-se levantes de mordida. Fez-se alinhamento e nivelamento e, na fase de trabalho, iniciou-se a mecânica de recuo de caninos maxilares com CE aos tubos dos 7ºs. Concluída a distalização de caninos superiores e inferiores, iniciou-se o recuo do setor anterior (4 incisivos) em simultâneo.

Figura 8 - AB intrusão e levantes em 6ºs (#019)

Após recuo dos incisivos e fechamento de espaços, colocou-se AB de intrusão para conferir torque aos incisivos superiores. Transferiram-se os levantes de 7ºs para 6ºs porque os 7ºs começaram a apresentar intrusão não desejada. Iniciou-se uso de elásticos intermaxilares de classe II bilaterais (4.5oz 3/16). Retirou-se AB e iniciou-se a fase de finalização. Fez ortopantomografia de recolagens onde se recolou os *brackets* dos dentes 12, 22 e 23.

Figura 9 - Recolagem do bracket no dente 23, IPR inferior e CE 33-43 (#029)

Durante esta fase, realizou-se *IPR* de 33 a 43, colocou-se cadeia elástica para retroinclinar os dentes e conseguir SH para encerrar espaços superiores, entre incisivos laterais e caninos. Após encerramento de espaços, trabalhou-se a engrenagem final com recolagem dos tubos dos dentes 16 e 26 para extrusão das cúspides distais e elásticos intermaxilares com vetores de assentamento. A doente ficou com *Essix* superior e férula de 33-43 inferior (fig. 10E) como contenção.

Alguns dos objetivos propostos não foram conseguidos. O apinhamento foi resolvido sem comprometer o perfil (fig. 10C). O selamento labial não foi solucionado, a doente continua a fechar em esforço (fig. 10A). A engrenagem foi bem conseguida e a oclusão ficou estável (fig. 10 F-H). A nível estético, o resultado foi satisfatório.

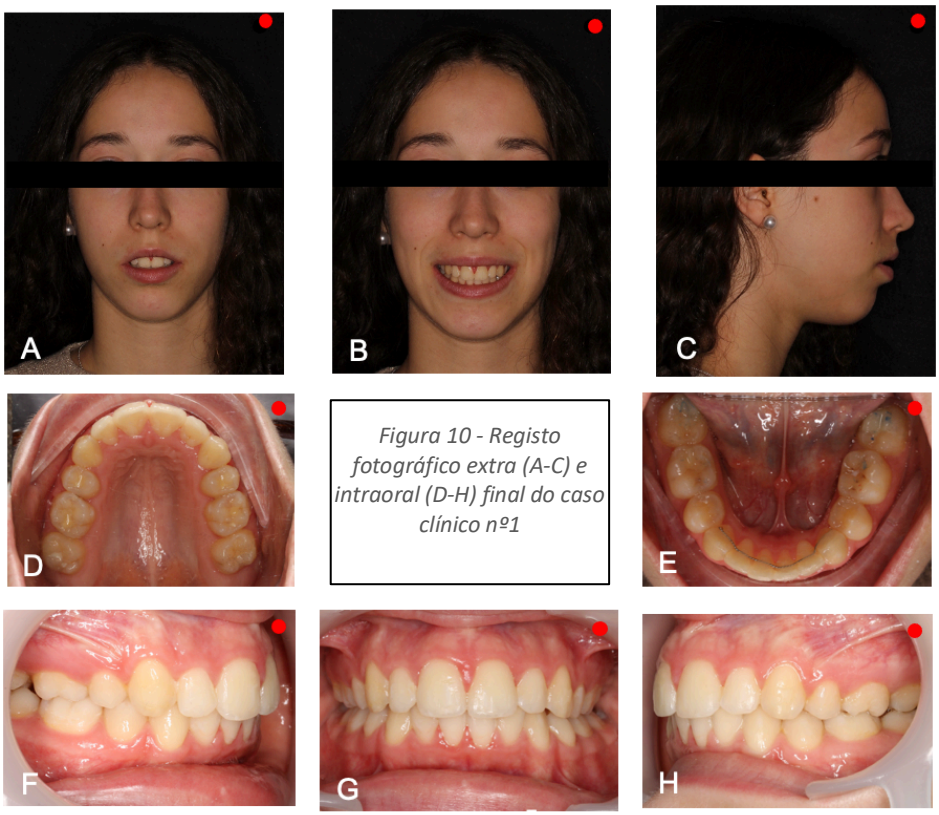


Figura 10 - Registo fotográfico extra (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº1

2| Má oclusão tratada sem Extrações

B.M.M.A., género masculino, 9 anos e 6 meses, apresentou-se na consulta de ortodontia com a queixa principal" o maxilar está a crescer para dentro". Sem antecedentes pessoais nem familiares relevantes.

A. Análise Extraoral

Face simétrica com terços equilibrados (fig.11A-B). Na figura 11A constatamos que não apresenta selamento labial, fazendo-o em esforço com auxílio da musculatura do mento (fig.9C). Perfil facial convexo, com um ângulo nasolabial fechado e um lábio superior pró-inclinado. Avaliando a posição do mento, estamos perante uma retromandibulia, com uma rotação posterior do plano oclusal (fig. 9C). A LMF coincide com a face mesial do 11 e com LMDI (fig. 11B e G).

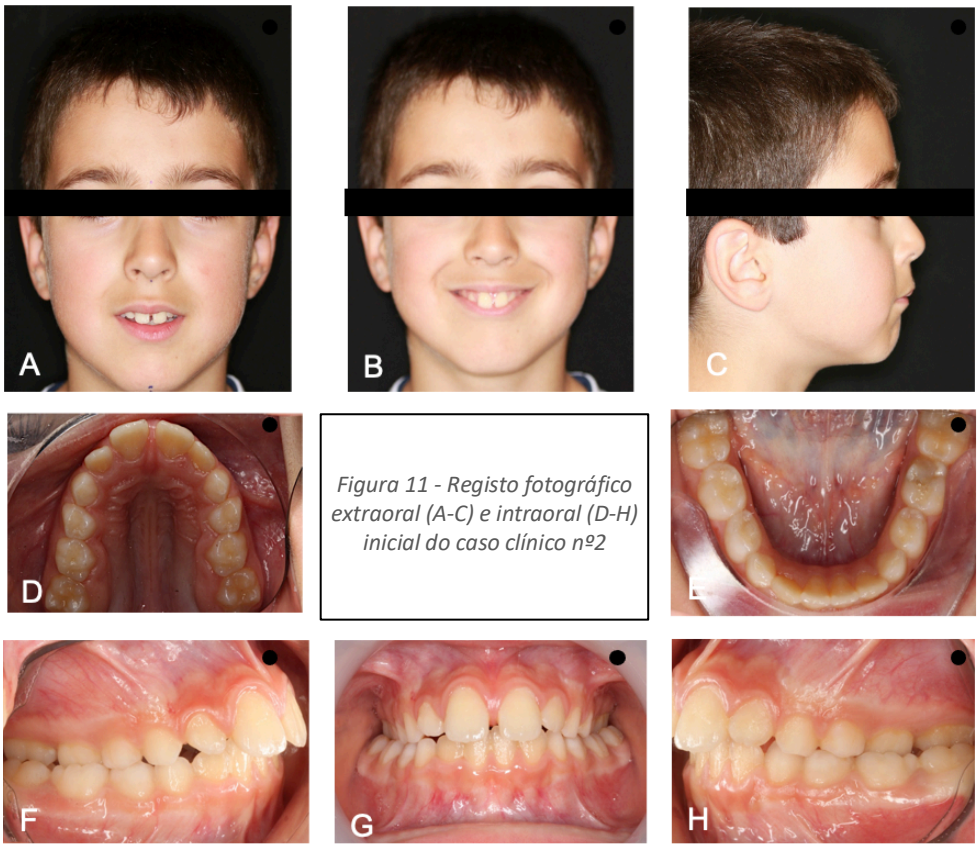


Figura 11 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº2

B. Análise Intraoral

Má-oclusão de Classe II Divisão 1 com SH aumentada (fig. 11F e 11H). Avaliando a foto frontal (fig. 10G), observava-se uma compressão maxilar, possivelmente pela presença de uma endognatia maxilar e inclinação axial dentária negativa. Constatamos a presença de uma mordida cruzada bilateral desde os dentes 75 e 85 para posterior, respetivamente. Presença de diastema interincisivo e freio labial de inserção baixa (fig.11G).

C. Análise Funcional e de modelos

Sem alterações funcionais. Os modelos apresentam uma compressão maxilar com sobremordida horizontal aumentada e mordida cruzada posterior ao nível de 75,36,85,46. A DDD de +3mm, o que indica excesso maxilar.

D. Análise Radiográfica e Cefalométrica

Na ortopantomografia observamos uma dentição mista com dentes decíduos e definitivos presentes. O gérmen dentário de 17,27,37 e 47 está presente. Dente 75 tinha uma restauração infiltrada.

Figura 12 - Ortopantomografia inicial (nº2)

Na análise cefalométrica, estamos perante uma Classe II esquelética, convexidade de 4,3mm. A maxila e a mandíbula estão ortoposicionadas, estando o comprimento mandibular diminuído. A nível dentário temos um incisivo superior protruído e proinclinado e um incisivo inferior normoinclinado e ortoposicionado. A sobremordida horizontal aumentada e vertical normal. Estamos perante um perfil dolicofacial suave, com um VERT de -0,8mm.

Figura 13 - Ortopantomografia inicial (nº2)

Tab*ela 2 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº2)*

Fatores cefalométricos	Valor	Norma
Sobremordida horizontal	7,8mm	2,5mm±2
Sobremordida vertical	2,6mm	2,5mm±2
Ângulo interincisivo	115,5º	132º±6
Convexidade	4,3mm	2mm±2
Posição incisivo superior	9,6mm	3,5mm±2
Posição incisivo inferior	1,9mm	1mm±2
Inclinação incisivo superior	43,6º	28º±4
Eixo facial	90,2º	90º±3
Profundidade facial	86,2º	91º±3
Profundidade maxilar	91,1º	90º±3
Comprimento mandibular	61,5mm	84mm±3
IMPA	88,6º	90º ±3

E. Diagnóstico

Má oclusão de Classe II esquelética com comprimento mandibular curto, A nível dentário, estamos perante uma classe II divisão 1 com sobremordida horizontal aumentada e com um incisivo superior protruído e proinclinado. LMDI alinhada com a LMDF e com bordo mesial do dente 11. Doente com perfil mesofacial, com potencial de crescimento.

F. Plano de Tratamento

Antes do iniciar tratamento ortodôntico foi feita a frenectomia labial superior.

Dividiu-se o plano de tratamento em duas fases:

1ª fase – Expansão maxilar:

- Disjuntor do tipo *McNamara.*

2ª fase – Aparatologia fixa bimaxilar (*brackets* convencionais prescrição *Roth* 022)

- BTP para ancoragem e rotação molar;
- Colagem de brackets diferenciada, respeitando erupção dentária;
- Contenção removível superior (*Essix*) e contenção fixa do tipo férula de 33 a 43.

G. Descrição Caso Clínico

Iniciou-se a 1ª fase de disjunção dentomaxilar com disjuntor do tipo *McNamara*. Neste caso, este disjuntor é o ideal porque consegue fazer a abertura da sutura e promove alguma "intrusão" posterior e um desbloqueio total da oclusão, com as plataformas de acrílico que o constituem, podendo auxiliar em um reposicionamento anterior da mandíbula.

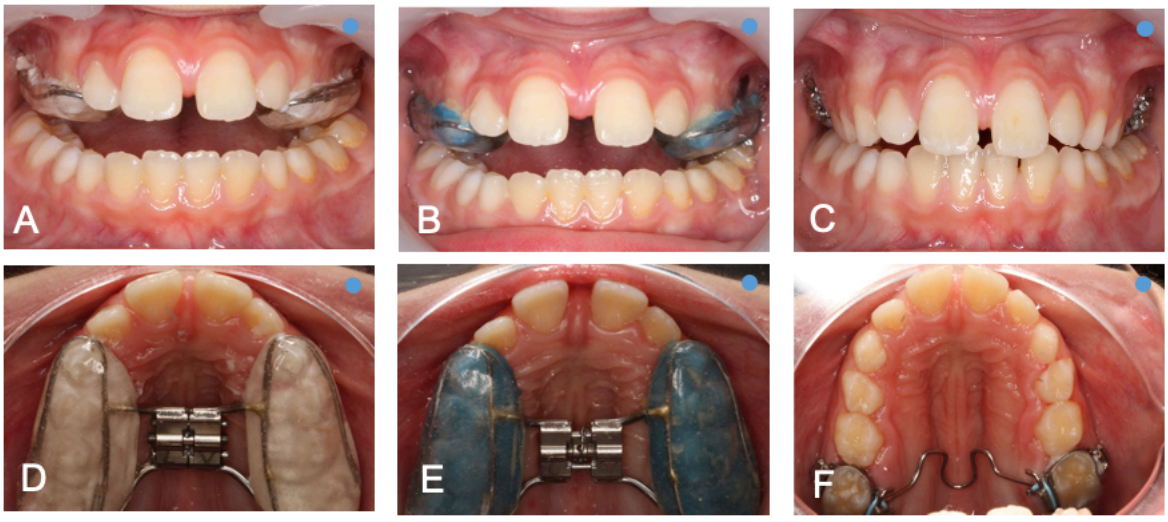


Figura 14 - Cimentação de disjuntor (A e D), fim da disjunção (B e E), cimentação BTP (C e F) (#02;#04;#06)

O protocolo de ativação foi de 1/4 volta por dia durante 1 semana e novo controlo para avaliar se necessitava de mais ativações. A disjunção foi finalizada após 2 semanas, travou-se o parafuso e manteve-se o aparelho em boca mais 6 meses em contenção. Após 6 meses, removeu-se o aparelho e iniciou-se a 2ªfase de tratamento.

Cimentou-se a BTP para ancoragem e auxiliar na rotação mesiodistal dos dentes 16 e 26.

Na mesma consulta, cimentaram-se *brackets* nos dentes 12,111,21,22, vulgarmente designado 4x2. Na colagem dos *brackets* deu-se especial atenção à colagem diferenciada de 12 e 22 respeitando a sua angulação para não comprometerem o trajeto eruptivo dos dentes 13 e 23.

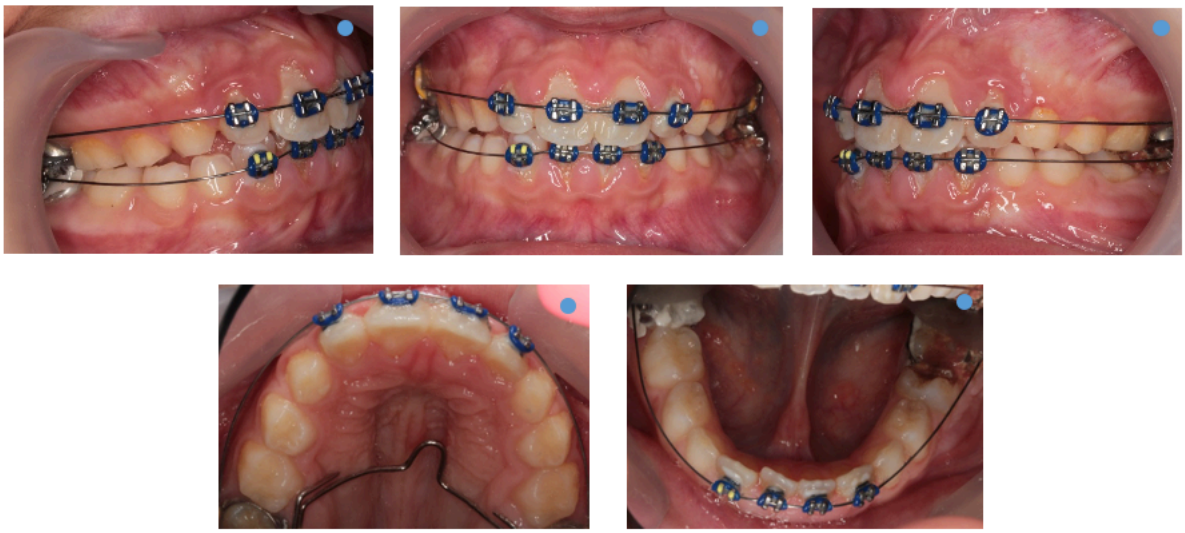


Figura 15- Cimentação de brackets nos ICs e ILs (4x2) (#11)

Há medida que os dentes esfoliavam, também os novos dentes definitivos eram ligados ao arco, com colagem do respetivo *bracket*. Após 2 anos e 11 meses de tratamento, todos os dentes definitivos erupcionaram, sendo que o 13 erupcionou rodado e em classe II (fig. 16A). Cimentou-se as peças em falta e começou a trabalhar-se o assentamento. Iniciou-se a fase de finalização, onde a prioridade era o assentamento. O doente começou com elásticos intermaxilares de classe II à direita e classe I à esquerda de 4,5oz e 3/16. Após 30 consultas, finalizou o tratamento e passou à fase de contenção com *Essix* superior e férula de 33 a 43 fixa inferior.

Figura 16 - Cimentação dos restantes brackets. Caninos a erupcionar (#25)

O selamento labial foi compensado com a diminuição da SH (fig. 17A e 17C). A estética do sorriso foi melhorada bem como a oclusão. Durante os dois anos subsequentes, mantém-se a estabilidade do tratamento.

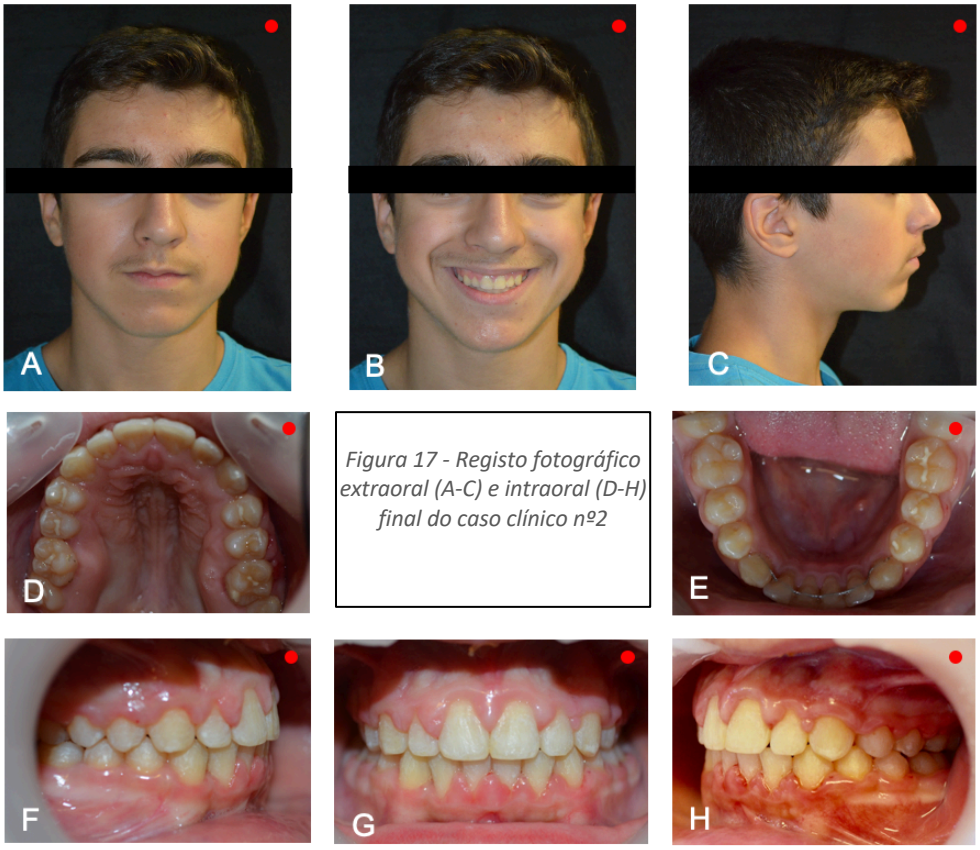


Figura 17 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº2

3| Má oclusão Pseudo Classe III

C.G.T.S., sexo masculino, 15 anos e 3 meses, foi encaminhado para a consulta de ortodontia por fenda lábiopalatina do tipo II incompleta unilateral esquerda. Sem antecedentes pessoais e familiares relevantes.

A. Análise Extraoral

Na fotografia frontal (fig.18A), observamos uma face simétrica com terço inferior da face aumentado. Lábio superior com cicatriz devido à FLP levando a alguma falta de mobilidade nessa zona em sorriso (fig.18B). Na figura 18C constatamos que estamos perante um perfil reto, com um ângulo nasolabial reto, mento retroposicionado e uma rotação posterior do plano mandibular. A RIL é de 3mm.

Figura 18 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº3

B. Análise Intraoral

Na fotografia oclusal superior (fig.18D) observamos a presença da FLP do tipo III com comprometimento da zona anterior do lábio. A nível dentário, estamos perante uma Classe III molar e de caninos de Angle com agenesia do dente 22 (fig.18F e H). Apinhamento dentário ligeiro, mordida

aberta lateral esquerda e a presença de um pré-canino (fig. 18 H). Dente 21 em oclusão topo a topo com o dente 31 e o dente 23 a erupcionar (fig. 18 F-H).

C. Análise Funcional e de Modelos

Sem patologias a nível funcional. A parte nasal e via aérea sem comprometimento. Na análise de modelos, a atresia da pré-maxila é notória, no qual o dente 21 está em trauma.

D. Análise Radiográfica e Cefalométrica

A ortopantomografia (fig.19) revela falta de osso na zona do 22 coincidente com a FLP. Ausência do dente 22 e presença de um pré-canino. O dente 23 está com trajeto eruptivo sem anomalias, com guia no dente 21 mas sem espaço mesiodistal suficiente para erupcionar. Na mandíbula nada a assinalar. Presença de gérmenes dos dentes 18,28,38,48 (fig. 19).

A nível da cefalometria, estamos perante uma classe III esquelética com convexidade de -3mm, composta por uma retromaxilia e uma ortomandibulia e micromandibulia. O incisivo superior encontra-se retruído e retroinclinado e o incisivo inferior está ortoposicionado e retroinclinando. A SH está normal e a SV está diminuído com tendência a mordida aberta (fig. 20 e tabela 3). Perfil dolicofacial severo com VERT de -2,5.

Figura 19 - Ortopantomografia inicial (nº3)

E. Diagnóstico

Má oclusão de Classe III por retromaxilia e micromandibulia. A nível dentário, estamos perante uma Classe III dentária com incisivo superior retruído e retroinclinando e um incisivo inferior retroinclinando. Doente com mordida aberta dentária.

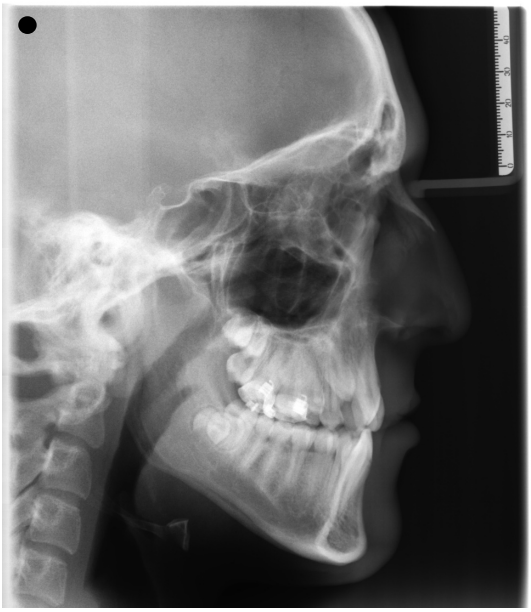


Figura 20 - Telerradiografia de perfil inicial (nº3)

Tabela 3 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº3)

Fatores cefalométricos	Valor	Norma
Sobremordida horizontal	1,3mm	2,5mm±2
Sobremordida vertical	-0,8mm	2,5mm±2
Ângulo interincisivo	153,6º	132º±6
Convexidade	-3mm	2mm±2
Posição incisivo superior	0,6mm	3,5mm±2
Posição incisivo inferior	-0,7mm	1mm±2
Inclinação incisivo superior	7,9º	28º±4
Eixo facial	88,2º	90º±3
Profundidade facial	88º	91º±3
Profundidade maxilar	85º	90º±3
Comprimento mandibular	74,5mm	84mm±3
IMPA	80,3º	90º ±3

F. Plano de Tratamento

Dividiu-se em 4 fases:

1ª fase - Maxila:

- Alinhamento e nivelamento,
- BTP para ancoragem máxima e auxílio na rotação de 16 e 26,
- Não ligar dente 21,
- Exodontia do pré-canino,
- Rodar 14 e 15.

Mandíbula:

- Alinhamento e nivelamento,
- Não ligar dentes 33 e 43,
- IPR em pré-molares,
- Proinclinar incisivo inferior depois de conseguir SH.

2ª fase:

- Distalização dos dentes 13,14,15,

- Enxerto na zona da fenda
- Fase de finalização
- Contenção com placa de *Hawley* e férula 33-43

3ª fase: Mentoplastia de redução vertical

4ª fase: Reabilitação do dente 22 com implante

G. Descrição do caso clínico

Iniciou-se tratamento com alinhamento e nivelamento de ambas as arcadas. Numa primeira fase não se ligou o dente 21 na maxila devido à proximidade da FLP e na mandíbula não se ligou os dentes 33 e 43 para não criar uma mordida cruzada. Após alinhamento e nivelamento, foi feito o enxerto ósseo na zona da fenda.

Figura 21 - Consulta pré-enxerto (#07

Após 1 ano à realização do enxerto, repetiu-se a ortopantomografia para confirmar a existência de osso no local da fenda e que se poderia mover o dente 23 para essa zona. Note-se que durante este ano, o doente foi monitorizado com radiografias apicais por parte do cirurgião para controlar o sucesso do enxerto. Cimentou-se os restantes *brackets*, procedeu-se à exodontia do pré-canino e ligou o 23 à distância. O dente 23 tinha a raiz bem posicionada, o trabalho concentrou-se na coroa e em conferir o torque correto ao dente. A SH inverteu quando se conferiu torque aos incisivos inferiores, ficando a negativa. O fato de se ter ligado os dentes 33 e 43 possibilitou este acontecimento com o aumento do perímetro da arcada.

Figura 22 - SH negativa e 23 ligado à distância (#14)

Durante a fase de trabalho, realizou-se *IPR* na arcada inferior para conseguir espaço para comprimir a mesma e conseguir uma SH positiva. Nesta fase as linhas médias já estavam coincidentes. Presença de diastema entre 23 e 24.

Figura 23 - SH negativa e 23 ligado à distância (#29)

Na última fase trabalhou-se o assentamento com elásticos intermaxilares. Colocou-se um dente de acrílico no local do 22 para o doente sentir confiança no seu sorriso. O dente foi acrescentado ao arco através da colagem de um bracket.

Figura 24 - Elásticos intermaxilares classe I (3/16, 4.5oz)

Finalizou-se o tratamento ortodôntico. O doente não quis realizar mentoplastia de redução.

Iniciou a 4ª fase de tratamento - reabilitação do dente 22. Durante este período de espera, acrescentou-se à placa de *Hawley* de contenção um dente acrílico no lugar do 22, enquanto aguarda a reabilitação do mesmo.

Os objetivos propostos ao tratamento não cumpriram todos os parâmetros, nomeadamente na engrenagem posterior. Na figura 19G e 19H, visualiza-se a falta de engrenagem no setor posterior devido à adaptação do Hawley. Ficamos com uma classe III esquerda uma vez que o doente não cumpriu com o uso de elásticos.

Os casos de FLP são casos complexos, de extrema dificuldade técnica, mas também de interação dom o doente. São doentes que se encontram em tratamento há muito tempo, muitas vezes desmotivados e com baixa autoestima [3,4,5].

Figura 25 - Registo fotográfico extra (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº3

4| Má oclusão com Desarmonia Transversal

J.P.O.M., sexo masculino, 12 anos 8 meses, encaminhado para a consulta de ortodontia por FLP do tipo III. O doente referiu que "gostava de ficar com os dentes bons". Sem antecedentes pessoais ou familiares.

A. Análise Extraoral

Na fotografia frontal e em sorriso, observamos uma face simétrica com 1/3 inferior da face ligeiramente aumentado (fig. 20A-B). Na fotografia de perfil, figura 20C, deparamo-nos com um perfil reto, com ângulo nasolabial ligeiramente fechado e uma ortomandibulia.

B. Análise Intraoral

A nível dentário, apresenta uma FLP do tipo III unilateral esquerda com endognatia associada e apinhamento severo (fig. 26D). Relação de classe I molar e II de caninos de ½ pré-molar de Angle, com torque negativo nos dentes inferiores (fig. 26F-H). Observamos uma mordida cruzada anterior

de 43 a 32 (fig. 26G). Dente 41 começa com recessão gengival associada à posição e ao trauma do dente (fig. 26G).

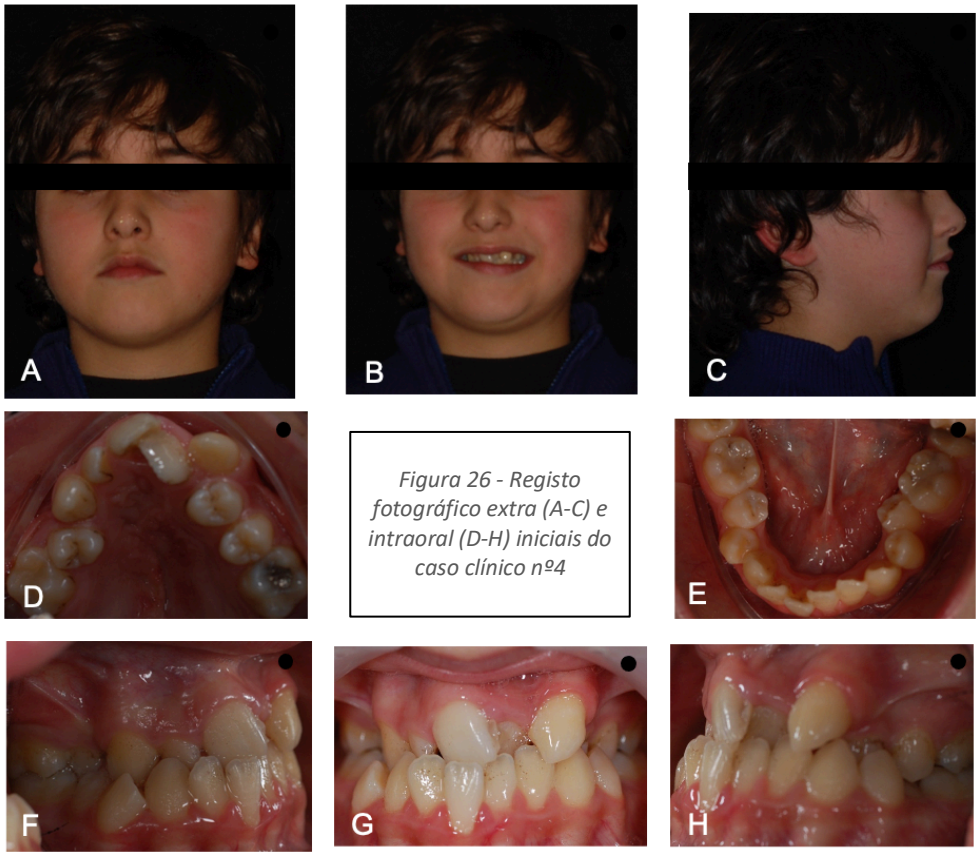


Figura 26 - Registo fotográfico extra (A-C) e intraoral (D-H) iniciais do caso clínico nº4

C. Análise Funcional e de Modelos

Na análise funcional apresentava alguns problemas na dicção. Na análise de modelos, temos uma desarmonia de Bolton com excesso mandibular e com curva de Spee ligeiramente aumentada.

D. Análise Radiográfica e Cefalométrica

Na ortopantomografia diagnosticamos agenesia dos dentes 14 e 22. Lesão cariogénica no 21, restauração no 26,36,46 e gérmenes de terceiros molares (fig. 27).

A nível da cefalometria, estamos perante uma classe II esquelética com convexidade de 4mm, composta por uma ortomaxilia e uma ortomandibulia e micromandibulia. O incisivo superior encontra-se ortoposicionado e normoinclinado e o incisivo inferior está protruído e retroinclinado. A SH e SV estão normais (fig. 28 e tabela 4). Perfil dolicofacial severo com VERT de -5,9. Nos casos de

Figura 27 - Ortopantomografia inicial (nº4)

E. Diagnóstico

Má oclusão de Classe II esquelética por micromandibulia. FLP do tipo III, Classe I molar e classe II de caninos de ½ pré-molar à direita e de 1 pré-molar à esquerda. Incisivo inferior encontra-se protruído e retroinclinando.

Figura 28 - Telerradiografia de Perfil inicial (nº4)

Tabela 4 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº4)

Fatores cefalométricos	Valor	Norma
Sobremordida horizontal	-0,3mm	2,5mm±2
Sobremordida vertical	0,1mm	2,5mm±2
Ângulo interincisivo	137,6º	132º±6
Convexidade	4mm	2mm±2
Posição incisivo superior	4mm	3,5mm±2
Posição incisivo inferior	3,2mm	1mm±2
Inclinação incisivo superior	26º	28º±4
Eixo facial	87,4º	90º±3
Profundidade facial	83,8º	91º±3
Profundidade maxilar	87,9º	90º±3
Comprimento mandibular	58,9mm	84mm±3
IMPA	83,7º	90º ±3

F. Plano de Tratamento

Dividido em 4 fases:

1ª fase: disjunção com aparelho do tipo *Hyrax*

2ª fase: aparatologia fixa bimaxilar:

- Alinhamento e nivelamento superior exceto dente 21,
- BTP para ancoragem máxima,
- Exodontia dos dentes 35 e 44,
- Desgaste do dente 23 e bordo oclusal do 24,
- Contenção removível superior do tipo *Essix* e contenção fixa inferior do tipo férula de 33-43.

3ª fase: Coronoplastia 12 e 23

4ª fase: Nova contenção removível superior do tipo *Essix*

G. Descrição do caso clínico

Inicio de tratamento com cimentação do disjuntor, com protocolo de ativação de 2/4 de volta duas vezes ao dia.

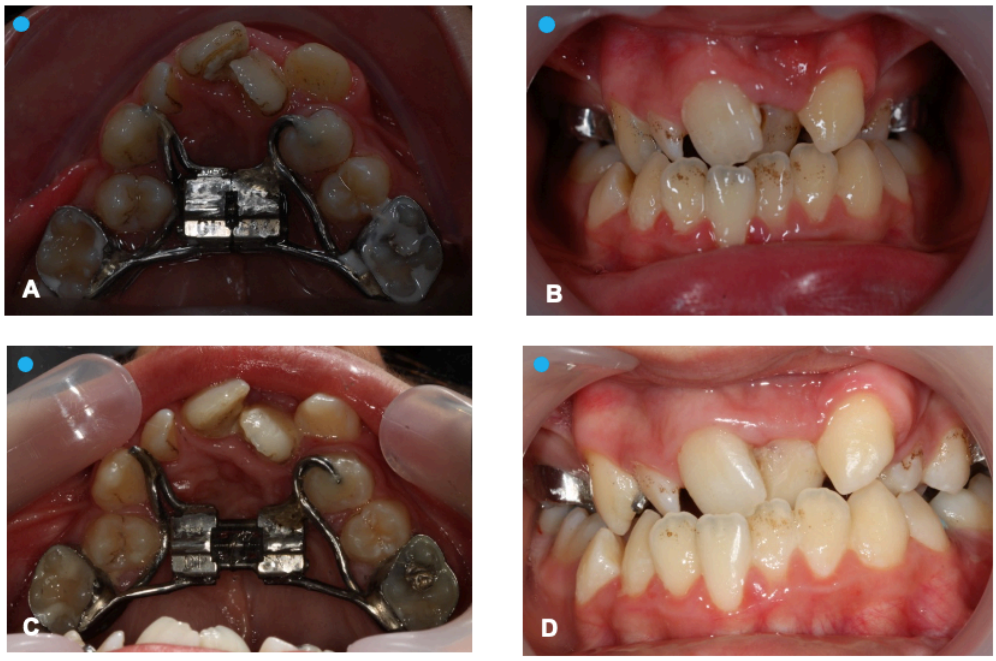


Figura 29 - Cimentação hyrax (A e B), fim da disjunção (C e D)

Figura 30 - Cimentação aparelho fixo inferior (#03)

Cimentou-se aparelho fixo inferior passados 3 meses, enquanto o *disjuntor Hyrax* permanecia em contenção. Desenvolveu-se a fase de alinhamento e nivelamento na arcada inferior para facilitar o trabalho da superior. Retirou-se o disjuntor após 6 meses de contenção, cimentou-se BTP e aparelho fixo superior. Ativação da BTP para não perder ancoragem, cimentação do bracket no dente 21 e levantes de mordida ao nível de 6ºs. Colocação de AB inferior para intruir setor anterior. Exodontia dos dentes 34 e 44 e distalização de caninos.

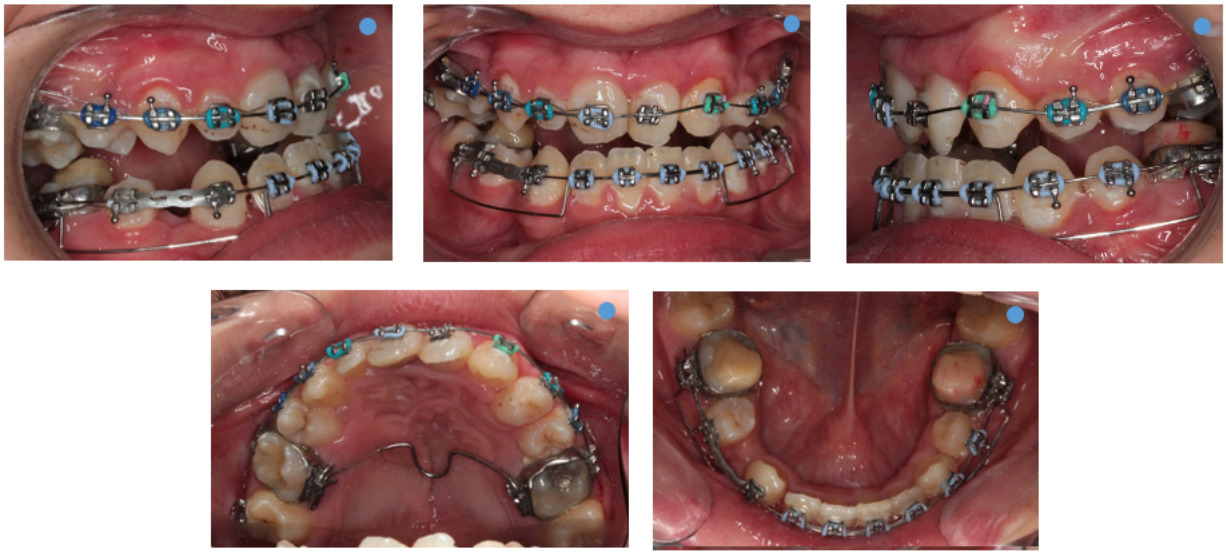


Figura 31 - Distalização do 43 (#12)

Após distalização dos caninos inferiores, iniciou-se o recuo do setor anterior em bloco. Colocou-se arco base a nível superior para conferir torque aos incisivos superiores e conseguir uma sobremordida horizontal positiva. A higiene oral do doente a piorar de consulta para consulta,

tornando-se num obstáculo ao avanço do tratamento. Fez-se ortopantomografias de recolagens para confirmar paralelismo de raízes. Recolou-se 11,23,24,33,42 e 45. Finalizou-se o recuo do setor anterior, conseguiu-se uma SH positiva e começou-se a trabalhar a engrenagem com elásticos intermaxilares. Colou-se contenção fixa de 33 a 43.

Figura 32 - Elásticos intermaxilares para assentamento (#20)

Foram feitas coronoplastia 12 e 23. No mesmo dia, fez-se moldes para contenção removível superior do tipo *Essix*. Após um mês, reduz o uso do *Essix* para o período noturno. Neste caso a higiene foi uma limitação grande à obtenção de um resultado final satisfatório. O doente desmotivou, não só na higiene, mas também no uso de elásticos. Foi feito novo controlo após um ano de remoção de aparelho.

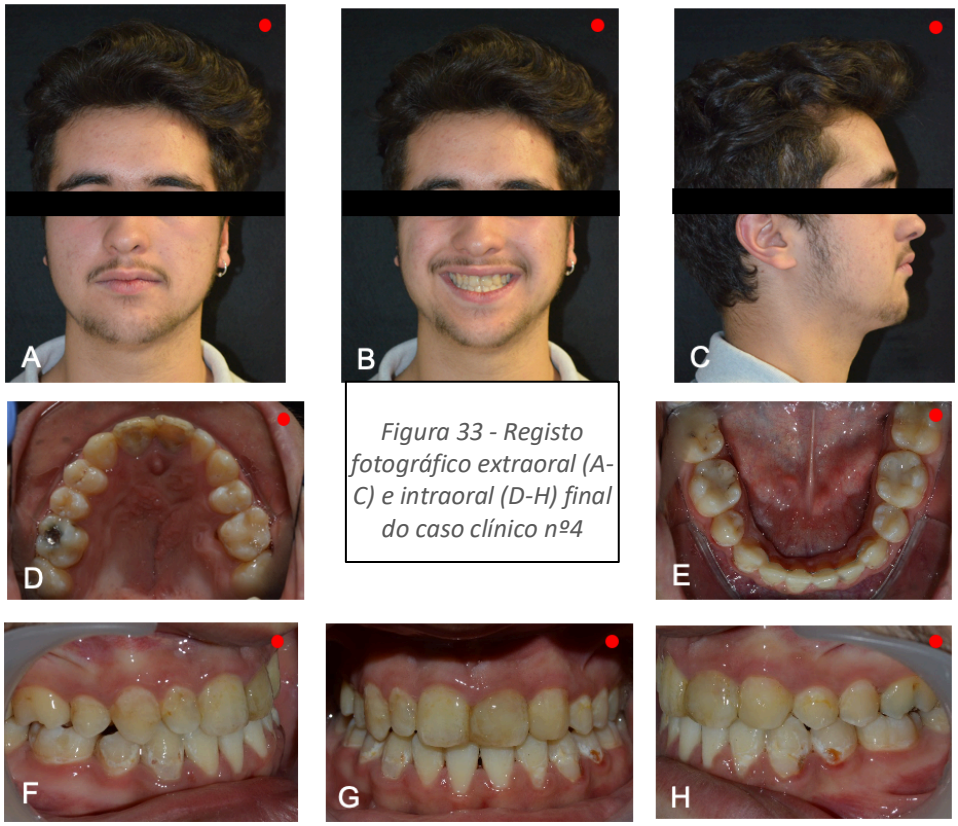


Figura 33 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº4

5| Má oclusão com Desarmonia Transversal

B.D.S.S., sexo masculino, 15 anos, tinha como queixa principal "o queixo para a frente". A irmã referiu que B.S. foi avaliado por vários especialistas e o caso era cirúrgico, necessitando de acompanhamento hospitalar.

A. Análise Extraoral

Doente com face simétrica com terços proporcionais (fig. 34A e C), com tendência a padrão dolicofacial. Apresenta um perfil facial reto, com ângulo nasolabial reto e mento ortoposicionado (fig. 34C). Em sorriso, destacava-se uma mordida cruzada anterior e a LMF alinhada com a LMDS (fig. 34B).

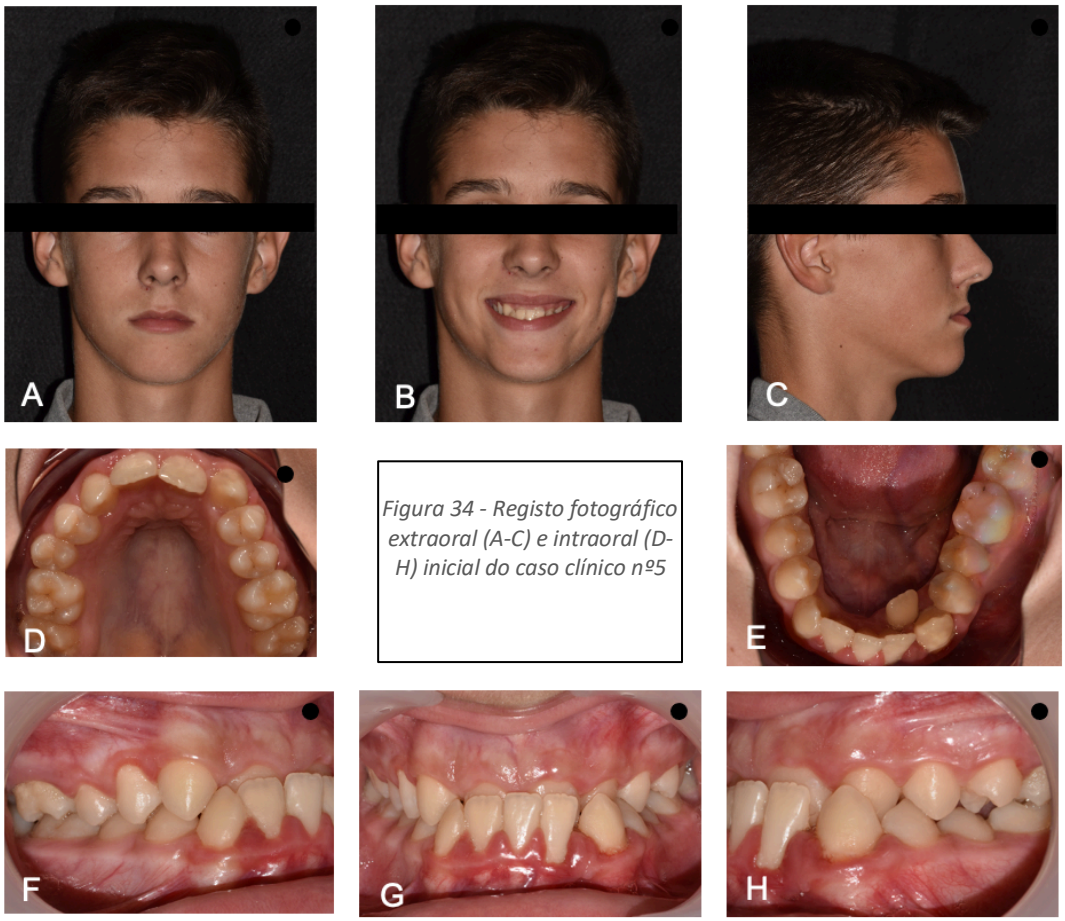


Figura 34 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº5

B. Análise Intraoral

Má oclusão de classe I molar e de caninos de Angle (fig 34F e H). Na fig. 34D constatamos a ausência dos dentes 12 e 22 e na fig. 34E verificamos o dente 32 por lingual. Na fotografia frontal, deparamo-nos com uma mordida cruzada anterior total de canino a canino, com défice da pré-maxila e LMDI desviada à esquerda (fig. 34G).

C. Análise Funcional e de Modelos

A análise funcional não tinha alterações. A análise de modelos apresentava uma DDD com excesso mandibular.

D. Análise Radiográfica e Cefalométrica

Na ortopantomografia confirma-se a agenesia de 12 e 22, 16 e 26 restaurados e gérmen dos dentes 18,28,38 e 48 presentes.

Figura 35 - Ortopantomografia inicial (nº5)

A telerradiografia de perfil está com o doente em inoclusão devido à oclusão anterior cruzada. Quando lhe é pedido para ocluir no apoio, o doente reposiciona a mandíbula para a verdadeira posição de intercuspidação. Para conseguir contatos posteriores, ele projeta novamente para ter oclusão posterior. Os valores da cefalometria podem estar alterados devido a este fator. Classe III esquelética por retromaxilia, com padrão de crescimento dolicofacial. Os incisivos superiores e

inferiores encontram-se retruídos, sendo que o superior se encontra lingualizado e o inferior normoinclinado (fig. 36 tabela 5). O VERT é de -1, doente dolicofacial suave.

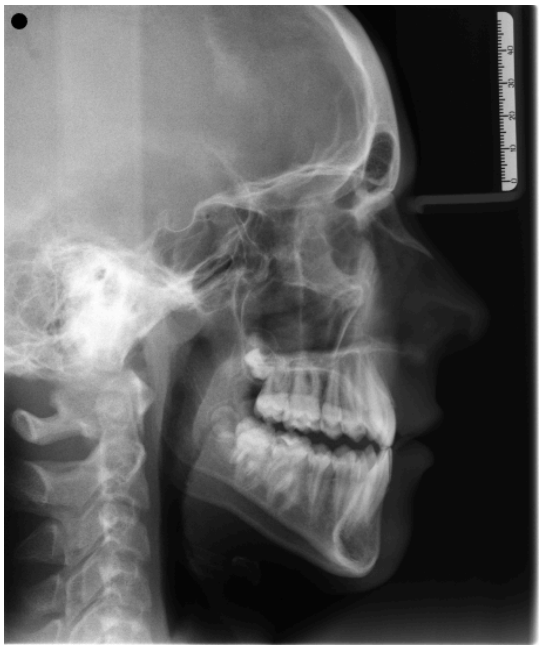


Figura 36 - Telerradiografia de Perfil inicial (nº5)

Tabela 5 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº5)

Fatores cefalométricos	Valor	Norma
Sobremordida horizontal	-2 mm	2,5mm±2
Sobremordida vetical	-7 mm	2,5mm±2
Ângulo interincisivo	143º	132º±6
Convexidade	-7mm	2mm±2
Posição incisivo superior	-7mm	3,5mm±2
Posição incisivo inferior	-6mm	1mm±2
Inclinação incisivo superior	25º	28º±4
Eixo facial	92º	90º±3
Profundidade facial	90º	91º±3
Profundidade maxilar	86º	90º±3
Comprimento mandibular	72mm	84mm±3
IMPA	91º	90º±3

E. Diagnóstico

A nível esquelético, Classe III por retromaxilia. A nível dentário, classe I molar e canina e agenesia de 12 e 22. Pré maxila com défice transversal. SH e SV diminuídas.

F. Plano de tratamento

Dividido em três fases:

1ª fase: Expansão maxilar

- Disjunção com aparelho do tipo *Hyrax,*
- Levantes de mordida em 6ºs e 7ºs (se possível).

2ª fase: Aparatologia fixa bimaxilar

- Abertura de espaço para 12 e 22 (reabilitar com implantes no fim do tratamento),
- Exodontia do dente 32 (alertou-se o doente para o facto de LMDI não ficar centrada),
- Contenção removível superior com *Essix* e contenção inferior fixa do tipo férula de 33-43.

3ªfase: Reabilitação de 12 e 22 com implantes.

G. Descrição do caso clínico

Após apresentação do plano tratamento, iniciou-se a 1ª fase do mesmo com a colocação do aparelho disjuntor tipo H*yrax*. No dia da colocação, cimentaram-se levantes de mordida nos dentes 15 e 25 para deixar o doente mais confortável e permitir uma possível inversão da SH. O protocolo de ativação foi 2/4 de volta, duas vezes ao dia.

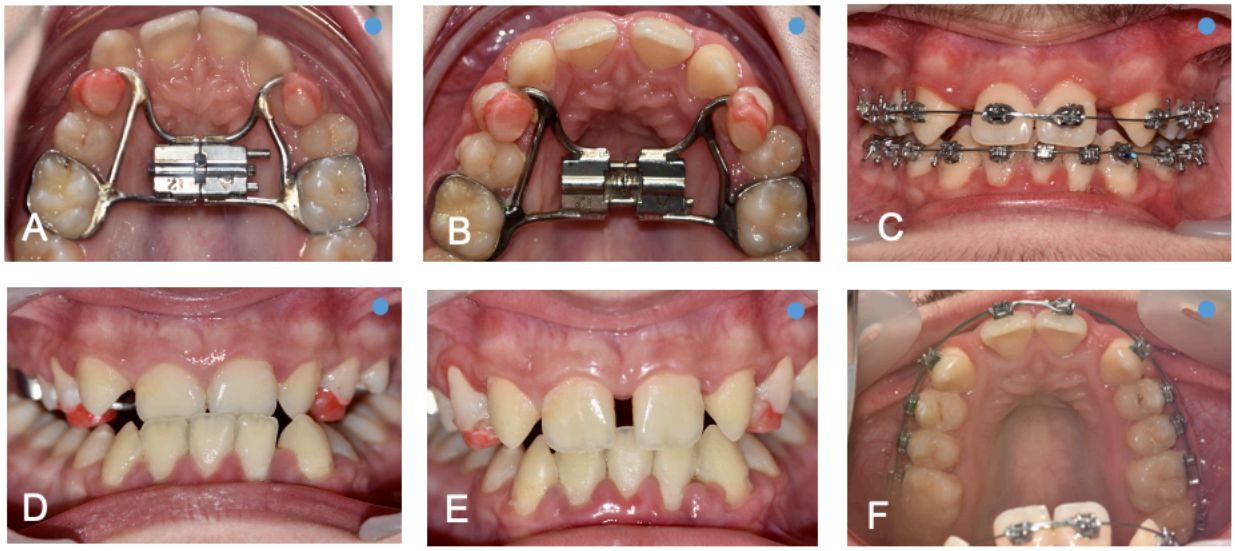


Figura 37 - Cimentação Hyrax (A e D), fim disjunção (B e E), pós-contenção (C e F)

Após 2 semanas de ativações, finalizou-se a disjunção. Conseguiu-se SH positiva e inversão da mordida. O aparelho ficou em contenção 6 meses, iniciou-se ortodontia fixa bimaxilar e fez-se a exodontia do 32. O doente mudou a sua postura, tornou-se interativo e sorridente. O doente continua na 2ªfase tratamento no SE- CHUSJ.

6| Má oclusão em Adulto

C.I.A.F., género feminino, 17 anos e 6 meses, tinha como queixa principal" maxilar inferior torto e para a frente, custa-me comer". Sem antecedentes pessoais. Nos antecedentes familiares temos um pai com prognatismo. Refere dor muscular à palpação no masseter do lado direito quando estimulado.

Figura 38 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº5

A. Análise Extraoral

Na fotografia frontal, observamos uma face assimétrica, com uma laterognatia à esquerda (fig. 38A). Na fotografia frontal em sorriso confirmou-se desvio do mento à esquerda, com mordida aberta associada e LMDS desviada à esquerda comparativamente à LMF (fig. 38B). Em perfil, avalia-se uma diferença sagital entre a maxila e a mandíbula devido a uma maxila recuada ou hipoplásica (fig. 38C). RIL é de 1mm.

B. Análise Intraoral

Má oclusão Classe III de Angle ao nível de molares e de caninos, sendo de 1 pré-molar à direita (fig. 38F e 38H). Arcadas maxilares bem desenvolvidas, ligeiro apinhamento nos incisivos centrais superiores (fig. 38D e 38E). Mordida aberta severa em que só há contato a nível posterior (fig. 38F-H). A LMDI está desviada para a esquerda comparativamente à superior (fig. 38G).

C. Análise Funcional e de Modelos

A nível funcional, apresenta dificuldade na dicção e mastigação. Septo nasal desviado à direita.

Modelos difíceis de articular devido a só ter contatos de 16 e 26 para posterior.

D. Análise Radiográfica e Cefalométrica

Na ortopantomografia temos gérmen dos dentes 18,28,38,48. Ausência de lesões de cárie, côndilos com anatomia díspar. Visualiza-se uma massa radiopaca perto das raízes dos dentes 34 e 35 delimitada, correspondente a um possível cementoma (fig.39).

Figura 39 - Ortopantomografia inicial (nº5)

Na análise cefalométrica, estamos perante uma Classe III esquelética, com convexidade de -3,9mm composta por uma retromaxilia e uma ortomandibulia e macromandibulia. O incisivo superior está proinclinado e ortoposicionado e o incisivo inferior está retroinclincado e ortoposicionado. A SH e SV estão diminuídas, indicando uma mordida cruzada e aberta (fig.40 e tabela 6). Perfil dolicofacial suave com VERT de -0,5.

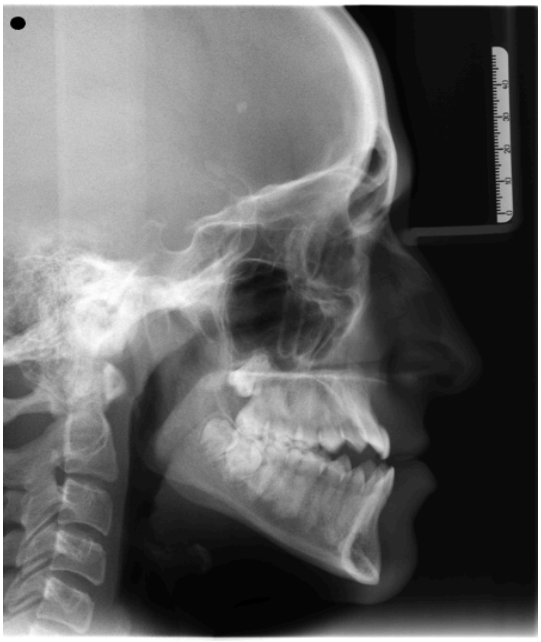


Figura 40 - Telerradiografia de Perfil inicial (nº6)

Tabela 6 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº6)

Fatores cefalométricos	Valor	Norma
Sobremordida horizontal	-2,2mm	2,5mm±2
Sobremordida vertical	-2mm	2,5mm±2
Ângulo interincisivo	130,8º	132º±6
Convexidade	-3,9mm	2mm±2
Posição incisivo superior	4,4mm	3,5mm±2
Posição incisivo inferior	3mm	1mm±2
Inclinação incisivo superior	23,1º	28º±4
Eixo facial	89,6º	90º±3
Profundidade facial	88,6º	91º±3
Profundidade maxilar	81,7º	90º±3
Comprimento mandibular	88,7mm	84mm±3
IMPA	79,6º	90º±3

E. Diagnóstico

Má oclusão de Classe III esquelética com retromaxilia. A nível dentário apresenta uma Classe III dentária molar e canina de 1 pré-molar. SH e SV negativas com mordida aberta. O incisivo superior encontra-se proinclinando e o inferior retroinclinando.

F. Plano de tratamento

Tratamento ortodôntico cirúrgico-ortognático (TOCO):

- Aparatologia fixa bimaxilar (*Roth* .022);
- BTP (ancoragem máxima e rotação do dente 16 e 26);
- IPR nos dentes 14,15,35,45;
- Distalização de pré-molares inferiores e sector anterior;
- Cirurgia de avanço maxilar com intrusão posterior, extrusão anterior e laterognatia.

G. Descrição do caso clínico

Iniciou-se o tratamento ortodôntico com a cimentação de aparelho fixo superior com BTP. Foi feito IPR no dente 14 e 15, mola aberta entre 14 e 16 para conseguir espaço para ligar o 15. Cimentou-se o aparelho inferior na consulta nº4 e na consulta seguinte cimentou-se as restantes bandas em

falta nos segundos molares definitivos superiores e inferiores. É protocolo de doente cirúrgico que todos os dentes estejam ligados ao arco.

Figura 41 - Cimentação de bandas em 17,27,37,47 (#05)

Após 2 anos e 4 meses de tratamento pré-cirúrgico, a doente foi operada pelo Dr. Balhau no CHUSJ. Alguns dos objetivos propostos para a cirurgia não foram cumpridos, nomeadamente o fechamento da mordida aberta anterior.

Figura 42 - Doente preparada para cirurgia (#13)

Após 1 mês da intervenção, a doente apresentou-se na consulta com algum edema da face e fios de sutura que ainda não tinham sido reabsorvidos. Estava contente com o resultado da cirurgia e sem relatar nenhum desconforto. Não foram feitas fotografias oclusais porque havia limitação na abertura da boca.

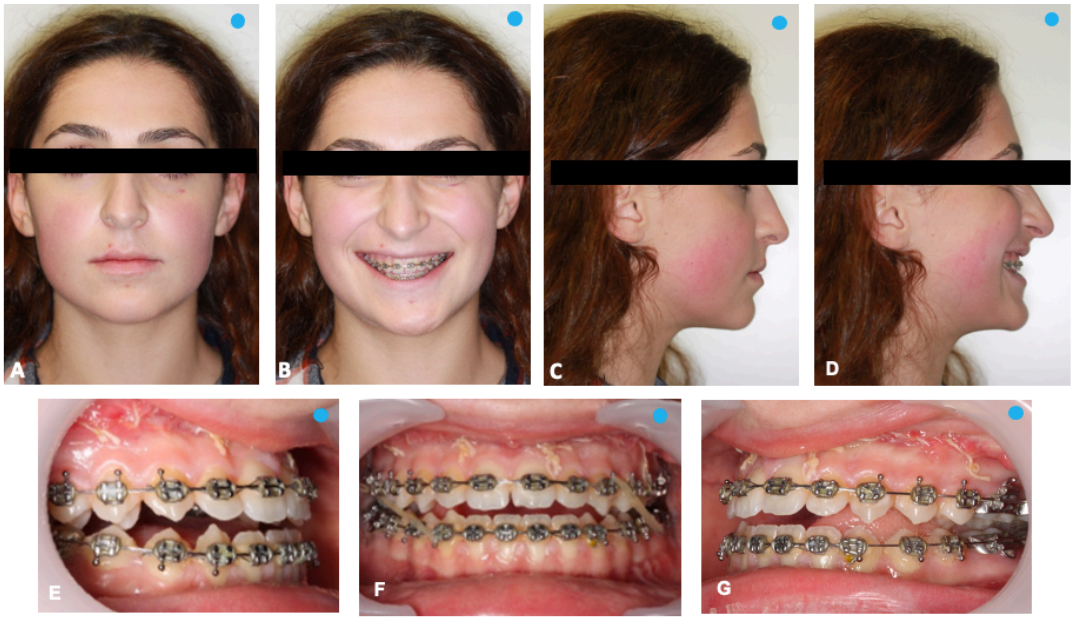


Figura 43 - Registo fotográfico pós cirúrgico. Doente com eleáticos intermaxilares de Classe III direita e Classe II esquerda

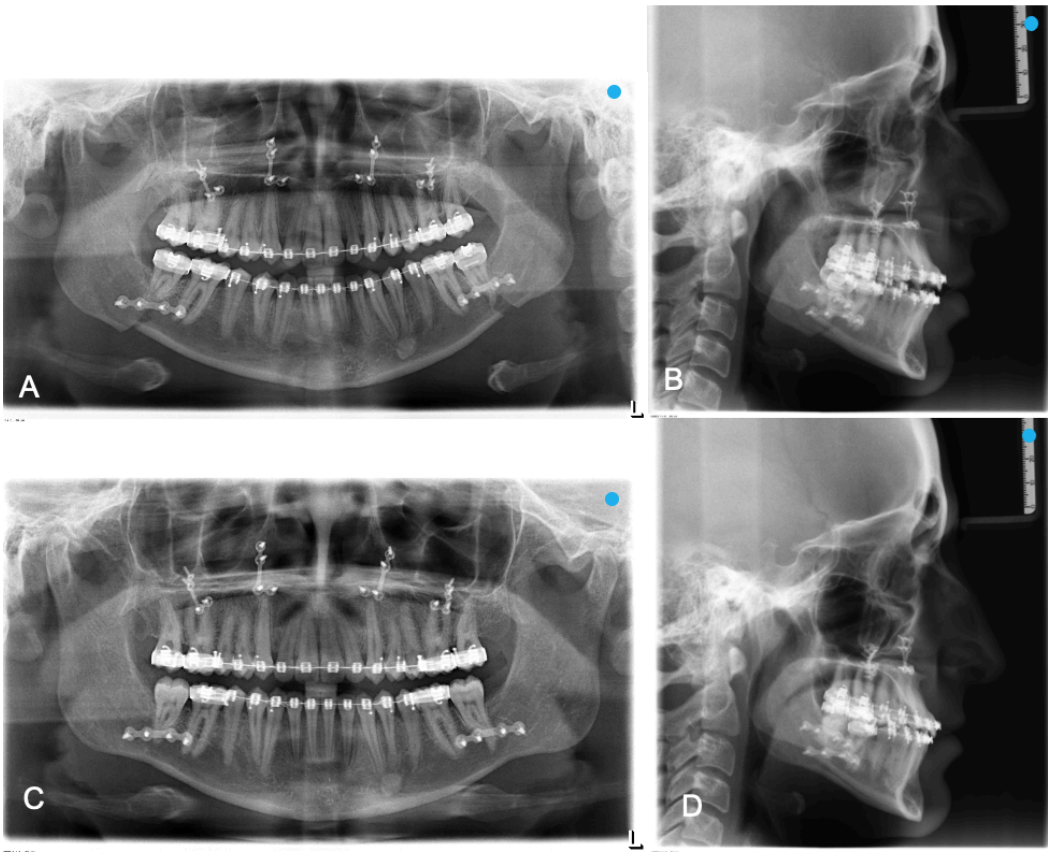


Figura 44 - Ortopantomografia e Telerradiografia de perfil após 1ª cirurgia (A-B) e Ortopantomografia e Telerradiografia de Perfil após 2ª cirurgia (C-D)

Foi realizada nova cirurgia para corrigir a mordida aberta. Todos os objetivos propostos para a cirurgia foram alcançados com sucesso.

Figura 45 - Fotografias intraorais após 2ª cirurgia

Iniciou-se a fase de tratamento ortodôntico pós-cirúrgico, onde o objetivo principal era o assentamento final. A doente iniciou elásticos intermaxilares de classe III à direita e classe II à esquerda. Dedicamo-nos aos pormenores de fechamento de espaços de modo a priorizar uma perfeita classe I de caninos. A doente ficou estável a nível oclusal funcional [6,8].

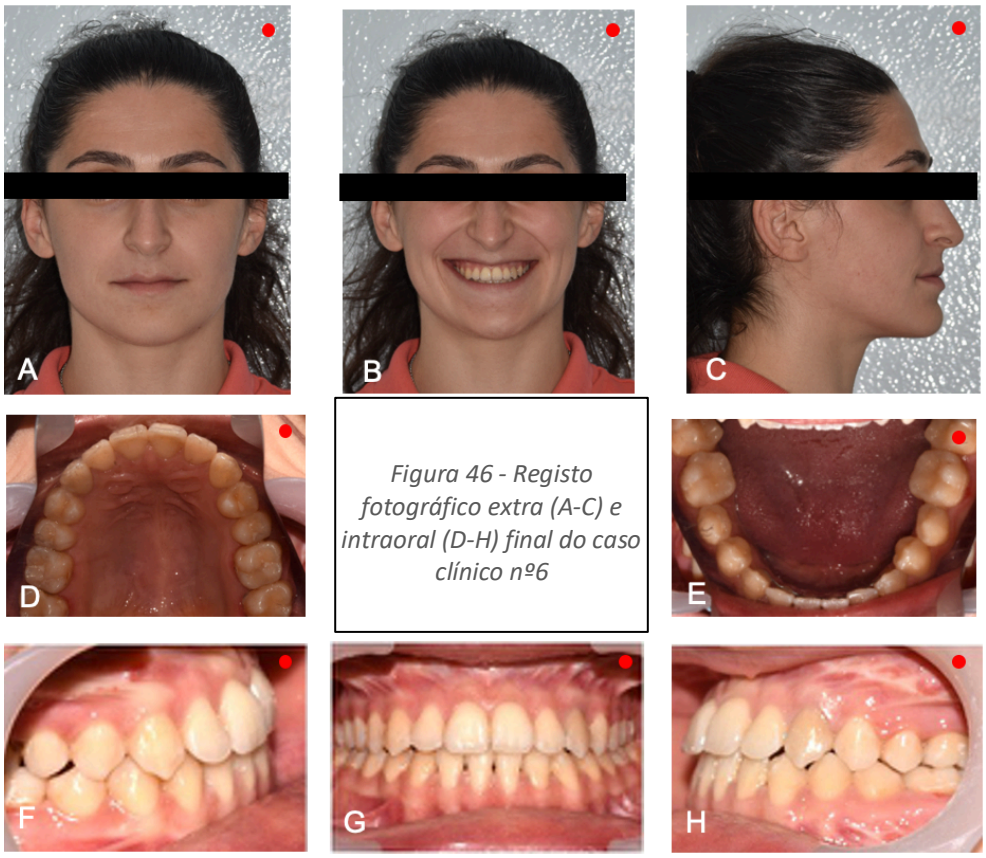


Figura 46 - Registo fotográfico extra (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº6

7| Má oclusão Classe II

S.I.R.M., género feminino, 18 anos e 9 meses, compareceu na consulta de ortodontia por encaminhamento de um colega externo ao CHUSJ. Tinha colocado um disjuntor e utilizado aparelho inferior para tentar comprimir a arcada [2,9]. Sem familiares relevantes.

A. Análise Extraoral

Face simétrica com terços proporcionais (fig. 47A-B). Perfil facial convexo, ângulo nasolabial fechado, lábio superior ligeiramente pró-inclinado, mento recuado indicativo de retromandibulia e uma rotação posterior do plano mandibular (fig. 47C). Em sorriso, observamos LMF coincidente com LMDS (fig.47B).

Figura 47 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) inicial do caso clínico nº7

B. Análise Intraoral

Má-oclusão classe I molar e de caninos esquerda e classe II molar e canina direita de Angle (fig. 47F e 47H). Mordida cruzada posterior por possível, falta de torque (fig. 47D-E). LMDS alinhada com LMF e LMDI desviada à esquerda relativamente à LMDS (fig. 47G).

C. Análise Funcional e de Modelos

A análise funcional não apresentava alterações.

Na análise de modelos nada a referir.

D. Análise Radiográfica e Cefalométrica

Na ortopantomografia presença de restauração no dente 36. Presença dos dentes 18,28,38 e 48 (fig. 48).

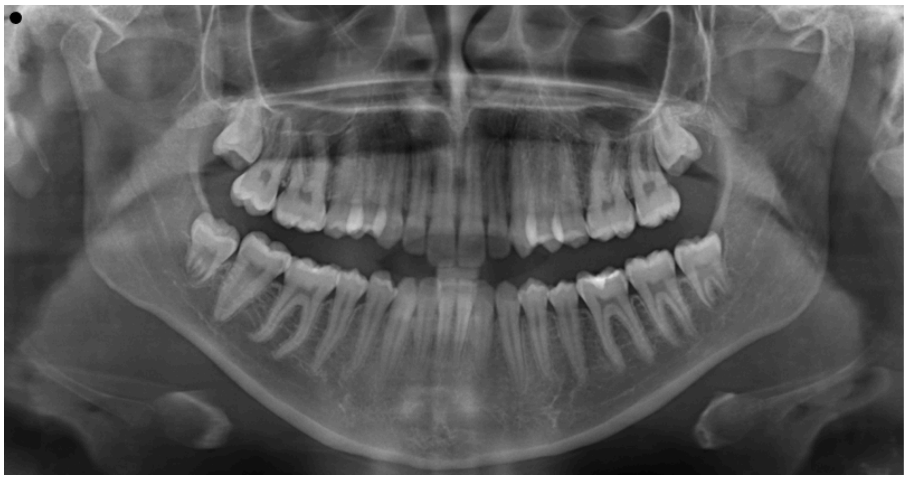


Figura 48 - Ortopantomografia inicial (nº7)

Figura 49 - Telerradiografia de Perfil inicial (nº7)

Tabela 7 - Fatores cefalométricos (caso clínico nº7)

Fatores cefalométricos	Valor	Norma
Sobremordida horizontal	4,6mm	2,5mm±2
Sobremordida vertical	2,4mm	2,5mm±2
Ângulo interincisivo	131,6º	132º±6
Convexidade	0,6mm	2mm±2
Posição incisivo superior	1,3mm	3,5mm±2
Posição incisivo inferior	5,3mm	1mm±2
Inclinação incisivo superior	23,6º	28º±4
Eixo facial	91,5º	90º±3
Profundidade facial	91,9º	91º±3
Profundidade maxilar	92,5º	90º±3
Comprimento mandibular	81mm	84mm±3
IMPA	87,2º	90º±3

Na análise cefalométrica, estamos perante uma Classe I esquelética composta ortomaxilia e ortomandibulia e normomandibulia. A nível dentário, apresenta uma classe I molar e de caninos esquerda e uma classe I molar e de caninos à esquerda. Os incisivos superior e inferior encontram-se normoinclinados e ortoposicionados. A SH encontra-se ligeiramente aumentada e SV encontra-se normal (fig. 49 e tabela 7). Perfil mesofacial com VERT de 0,5.

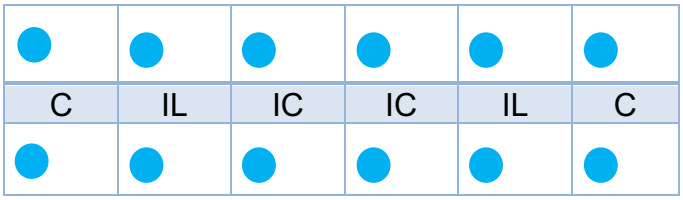
E. Diagnóstico

Classe I esquelética com Classe II dentária de caninos à direita. Endoalveolia no 1º e 2ºQ.

F. Plano de tratamento

- Aparatologia fixa bimaxilar com aparelho do tipo *Damon*®
- Levantes de mordida em 6ºs e 7ºs
- Elásticos intermaxilares para correção classe II

Torques escolhidos para o caso:



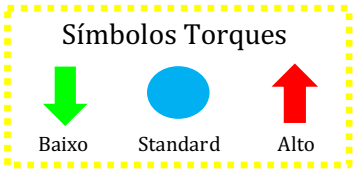


Figura 50 - Torques escolhidos para o caso clínico nº7

G. Descrição do caso clínico

Para este caso optou-se por uma técnica autoligada com sistema *Damon*® uma vez que permite a individualização do torque para cada dente. A escolha de torque recai na posição dentária, na má oclusão que apresenta, na necessidade de uso de elásticos intermaxilares e na saúde periodontal do doente[11,12]. Durante o estágio, a aluna teve contato com o sistema *Damon*®Q, o qual tem disponível torque alto, standard e baixo para as peças dentárias:

- ICS, ILS e CS – torque alto, standard e baixo,
- Pré-molares superiores – torque standard,
- ICI e ILI – torque standard e baixo,
- CI e primeiros pré-molares inferiores – Torque alto e standard,
- Segundos pré-molares inferiores – torque standard.

Os torques escolhidos para o caso foram standard em todos os dentes como podemos observar na figura.

Iniciou-se tratamento com cimentação do aparelho superior seguido do aparelho inferior e levantes de mordida nos dentes 17 e 27 para promover desoclusão entre arcadas. Cimentaram-se botões linguais nos dentes 16,17,26,27 para iniciar elásticos cruzados. Após a correção do torque destes dentes, começou-se a desgastar levantes de mordida para avaliar se a expansão conseguida era suficiente.

Figura 51 - Desgastes de levantes de mordida (#08)

Recolou-se 32, 31 e 41. Iniciou-se a uma fase de finalização com uso de elásticos intermaxilares classe II à direita e classe I à esquerda de 3/16 6oz.

Figura 52 - Elásticos intermaxilares e CE para comprimir arcada inferior (#26)

Removeu-se o aparelho bimaxilar e passou-se à fase de contenção com uso de *Essix* superior durante todo o dia, no primeiro mês, passando para uso noturno nos meses seguintes e férula de 33 a 43. Alguns dos objetivos do tratamento não foram cumpridos. A LMDS não coincide com LMDI, que permanece desviada à direita. A engrenagem posterior não ficou perfeita, principalmente no dente 16. A doente tem sido monitorizada anualmente e o tratamento permanece estável.

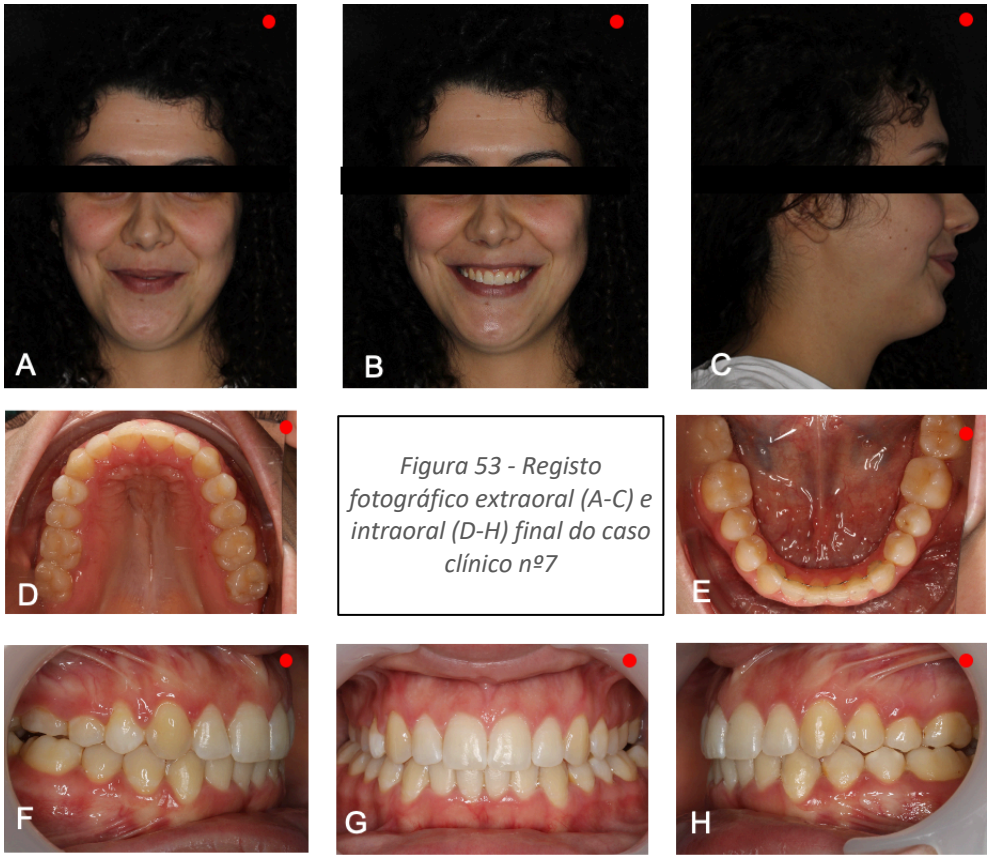


Figura 53 - Registo fotográfico extraoral (A-C) e intraoral (D-H) final do caso clínico nº7

Conclusão

As dismofias dentofaciais são dos casos clínicos mais desafiantes de tratar e de se conseguir estabilidade ao longo do tempo. Os doentes têm problemas graves ao nível do aparelho estomatognático que condiciona a sua vida. São acompanhados desde bebés até à idade adulta, exigindo empenho, motivação constante e apoio por parte de quem os acompanha. O SE consegue proporcionar tudo isso, fazendo com que o problema se torne só uma barreira a ultrapassar. Os casos clínicos do SE do CHUSJ são dos mais complexos a tratar a nível nacional. É ao SE-CHUSJ que o doente pode recorrer quando não há resposta por parte da entidade privada, tornando o trabalho de quem colabora com SE único.

Durante este estágio foram alguns os obstáculos a ser ultrapassados. O maior de todos foi conseguir enquadrar um estágio com uma grande componente prática no início de uma pandemia mundial desconhecida e assustadora como a COVID-19. Não foi possível controlar o tratamento de todos os doentes com o intervalo de tempo antes conseguido.

À parte dos obstáculos, que servem somente para o crescimento e enriquecimento pessoal da estudante, as mais-valias de um curso com uma dinâmica ímpar como este são enormes. A transmissão de conhecimento teórico é única destacando quem por aqui é formado. A componente prática é enorme e variada, levando os estudantes a uma preparação acima da média. É um curso bem estruturado, que prepara e destaca quem o frequenta, tornando-o autónomo e capaz de praticar Ortodontia de uma forma simples, prática e honesta com o doente.

Bibliografia

1. Clemente MP, Moreira A, Pinto JC, Amarante, J. M., & Mendes, J. The challenge of dental education after COVID-19 pandemic–present and future innovation study design. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 2021, 58: 00469580211018293.
2. Cambiano AO, Janson G, Lonrenzoni DC, Garib DG, Dávalos DT. Nonsurgial tretament and stability of na adult with a severe anterior open-bite malocclusion. Jounal of Orthodontic Science, 2018, September 15
3. Scheller K, Urich J, Watzke S, Scheller C, Haase R. Impact of cleft lip closure on the perception of the child by the mother and the social environment – a retrospective, self-reported, standardized pretest. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery, 2020, YJCMS 3517
4. Guillén AR, Suso-Ribera C, Romero-Maroto M, Gallardo5 C, Peñacoba C. Perception of quality of life by children and adolescents with cleft lip/palate after orthodontic and surgical treatment: gender and age analysis. Progress in Orthodontics, 2021, 22:10
5. Molen ABM, Breugel JMM, Janssen NG, Admiraal RJC *et al*. Clinical Practice Guidelines on the Treatment of Patients with Cleft Lip, Alveolus, and Palate: An Executive Summary. Journal Clinical Med. 2021, 10, 4813
6. Espinosa DG, Moreira PEO, Sousa AS, Flores C, Normando D. Stability of anterior open bite treatment with molar intrusion using skeletal anchorage: a systematic review and meta-analysis. Progress in Orthodontics. 2020, 21:35
7. Proffit WR, Fields HW, Sarver DH. Ortodontia Contemporânea. Elsevier Health Sciences. 2013
8. Malara P, Bierbaum S, Malara B. Outcomes and Stability of Anterior Open Bite Treatment with Skeletal Anchorage in Non-Growing Patients and Adults Compared to the Results of Orthognathic Surgery Procedures: A Systematic Review. J Clin Med. 2021 Dec 1;10(23)
9. Rossato PH, Fernandes TMF, Urnau FDA, Conti ACCF, Almeida RR, Navarro PVP. Dentoalveolar effects produced by different appliances on early treatment of anterior open bite: A randomized clinical trial. Angle Orthodontist. 2018, 88(6)
10. Cabrera FP, Rivera JM, Atoche KJ, MClaudio Penã M, Guillén LEA. Biosafety Measures at the Dental Office After the Appearance of COVID-19: A Systematic Review. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2020, 15(6)

11. Mateu ME, Rogé SB, Calabrese D, Lumi M, Iglesias M, Méndez P, Solla M, Folco AA. Prospective clinical study of transverse development with orthodontics with self-ligating brackets. Acta Odontol. Latinoam. 2020, 33(2) 112-116
12. Nam HJ, Capenakas SG, Major PW, HEO G Lagravère MO. Comparison of Skeletal and Dental Changes Obtained from a Tooth-Borne Maxillary Expansion Appliance Compared to the Damon System Assessed through a Digital Volumetric Imaging: A Randomized Clinical Trial. J. Clin. Med. 2020, 9, 3167

Anexos

PARECER DO ORIENTADOR

Eu, João Geraldo Reis Correia Pinto (nome do/a orientador/a) com documento de identificação n.º 17724 96, (documento de identificação), orientador/a do estudante Joana Filipa Espírito Santo Almeida do Mestrado em Cirurgia Ortognática e Ortodontia

Declaro ter conhecimento que a tese intitulada Estágio de Natureza Profissionalizante no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João vai ser entregue nesta data. Mais declara que a referida tese se encontra em condições de ser defendida publicamente.

Porto 09 09 2022

João Geraldo dos Reis Correia Pinto
(assinatura conforme documento de identificação)

PARECER DO CO-ORIENTADOR

Eu, Miguel Cavalheiro Silva Pais Clemente (nome do/a co-orientador/a) com documento de identificação n.º 11549132, (documento de identificação), co-orientador/a do estudante Joana Filipa Espírito Santo Almeida do Mestrado em Cirurgia Ortognática e Ortodontia

Declaro ter conhecimento que a tese intitulada Estágio de Natureza Profissionalizante no Serviço Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João vai ser entregue nesta data. Mais declara que a referida tese se encontra em condições de ser defendida publicamente.

Porto 09/09/2022

(assinatura conforme documento de identificação)

SÃO JOÃO
HOSPITAL

DECLARAÇÃO

Maria Helena Sereno Gouveia, diretor do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, declara que Joana Filipa Espirito Santo de Almeida, estudante do Mestrado em Cirurgia Ortognática e Ortodontia, frequentou um estágio profissionalizante no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, no período de 2019-2021 com aproveitamento.

Porto, 14 de Setembro de 2022

O Diretor do Serviço,

Dra. Maria Helena Sereno Gouveia

Hospital São João
Alameda Professor Hernâni Monteiro
4202-451 Porto

+ 351 225 512 100
geral@hsjoao.min-saude.pt
www.hsjoao.min-saude.pt

Cont. nº 507645367
Capital Estatutário 112.000.000,00 Euros
Registo Comercial nº 507645367

FACULDADE DE **MEDICINA**