

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ana do Carmo de Sá Soares estudante do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste relatório de estágio intitulado **Diastemas – fatores etiológicos e possíveis intervenções estéticas**, confirmo que, em todo o trabalho conducente à sua elaboração, não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientadora: Professora Doutora Orlanda Torres

Ana do Carmo Sá Soares

Ana do Carmo de Sá Soares (Estudante)

ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, Orlanda Torres, com a categoria profissional Professor Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientadora da Dissertação de Mestrado “Diastemas – fatores etiológicos e possíveis intervenções estéticas” da Aluna, Ana do Carmo de Sá Soares, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao júri para admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária.

Gandra, 10 de Abril de 2018

O Orientador

Orlanda Torres

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, agradeço por mais uma vez terem contribuído para que toda esta longa caminhada tenha sido concretizada com sucesso, sem eles não chegaria até aqui. Foram sem dúvida o meu maior suporte. Sempre que necessário aconselharam-me e criticaram-me para que conseguisse ultrapassar os obstáculos. Estiveram presentes em todos os momentos (quer tenham sido momentos felizes, desânimos, angústias, vitórias, ...). Espero um dia poder retribuir tudo o que fizeram por mim.

Ao meu namorado, por toda a paciência que teve comigo, pelo companheirismo, carinho e motivação. Por todos os esforços e por muitas vezes ter ficado em segundo plano para meu benefício. Por todas as palavras de conforto quando algo não corria da melhor maneira e por nunca me deixar desistir.

À minha irmã, que apesar de implicarmos sempre uma com a outra, esteve sempre presente ao longo de todo o meu percurso. Sem as nossas picardias nada teria sido igual.

À minha binómio, Ana Bernardes, pela cumplicidade, tanto no trabalho como na vida pessoal. Foi sem dúvida a minha companheira de todas as horas. Uma amizade que levo para a vida. Obrigada por ter estado sempre comigo!

Aos meus amigos, que de uma forma ativa ou não, estiveram no mesmo barco que eu, obrigada pela partilha de muitos momentos bons. Ficarão para sempre no meu coração.

À minha orientadora, professora Orlanda Torres, tenho de agradecer pela exigência e confiança que depositou em mim. Obrigada por acreditar em mim.

Ao professor José Pedro Novais, um grande obrigado por tudo o que me ensinou, por me ter feito acreditar mais em mim e nas minhas capacidades. Aprendi muito! Sem dúvida que teve uma importância especial neste meu percurso.

Por fim e não menos importante, agradeço a **todos os professores** pelos seus ensinamentos e conhecimentos transmitidos, sem eles nada disto seria possível.

Obrigada a todos!!!

ÍNDICE GERAL

Declaração de integridade.....	I
Aceitação do orientador	II
Agradecimentos	III
Índice geral.....	IV
Resumo	V
Abstract	VI
Capítulo I – Diastemas – fatores etiológicos e possíveis intervenções estéticas	1
1. Introdução	1
2. Objetivos.....	3
3. Metodologia	3
4. Desenvolvimento.....	5
5. Conclusão	20
6. Bibliografia.....	21
Capítulo II - Relatório das atividades práticas das unidades curriculares de estágio	27
1. Estágio Hospitalar em Serviços de Estomatologia e Medicina Dentária em Unidades Hospitalares.....	28
2. Estágio em Saúde Oral Comunitária	29
3. Estágio em Clínica Geral Dentária	30
4. Considerações Finais	31

RESUMO

Introdução: Na atualidade, a procura pelo sorriso “perfeito” está a tornar-se algo de grande relevância para a sociedade. Desta forma, a presença de diastemas no setor anterior é considerado inestético do ponto de vista social. Diastemas são espaços entre dois dentes consecutivos. São vários os fatores etiológicos para o seu aparecimento, entre os quais, problemas de erupção, hábitos, origem genética, freio labial, agenesia e microdontia do incisivo lateral superior, discrepância entre bases ósseas, tamanho dos dentes ou fusão imperfeita na linha mediana. Para tentar atender às exigências dos pacientes, existem várias opções de tratamento.

Objetivos: O objetivo desta revisão narrativa é analisar os possíveis fatores etiológicos para o aparecimento de diastemas no setor anterior e mostrar os diversos tratamentos que existem para a correção desta alteração estética, entre elas, restaurações com resina composta, facetas estéticas, coroas cerâmicas, tratamento ortodôntico.

Materiais e Métodos: Foi realizada pesquisa bibliográfica alargada em bases de dados científicas com o intuito de identificar as publicações mais relevantes à temática em causa. Recorreu-se à base de dados Pubmed utilizando como palavras-chave: “diastema closure”, “midline diastema”, “diastema treatment”, “smile esthetics” e “diastema etiology”, tendo como critérios de inclusão publicações de 2007 até 2017, de casos clínicos e estudos.

Conclusão: A presença de diastema no sector anterior apresenta vários fatores etiológicos associados e, como tal, é de extrema importância fazer um correto diagnóstico e posterior plano de tratamento.

Existem vários planos de tratamento para solucionar o diastema, porém, as restaurações com resina composta apresentam maior número de vantagens comparativamente com o tratamento ortodôntico, prótese fixa e facetas cerâmicas.

PALAVRAS-CHAVE: “diastema closure”, “midline diastema”, “diastema treatment” ,
“smile esthetics” , “diastema etiology”

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, the search for the "perfect" smile is becoming something of great relevance for society. Thus, the presence of diastema in the anterior sector is considered unesthetic from the social point of view. Diastemas are spaces between two consecutive teeth. There are several etiological factors for its appearance, such as eruption problems, habits, genetic origin, lip brake, agenesis and microdontia of the upper lateral incisor, discrepancy between bone bases, tooth size or imperfect fusion in the median line). In order to meet the demands of patients there are several treatment options.

Objectives: The objective of this narrative review is to analyze the possible etiological factors for the appearance of diastema in the anterior sector and to describe the different treatments that exist to correct this aesthetic alteration, including, composite resin restorations, aesthetic facets, ceramic crowns, orthodontic treatment).

Materials and Methods: Bibliographic research in a scientific database in order to identify the publications most relevant to the subject matter. We used the Pubmed, using as keywords: "diastema closure", "midline diastema", "diastema treatment", "smile esthetics" and "diastema etiology" inclusion criteria were publications from 2007 to 2017, clinical cases and studies.

Conclusion: The presence of diastema in the anterior sector presents several associated etiological factors and thus it is extremely important to make a correct diagnosis and subsequent the treatment plan.

There are several treatment plans to solve the diastema, however, composite resin restorations have a greater number of advantages compared to orthodontic treatment, fixed prosthesis and ceramic veneers.

KEY WORDS: "diastema closure", "midline diastema", "diastema treatment" , "smile esthetics" , "diastema etiology"

CAPÍTULO I – Fundamentação teórica

“Diastemas – fatores etiológicos e possíveis intervenções estéticas”

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, devido à grande procura por um alto padrão estético, a presença de diastemas interincisivos centrais superiores, é vista como um fator inestético, que interfere de forma negativa no contexto social. No entanto, com o grande avanço da medicina dentária, é possível encontrar soluções funcionais e estéticas, sobretudo se forem associadas diferentes especialidades dentárias.¹

O diastema da linha média é definido como um espaço interdentário na linha mediana anterior, superior a 0,5 mm, entre as superfícies proximais mesiais dos incisivos centrais.² Apesar de poderem ser vistos em qualquer região das arcadas dentárias, estes espaços são mais frequentes na região anterossuperior, pelo fato de ocorrer uma discrepância entre o tamanho dos elementos dentários e a maxila. A sua etiologia é multifatorial, portanto, é necessário e fundamental fazer uma avaliação correta da sua origem para que assim seja proposto um tratamento adequado, e, com sucesso, restabelecer as características estéticas faciais.^{3,31}

Na dentição, primária e mista, os espaços anteriores são comuns e considerados normais. Na dentição permanente, a incidência relatada varia de 1,7% a 38% em diferentes populações, com maior prevalência na raça negra.^{4,5,32,34}

Várias formas de tratamento podem ser utilizadas para o encerramento do diastema. Um diagnóstico cuidadosamente desenvolvido, que inclui a determinação dos elementos causais e o planejamento do tratamento, permite selecionar o método mais apropriado para cada caso. Explicar as diferentes opções de tratamento ao paciente e documentá-las, é fundamental para obter o seu consentimento e cooperação, para assim alcançar um bom resultado.⁶

Porém, frequentemente, o tratamento adequado é de grande complexidade, envolvendo diversas especialidades da medicina dentária. Nesse sentido, a ortodontia, a dentisteria restauradora e, muitas vezes, a periodontologia, complementam-se de forma positiva,

promovendo uma abordagem integrada, para uma adequada reabilitação funcional e estética do paciente.¹

Os objetivos específicos do tratamento de diastema são: criar uma forma dentária em harmonia com os dentes adjacentes, arco e forma facial, manter um ambiente de excelente saúde gengival e a obtenção de uma oclusão estável e funcional. O resultado final deve ser harmonioso e agradável ao paciente. Estes objetivos podem ser atendidos e o sucesso clínico alcançado, aplicando princípios contemporâneos de desenho do sorriso e seguindo uma sequência apropriada de tratamento.⁶ Seleção adequada do caso e do tratamento, cooperação do paciente e boa higiene oral, são importantes.⁷

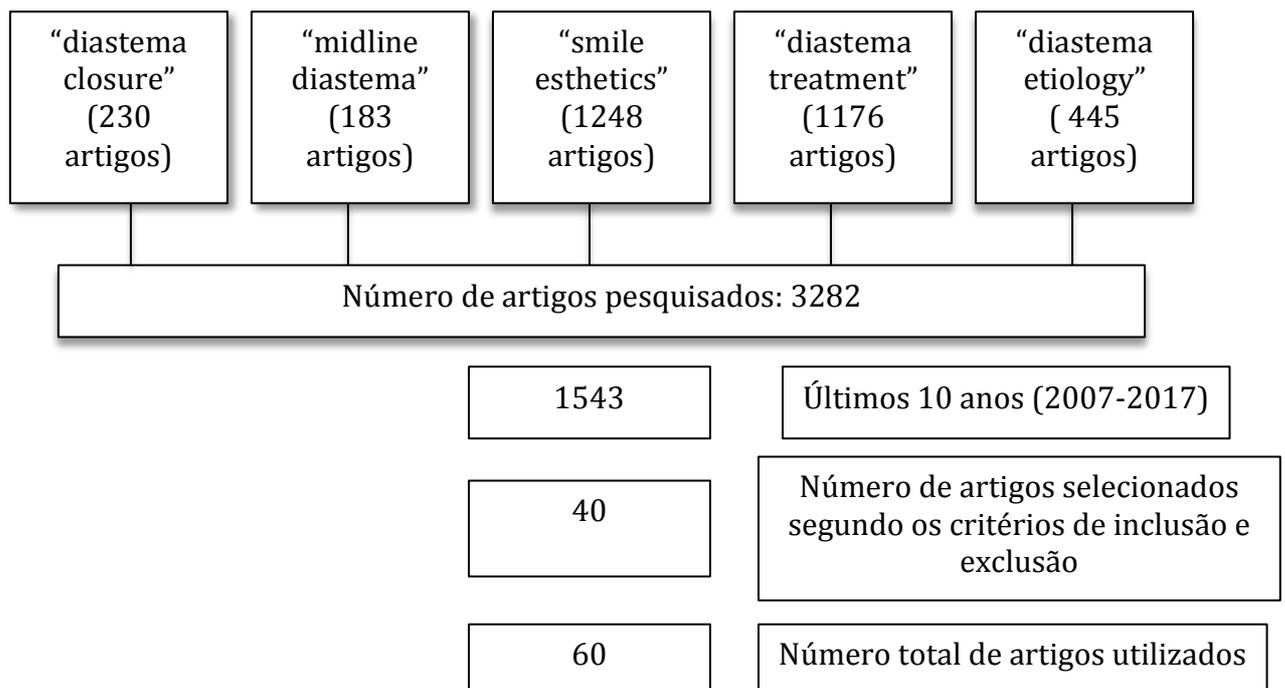
A visibilidade notória dos espaços dentários anteriores, bem como a componente vincadamente inestética dos mesmos, constituem a razão mais frequente pela qual os pacientes procuram resultados duradouros, objetivando assim, um tratamento estável.^{4,35}

2. OBJETIVOS

O objetivo desta revisão narrativa é analisar os possíveis fatores etiológicos para o aparecimento de diastemas no setor anterior e investigar os diversos tratamentos que existem para a correção desta alteração estética, entre eles restaurações com resina composta, tratamento ortodôntico, facetas estéticas e prótese fixa.

3. METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica alargada em bases de dados científicas com o intuito de identificar as publicações mais relevantes à temática em causa. Recorreu-se à base de dados Pubmed utilizando como palavras-chave: "diastema closure", "midline diastema", "smile esthetics", "diastema treatment", "diastema etiology" tendo como critérios de inclusão publicações de 2007 até 2017 (tendo-se utilizado alguns mais antigos), de casos clínicos e estudos. De um total de 3282 artigos, foram selecionados 40. Foram excluídos artigos anteriores a este período, os que se desviavam dos objetivos da revisão e os que não eram conclusivos. Posteriormente, a partir das referências bibliográficas referidas acima, foram selecionados mais 20 artigos científicos pertinentes.



Critérios de inclusão:

- artigos de preferência dos últimos 10 anos (2007-2017), tendo-se utilizado também algumas referências mais antigas, na língua portuguesa e inglesa.
- disponibilidade do texto integral.

Critérios de exclusão:

- idiomas diferentes aos referidos;
- artigos ou livros que não apresentavam informação pertinente ao tema e não providos de caráter/valor científico;
- artigos que não vão ao encontro dos objetivos do trabalho.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1. O sorriso ideal

A procura de estética dentofacial aperfeiçoada aumentou nos dias de hoje. Assim, inspirados em rostos belos e sorrisos bonitos, os pacientes procuram opções de tratamento para melhorar a estética dentofacial e gerar mudanças positivas no sorriso.³⁶

No entanto, cabe ao profissional o papel fundamental no diagnóstico e plano de tratamento do paciente. É o profissional quem vai apresentar e explicar as opções de tratamento possíveis em cada caso específico, dando a conhecer ao paciente as vantagens e desvantagens das possibilidades apresentadas. O resultado final vai depender não só do profissional, mas também da cooperação do paciente.

Com vista a alcançar resultados estéticos ideais, alguns parâmetros de referência devem ser seguidos. Para tal, existe um conjunto de princípios que visam ajudar a perceber os padrões a seguir.⁸

Existem dois aspectos principais que devem ser destacados: em primeiro lugar, o tratamento interdisciplinar, ou seja, o trabalho em equipa é essencial para produzir resultados estéticos ideais; em segundo lugar, embora a maioria dos dez princípios sejam científicos, o protocolo de tratamento não deve ser universalmente aplicado, pois funciona como um ponto de partida, já que o conceito de beleza varia significativamente de pessoa para pessoa.⁸

É fundamental ter em conta fatores básicos de estética baseados em princípios macroestéticos e princípios microestéticos, sendo estes últimos os detalhes que compõem a aparência estética do dente individualmente e que devem ser identificados pelo profissional antes da confeção de restaurações estéticas diretas ou indiretas.³⁰

Dos aspetos microestéticos que conhecemos, devem ser observados os seguintes^{13,30}:

- anatomia ou "arquitetura" dentária;
- forma do dente;
- tamanho: deve haver uma proporção favorável de largura / comprimento dentário para a execução da restauração.

Isto é importante porque um desequilíbrio na proporção dos dentes anteriores é frequentemente observado após o fechamento do diastema, o que difere do

conceito de "proporção dourada".³⁷ É de ressaltar que a largura visível de um dente superior anterior não deve exceder 80% do seu comprimento;¹³

- opalescência;
- fluorescência;
- textura superficial;
- cor.
-

Assim, os dez mandamentos que ajudam, de forma prática e simplificada, o planeamento ortodôntico e / ou estético, são⁸:

<p>1º) Arco do sorriso - incisivos maxilares na posição vertical</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O posicionamento vertical dos incisivos maxilares é determinante para alcançar um sorriso atraente e atual. • O bordo incisivo dos incisivos centrais superiores deve ser abaixo da ponta da cúspide dos caninos, garantindo a dominância dos incisivos centrais. • A diferença de alturas entre os incisivos centrais e laterais deve variar de 1,0 a 1,5 mm para as mulheres e de 0,5 a 1,0 mm para homens.
<p>2º) Relação e simetria dos incisivos centrais maxilares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar nota das relações de largura / altura para incisivos centrais superiores. • Objetivo da proporção estética (75 - 85%) e simetria máxima. • A simetria entre bordos incisais é o aspecto mais importante.
<p>3º) Relação dos dentes anterossuperiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os incisivos laterais muito estreitos são inestéticos. • É necessário um tratamento multidisciplinar.

<p>4º) Presença de espaço anterossuperior</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diastemas anterossuperiores são inestéticos. • Todos os diastemas devem estar fechados. (este princípio afirma que todos os diastemas da linha média devem ser fechados por tratamento ortodôntico ou multidisciplinar).
<p>5º) <i>Design</i> gengival</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A margem gengival dos incisivos centrais deve ser nivelada ou estar posicionada ligeiramente abaixo (0,5 a 1,0 mm) dos caninos. • A margem gengival dos incisivos laterais deve ser nivelada ou ligeiramente abaixo (0,5 mm) de incisivos centrais. • É necessário um tratamento multidisciplinar para o ajuste ideal do <i>design</i> gengival.
<p>6º) Níveis de exposição gengival</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A exposição gengival menor que 3 mm é estética. • Deve ser evitada a intrusão de incisivos maxilares, especialmente os incisivos centrais. • O tratamento do sorriso gengival deve ser orientado pela etiologia identificada.
<p>7º) Corredor bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O corredor bucal não é crítico na estética do sorriso. • O corredor bucal intermediário é mais atraente, enquanto o corredor bucal largo (arco de sorriso estreito) é mais estético. • Deve evitar-se o corredor bucal largo e a expansão maxilar deve ser indicada sempre

	que necessário.
8º) Angulação da linha média e dente	<ul style="list-style-type: none"> • O desvio da linha média é menos relevante do que as mudanças na angulação dentária na zona estética. • Desvio da linha média igual ou superior a 2,0 mm e qualquer grau de alteração na angulação dos dentes deve ser corrigido.
9º) Detalhes - Cor do dente e forma anatômica	<ul style="list-style-type: none"> • O branqueamento dentário é indicado para melhorar os resultados finais. • Os ajustes de contacto são necessários para corrigir possíveis espaços/triângulos "negros". • Esmalteoplastia por meio do desgaste do esmalte ou colocação de facetas para melhorar a estética de <i>design</i> incisal.
10) Volume do lábio	<ul style="list-style-type: none"> • Os lábios volumosos são o padrão atual de beleza. • Deve-se ter cuidado ao realizar a retração dos dentes anteriores de modo a evitar impactos negativos sobre o volume dos lábios. • O tratamento multidisciplinar que associa medicina dentária e dermatologia é utilizado para preenchimento de lábios, quando necessário.

Após a observação destas premissas, conclui-se que o desenho do sorriso incisivo (estética branca) é o fator mais importante de tratamento estético dentário.⁸

4.2. Diastema

Embora o conceito de estética seja considerado altamente subjetivo, pois encontra-se relacionado com fatores sociais, culturais e psicológicos, os dentes anteriores são considerados essenciais na estética do sorriso. Nesse contexto, a presença de diastemas pode prejudicar consideravelmente a estética do sorriso.^{53,55}

A estética facial e o sorriso estão intimamente relacionados e, a procura por um sorriso perfeito e harmonioso teve um aumento bastante significativo.

Atualmente, os profissionais enfrentam uma população cada vez mais exigente, que quer uma aparência ideal. A procura pela excelência na beleza do sorriso é evidente, influenciando as relações pessoais e profissionais.³⁸ Neste cenário, melhorar o sorriso é obrigatório para promover a melhor harmonia facial.^{9,39}

O espaçamento anterior maxilar ou o diastema é uma queixa estética muito frequente dos pacientes.⁴⁰ Keene descreveu o diastema da linha média como o espaçamento anterior superior a 0,5 mm entre as superfícies proximais dos dentes adjacentes.⁴¹ Foi referido que a maxila tem uma maior prevalência de diastema da linha média do que a mandíbula e que o diastema da linha média tem uma etiologia multifatorial.¹¹ Cerca de 7 em cada 100 adultos apresentam um diastema entre os dentes anterossuperiores.^{11,12,42}

Os clínicos devem obter uma história clínica pormenorizada, incluindo o tempo da presença do diastema, quaisquer alterações de tamanho e qualquer tratamento ortodôntico anterior, bem como uma história familiar alargada. O exame clínico deve incluir a inspeção da dentição e oclusão, freio labial e lábios e uma avaliação da condição periodontal.²⁸

Para a correção de diastemas, são indicados tratamentos ortodônticos, facetas diretas em resina composta, facetas de porcelana, coroas cerâmicas, entre outros.^{31,43} Nos casos de espaçamento maior que 3,0 mm de largura, o tratamento ortodôntico é o mais indicado, enquanto que para diastemas que variam de 0,5 mm a 3,0 mm de largura, o fechamento com resina composta é uma das alternativas.³

A técnica e o material adequados para um paciente também são baseados em limitações temporais, físicas, psicológicas e económicas.^{10,44}

Fechar um diastema grande apresenta duas principais dificuldades:

- fechar o diastema mantendo a proporção natural largura/ comprimento do incisivo central, bem como a proporcionalidade natural do grupo incisivo;
- outro é evitar excesso de material restaurador na área de contato gengival, que levaria a acúmulo de placa bacteriana e alimentos.

O sucesso no encerramento dos diastemas depende das seguintes fases de tratamento ⁷:

1. Diagnóstico preciso da etiologia específica ou etiologias;
2. Consideração pré-tratamento dos objetivos ortodônticos apropriados;
3. Tratamento da etiologia específica ou etiologias;
4. Retenção e estabilidade a longo prazo.

4.3. Fatores etiológicos²⁷

Tratar o diastema da linha média é motivo de preocupação para os profissionais, já que existem muitas etiologias diferentes associadas.¹⁴

Frente a tantas possibilidades etiológicas, deve-se saber diferenciar uma situação fisiológica de uma situação patológica. (SANIN et al., 1969). Os diastemas podem ser fisiológicos, e parte do desenvolvimento normal da dentição, ou patológicos devido a malformações congênitas, ou hábitos prejudiciais. É de extrema importância que o médico dentista saiba diagnosticar corretamente a causa do diastema, para saber quando e como tratar corretamente o caso.^{7,58,59,61}

São vários os fatores etiológicos que podem levar à presença/aparecimento de diastemas ⁶:

- Transição entre dentição decídua e permanente no desenvolvimento normal da dentição;
- Características hereditárias ou étnicas;
- Freio labial persistente;
- Comportamento deletério regular (parafunção);
- Função muscular desequilibrada;
- Obstáculos físicos;

- Defeitos na sutura intermaxilar;
- Sobremordida acentuada;
- Diferenças dentoalveolares;
- Patologias (por exemplo, agenesia parcial, dentes supernumerários, quistos na região anterior, erupção impedida, fenda palatina);
- Iatrogênico;
- Mecânica ortodôntica (por exemplo, expansão rápida da maxila, movimentos distal);
- Anomalias na forma, tamanho e número de dentes;
- Migração dentária fisiológica ou patológica;
- Hábitos de língua e lábios;
- Perda de dentes.

As discrepâncias dentoalveolares podem ser mencionadas entre as causas mais comuns de diastema anterior em adultos. Estas resultam geralmente de desequilíbrio entre o tamanho do arco dentário e a largura dos dentes ou da presença de defeitos ósseos que causam diastema.⁶

Para que sejam determinadas as causas do diastema, devem-se associar características clínicas, como: idade do paciente, presença de hábitos, ocorrência de freio labial hipertrófico com inserção baixa; e radiográficas: presença de lesões e/ou dentes supranumerários intraósseos e fusão imperfeita da sutura intermaxilar. A identificação do fator etiológico é imprescindível para se determinar qual o melhor tratamento para o caso.^{7,58,59,60,61}

4.4. Possíveis intervenções estéticas

4.4.1. Restaurações com resina composta

Para a realização destas restaurações, devemos ter em consideração alguns parâmetros dentários e faciais, sendo os primeiros de maior relevância.⁵⁰

Os diastemas podem ser tratados com ortodontia, alinhando os dentes entre os arcos dentários, e retoques estéticos podem ser realizados com resinas compostas. Porém,

quando os caninos se encontram alinhados em classe I e o problema é devido à desproporção entre dentes, pode-se optar somente pelo fechamento do diastema com resinas compostas associadas à técnica adesiva.^{53,54}

Resinas compostas diretas em casos de encerramento de diastema permitem o controle completo do médico dentista e paciente na formação de sorriso natural. Os materiais de resina composta estética recentes têm propriedades físicas e mecânicas semelhantes às do dente natural e possuem aparência como dentina natural e esmalte.¹⁰ Resinas compostas nanoparticuladas tendem a mostrar menos perda de brilho e menor aumento da rugosidade superficial com o passar do tempo.^{16, 45, 46}

Atualmente, existem no mercado resinas de excelente qualidade que apresentam boa estabilidade de cor, resistência ao desgaste superficial, opacidade adequada, diversidade de cores, o que favorece o resultado estético final e a durabilidade do resultado obtido.^{17,57}

No esmalte condicionado pelo ácido fosfórico, o sistema adesivo é capaz de realizar uma eficiente união entre resina e esmalte minimizando a micro infiltração e selando a interface dente/restauração.⁵⁶

Porém, o sucesso clínico depende, em grande parte, do material e da técnica restauradora empregados. Além disso, o desempenho do profissional tem influência significativa na atuação clínica das restaurações diretas.³⁰ Criar um contorno anatômico sem "triângulos negros" é uma tarefa árdua ao fechar diastemas usando compósitos à base de resina.^{6,22}

As resinas compostas diretas ainda apresentam um desafio para o médico dentista, em particular, ao restaurar a anatomia interproximal. A técnica tradicional com resinas compostas híbridas aplicadas com uma matriz de acetato e uma cunha apresenta problemas. A distorção da matriz de acetato pela cunha pode distorcer o perfil de emergência do dente e causar um triângulo preto. No entanto, alcançar a estabilidade da matriz de acetato sem uma cunha é problemática durante a aplicação do material restaurador. Além disso, as resinas híbridas viscosas são difíceis de inserir no espaço entre a matriz e o dente na parte cervical do perfil de emergência.²³

O uso da “proporção dourada” durante o procedimento restaurador é um parâmetro interessante, pois resulta numa proporção atraente e harmônica de aparência para os dentes anteriores. De acordo com este princípio, o incisivo central é proporcional ao incisivo lateral (1.618: 1.0), da mesma forma que o lateral é proporcional ao canino (1.0: 0.618).^{29, 47}

VANTAGENS DAS RESTAURAÇÕES COM RESINAS COMPOSTAS:^{3,18,30}

- excelente estética;
- longevidade aceitável;
- boa relação custo/benefício;
- técnica rápida (possibilidade de confeccionar a restauração em uma única sessão clínica), segura e eficaz;
- resultado imediato;
- facilidade de reparação;
- menor custo em relação às cerâmicas;
- dispensam etapas laboratoriais;
- não requerem provisório, sendo uma técnica reversível caso não se tenha alcançado o resultado estético desejado;³
- conservação da estrutura do dente, havendo pouco ou até nenhum desgaste do mesmo.^{18,30}

DESVANTAGENS:

- menos estabilidade de cor em comparação com a cerâmica (relacionado com o grau e qualidade do polimento e manutenção do paciente);
- menos resistência à fratura e força de compressão.

LIMITAÇÕES³⁰:

- pacientes fumadores e/ou que interagem frequentemente com substâncias corantes;
- pacientes que apresentem bruxismo;
- características inerentes à resina composta: contração de polimerização e possibilidade de ocorrer manchamento superficial.

Entretanto, o sucesso clínico está diretamente relacionado com:

- material restaurador escolhido;
- técnica a ser utilizada;
- habilidade do profissional.

Para que ocorra o sucesso funcional e estético, o médico dentista deve saber diagnosticar e fazer o correto planejamento do caso clínico. Precisa também de compreender e ter noções básicas dos princípios funcionais dos sistemas adesivos e das resinas compostas lançadas no mercado da atualidade. A dentisteria restauradora estética requer paciência, observação, perfeccionismo e a aplicação correta das técnicas e protocolos.^{3, 48}

4.4.2. Tratamento ortodôntico

A opção do tratamento ortodôntico é indicada somente em casos em que os espaços interdentários são mais extensos, o que ocorre devido à movimentação dentária em todo o arco, distribuindo melhor o espaço. É um tratamento que requer mais tempo e maior paciência do paciente para alcançar o resultado final.^{3,49}

O tratamento ortodôntico quase sempre requer o uso de aparelhos fixos, o que significa um procedimento longo, complexo e algo desconfortável para o paciente. Por outro lado, é uma opção muito conservadora.²⁵ Além disso, muitas vezes o tratamento ortodôntico isolado não é suficiente para a aproximação ideal dos dentes. Isto acontece quando são detetadas as discrepâncias dentoalveolares de Bolton, não podendo estabelecer os contatos proximais com sobreposições verticais e horizontais satisfatórias, sendo necessário, portanto, a correção estética subsequente à ortodontia.^{17,29}

A duração do tratamento é a sua principal desvantagem. Além disso, a recidiva ortodôntica pode ocorrer sem adequada retenção e estabilização. Aparelhos ortodônticos fixos podem resultar em maior acúmulo de placa bacteriana, cárie crescente e susceptibilidade periodontal.⁶

4.4.3. Prótese fixa

A correção e o fechamento dos diastemas interincisivos por meio de coroas totais é um procedimento restaurador considerado indireto que, apesar de proporcionar excelentes resultados estéticos e funcionais, é um procedimento mais invasivo, por necessitar de um desgaste do tecido dentário sadio. Além disso, possui a desvantagem de ter um custo financeiro elevado para o paciente.^{3,50}

4.4.4. Facetas indiretas em cerâmica

Embora as técnicas com resinas compostas diretas possam ser mais econômicas e bem-sucedidas, elas apresentam dificuldades na obtenção de resultados clínicos e estéticos satisfatórios. A colocação tradicional de facetas de porcelana pode oferecer um excelente resultado estético²⁵ e possibilita reproduzir um sorriso harmonioso e com naturalidade.^{51,52}

Indicações¹⁹:

- Anormalidades de forma (microdontia, dentes cónicos e dentes malformados);
- Dentes espaçados, diastemas e giroversões;
- Problemas de textura superficial e cor (devido a técnica endodôntica radical (TER), medicação ou restauração - talvez as maiores indicações);
- Cárie;
- Dentes com abrasão ou atrição;
- Dentes com amplas restaurações deficientes que envolvam a face vestibular.^{30,51}

Contra-indicações^{19,24}:

- colocação de facetas em dentes sem estrutura sadia em esmalte, porém podem ser feitos preparos que invadem a dentina, desde que se tomem os devidos cuidados com a refrigeração e se mantenha a integridade do complexo dentino-pulpar;
- confecção de facetas indiretas em casos de bruxismo ou apertamento dentário, pacientes com doença periodontal grave e vestibularização severa.

Vantagens ^{19,30}:

- pouco desgaste dentário durante o preparo;
- excelente resultado estético;
- estabilidade da cor;
- biocompatibilidade com o periodonto;
- expansão térmica semelhante ao esmalte dentário;^{51,52}
- resistência ao desgaste;
- reforço da estrutura dentária;
- boa capacidade de imitar as características de cor e translucidez dos dentes naturais;⁵¹
- melhores resultados clínicos em comparação com as facetas diretas em resina composta;
- fabricação de forma extra-oral, a qual permite obter melhor visualização e melhor detalhamento anatômico da restauração (Souza *et al.*, 2002).

Desvantagens ^{6,56}:

- custo elevado;
- etapas de laboratório envolvidas na fabricação são técnicas sensíveis e demoradas;
- a porcelana é um material friável que não suporta deformação plástica sob stress.^{30, 51}

As restaurações indiretas evoluíram. Hoje, possuem propriedades mecânicas que possibilitam a confecção de peças extremamente finas, porém, suficientemente resistentes após cimentadas. Assim, possibilita realizar preparos minimamente invasivos, com apenas a remoção de retenções e/ ou arestas que impeçam a perfeita adaptação da peça. Também a melhoria das propriedades óticas permite utilizar diferentes graus de opacidade e translucidez, mascarar ou aproveitar do remanescente dentário, obtendo assim restaurações naturais e impercetíveis.⁵⁶

Seleção da técnica restauradora:

O profissional poderá optar por confeccionar previamente uma guia de silicone. Esta técnica permite maior previsibilidade para posicionar corretamente os diferentes incrementos de resina composta durante a confecção da restauração. Contudo, em muitas situações clínicas nas quais é necessário apenas o fecho de diastemas, o profissional pode realizar o procedimento restaurador sem guia de silicone.

4.5. Protocolo Clínico para fechamento de diastema com resina composta

Confeção da guia de silicone

Para o fechamento de diastemas pode ser realizada uma matriz em silicone. Essa matriz é uma "guia de silicone", que pode ser feita diretamente na boca ou a partir de um modelo de gesso.⁶²

Deste modo, é possível definir a forma, a largura e o comprimento da restauração de modo compatível com os dentes adjacentes, permitindo avaliar ângulos de visão que seriam difíceis na boca.³⁰

Após a reconstrução dos dentes a serem restaurados, na boca ou no modelo de gesso (enceramento diagnóstico):⁶³

- 1) realiza-se uma moldagem, sem moldeira, com a parte densa de um silicone por adição ou condensação, envolvendo todo o dente, até haver presa do silicone;
- 2) retira-se o molde e, com auxílio de uma lâmina de bisturi no 12 ou 15 (feather), recorta-se no sentido mesio-distal, removendo apenas a porção vestibular, de modo que o rebordo incisal permaneça na matriz de silicone (Behle, 2000);
- 3) o molde deve ser levado em posição para verificar e testar o assentamento correto.

Uma das grandes vantagens de se trabalhar com este tipo de matriz é a segurança do correto posicionamento dos bordos incisais e proximais, onde, a partir da região palatina, outras camadas de resinas são inseridas pela técnica incremental policromática.⁶³

Fechamento de diastema com resina composta³⁰

- 1) Seleção de cor: a realização de prova estética aplicando resina composta sem uso prévio de sistema adesivo permite uma visualização do possível resultado quanto à cor, mas principalmente uma análise do resultado quanto à macroestética do sorriso quando do fechamento de diastemas com resina composta direta.
- 2) Verificação de contactos oclusais: é importante que o profissional avalie os contactos oclusais existentes em máxima intercuspidação habitual e nos movimentos excursivos de protrusão e lateralidade previamente à execução do procedimento restaurador.
- 3) Isolamento do campo operatório: preferencialmente instalar um isolamento absoluto combinado com fio retrator gengival, expander e aspirador.
- 4) Preparo do dente: geralmente nenhum tipo de preparo dentário é requerido. Apenas quando outras alterações preexistentes, como restaurações deficientes, alteração de cor, forma ou posição do dente, estiverem envolvidas conjuntamente com o fechamento do diastema é que o médico dentista deve realizar o preparo do dente.
- 5) Sistema adesivo: realizar condicionamento com ácido fosfórico a 37% durante 30 segundos sobre o esmalte. Em seguida, aplicar um adesivo seguido de secagem com ar para eliminar o solvente e fotopolimerizar por 15 segundos. Pode ser utilizado um adesivo de duas ou três etapas clínicas.
- 6) Inserção da resina composta: posicionar o primeiro incremento de resina correspondente ao "esmalte palatino" avançando até aproximadamente a metade da distância palatino-vestibular e fotopolimerizar pelo tempo recomendado pelo respetivo fabricante. Essa etapa pode ser realizada a mão livre ou com o auxílio de um guia de silicone confeccionada previamente na fase de diagnóstico. Em seguida, aplicar sucessivamente os incrementos de dentina até se atingir o "esmalte vestibular" e encostar na proximal do dente contíguo (com matriz) para favorecer a obtenção de um ponto de contacto interproximal adequado. Nessa fase, é interessante, além da espátula metálica flexível, empregar uma ponta de borracha e pincel para obter uma adequada adaptação e transição dente/restauração sem a presença de excessos de resina composta na superfície vestibular. É importante ir diminuindo a espessura de compósito da

região proximal na direção do centro do dente. Em situações clínicas extremamente desafiadoras do ponto de vista estético, poderá ser necessário empregar corantes ou mais cores de resina composta.

- 7) Verificação dos contactos oclusais: atenção especial na região palatina, visto que é importante manter ou não interferir na guia de desoclusão anterior e nos movimentos excursivos, sobretudo quando algum alongamento dentário estiver associado ao fechamento de diastema com compósito.
- 8) Acabamento/polimento: o profissional deve-se esforçar para executar um cuidadoso acabamento na região cervical com o uso de tiras de lixa delgadas e lâminas de bisturi número 12. Outro detalhe importante é não eliminar o ponto de contacto interproximal obtido durante a confecção da restauração. O acabamento das áreas palatinas e vestibular deve ser realizado com ponta diamantada de granulação fina ou broca multilaminada de formato compatível com essas superfícies e/ou discos abrasivos. Logo após, usar pontas siliconadas e disco de feltro com pasta para polimento.

5. CONCLUSÃO

A estética do sorriso desempenha um papel dominante na sociedade moderna: influencia a forma como as pessoas são percebidas e como elas se percebem.

A presença de diastema no sector anterior apresenta vários fatores etiológicos: transição entre dentição decídua e permanente no desenvolvimento normal da dentição; características hereditárias ou étnicas; freio labial persistente; comportamento deletério regular (parafunção); função muscular desequilibrada; obstáculos físicos; defeitos na sutura intermaxilar; sobremordida acentuada; diferenças dentoalveolares; patologias (por exemplo, agenesia parcial, dentes supranumerários, quistos na região anterior, erupção impedida, fenda palatina); iatrogênico; mecânica ortodôntica (por exemplo, expansão rápida da maxila, movimentos distal); anomalias na forma, tamanho e número de dentes; migração dentária fisiológica ou patológica; hábitos de língua e lábios; perda de dentes. Para tal, é de extrema importância fazer um correto diagnóstico para um posterior bom plano de tratamento.

Existem vários planos de tratamento para solucionar o diastema, porém, as restaurações em resina composta apresentam maior número de vantagens comparativamente com o tratamento ortodôntico, prótese fixa e facetas cerâmicas. No entanto, cada situação deve ser avaliada cuidadosamente e conversada com o paciente.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Admin. Interação entre periodontia, ortodontia e dentística em caso clínico de diastema anterior. Rev Dental Press Estét. 2014. 11(2):98-107.
- 2 – Goyal A, Nikhil V, singh R. Diastema closure in anterior teeth using a posterior matrix. Dentistry. 2016.
- 3 - Micaela G, Gisely V, Carolina A. Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso. Revista da faculdade de odontologia de lins. 2017. 27(1) 63-68.
- 4 - Juliana M, Marcos F, Karina F, Guilherme J, Nuria CB. Postretention stability after orthodontic closure of maxillary interincisor diastemas .J appl oral sci. 2014. 22(5):409-15.
- 5 - Tanaka O, Pacheco A, Sabatoski C, Pellizzari C, Yépez J. O fechamento de diastemas interincisivos centrais superiores. Orthod. sci. pract. 2015. 8(29):97-102.
- 6 - Oquendo A, Brea I, David S. Diastema: correction of excessive spaces in the esthetic zone. Dent clin n am 55. 2011. 265–281.
- 7 - Huang W, Creath C. The midline diastema: a review of its etiology and treatment. American academy of pediatric dentistry - 17:3.1995.
- 8 - Machado AW. 10 commandments of smile esthetics. Dental press j orthod. 2014. 19(4):136-57.
- 9 - Chaves LP, Schmitt VL, Consolmano E, Frenken RP, Mondelli RFL, Wang L. Resin composite build-ups for complementing multidisciplinary esthetic and functional dental treatments: a case report. Braz dent sci. 2015. 18(1).
- 10 - Korkut B, Yanikoglu F, Tagtekin D. Direct midline diastema closure with composite

layering technique: a one-year follow-up. *Dentistry*. 2016. 5 pages.

11 - Medio M, De la Dure Molla M. Treatment of infra-occluded primary molars in patients with dental agenesis. *International orthodontics*. 2014. 12 : 291-302.

12 - Boushell LW. Talking with patients - diastema. *Journal compilation*. 2009. 21(3)

13 - De Araujo Jr DM, Fortkamp S, Baratieri LN. Closure of diastema and gingival recontouring using direct adhesive restorations: a case report. *Journal compilation*. 2009. 21(4).

14 - Abraham R, Kamath G. Midline diastema and its aetiology – a review. *Dent update*. 2014. 41: 457–464.

15 - Silva LC, Matos C, Oliveira T, Melo P, Silva MJ. Encerramento de diastemas: revisão de conceitos teóricos a propósito de um caso clínico. *Revista portuguesa de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial*. 2008; 49(3):133-9.

16 - Badole GP, Kubde R, Gunwal M, Badole SG. Aesthetic and economical approach to diastema closure: a case report. *International journal of dental clinics*. 2014(6): issue 3.

17 - Chimeil TBC, Pedreira APRV, De Souza TCP, Maciel M, De Paula LM, Garcia FCP. Tratamento restaurador de diastemas anteriores com restaurações diretas em resina composta: relato de caso. *Revista dentística online – www.ufsm.br/dentisticaonline*. 2011. 20.

18 - Demirci M, Tuncer S, Öztaş E, Tekçe N, Uysal O. A 4-year clinical evaluation of direct composite build-ups for space closure after orthodontic treatment. *Clin oral invest*. 2015.

19 - Souza EMS, Souza JR, Lopes, FAM; Osternack, FHR. Facetas estéticas indiretas em porcelana. *Jbd, curitiba*, 2002, 1(3), p.256-262.

20 - Viswambaran CM, Londhe MGSM, Kumar MV. Conservative and esthetic management of diastema closure using porcelain laminate veneers. Medical journal armed forces India. 2014.

21 - Calamia V, Pantzis A. Simple case treatment planning: diastema closure. Dent clin n am. 2015. 59: 655–664.

22 - Goyal A, Nikhil V, Singh R. Diastema closure in anterior teeth using a posterior matrix. Dentistry. 2016. 6 pages.

23 - Saratti CM, Krejci I, Rocca GT. Multiple diastema closure in periodontally compromised teeth: how to achieve an enamel-like emergence profile. The journal of prosthetic dentistry. 2016.

24 - Prabhu R, Bhaskaran S, Prabhu KRG, Eswaran MA, Phanikrishna G, Deepthi B. Clinical evaluation of direct composite restoration done for midline diastema closure – long-term study. j pharm bioallied sci. 2015. 7(suppl 2): s559–s562.

25 - Signore A, Kaitsas V, Tonoli A, Angiero F, Silvestrini-biavati A, Benedicenti S. Sectional porcelain veneers for a maxillary midline diastema closure: a case report. Quintessence international - restorative dentistry. 2013. 44(3)

26 - Rosales AB, Carvacho DN, Cacciutolo RS, Guineo MG, Fuentes CG. Conservative approach for the esthetic management of multiple interdental spaces: a systematic approach. Journal of esthetic and restorative dentistry. 2015. 27(6): 344–354

28 - Chu CH, Zhang CF, Jin LJ. Treating a maxillary midline diastema in adult patients. Jada. 2011. 142(11).

29 - Furuse AY, Franco EJ, Mondelli J. Esthetic and functional restoration for an anterior open occlusal relationship with multiple diastemata: a multidisciplinary approach. J prosthet dent. 2008. 99:91-94

- 30 - Consulta do livro: Dentística Saúde e Estética, 2nd ed. Artmed;2007.
- 31 - Andreiwolo R., Veiga W., Miragaya L., Dias KRHC. Fechamento de diastema com coroas de alumina densamente sinterizadas. Rev Bras odontol.. 2011, jan./jun.; 68(1): 81-4. [http:// revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view- File/256/222](http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view-File/256/222)
- 32 - McVay TJ, Latta GH Jr. Incidence of the maxillary midline diastema in adults. J Prosthet Dent. 1984;52:809-11.
- 33 - Taylor JE. Clinical observations relating to the normal and abnormal frenum labii superioris. Am J Orthod Oral Surg. 1939; 25:646-50.
- 34 - Oesterle LJ, Shellhart WC. Maxillary midline diastemas. A look at the causes. JADA 1999; 130:85-94.
- 35 - Bernabé E, Flores-Mir C. Influence of anterior occlusal characteristics on self-perceived dental appearance in young adults. Angle Orthod. 2007; 77:831-6.
- 36 - Correa BD, Bittencourt MAV, Machado AW. Influence of maxillary canine gingival margin asymmetries on the perception of smile esthetics among orthodontists and laypersons. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2014; 145:55-63.
- 37 - Magne P, Belser U. Bonded porcelain restorations in the anterior dentition: a biomimetic approach. Chicago (IL): Quintessence Books; 2003.
- 38 - Kovacs BO, Mehta SB, Banerji S, Millar BJ. Aesthetic smile evaluation – a non-invasive solution. Dent update. 2011 Sep; 38(7):452-4, 456-8.
- 39 - Wolff D, Kraus T, Schach C, Pritsch M, Mente J, Staehle HJ, Ding P. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a clinical evaluation of survival and quality parameters. J Dent. 2010 Dec; 38(12):1001-9.

- 40 - Polder BJ, Van't Hof MA, Van der Linden FP, Kuijpers-Jagtman AM. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(3):217–26.
- 41 - Baccetti T. A controlled study of associated dental anomalies. *Angle Orthod* 1998; 68(3):267–77.
- 42 - Peck S. Dental anomaly pattern (DAP). *Angle Orthod* 2009; 79(5):1015–6.
- 43 - Ubaldini ALM, Benetti AR, Furquim LZ, Pascotto RC. Abordagem interdisciplinar para o fechamento de diastemas associados à discrepância de Bolton. *R Dental Press Estét.* 2009. 6(4): 80-7. <https://issuu.com/dentalpress/docs/v6n4>
- 44 - Chalifoux PR. "Perception esthetics: factors that affect smile design," *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 1996. vol. 8, no. 4, pp. 189–192.
- 45 - da Cunha LF, Valeretto TM, Pirolo R, Mondelli J, Gonzaga CC, Furuse AY, et al. Freehand stratification with composite resins for the closure of anterior diastema. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2012. 9(3):334-9.
- 46 - da Costa J, Adams-Belusko A, Riley K, Ferracane JL. The effect of various dentifrices on surface roughness and gloss of resin composites. *Journal of dentistry*. 2010. 38:e123-e8.
- 47 - Levin EI. Dental esthetics and the golden proportion. *J Prosthet Dent*. 1978. 40:244-52.
- 48 - Machado AW, Ambrosio AR, Caldas SGFR, Gandini Junior LG. Orthodontic treatment of a midline diastema related to mesiodens and thumb-sucking habit. *Rev odonto Ciênc.*, 2010. 25(3): 314-8.

49 - Lamenha EGR, Guimarães RP, Silva CHV. Diastema mediano superior: Aspectos etiológicos. *int J Dent.*. 2007. (6)1: 2-6.

50 - Conceição EN. *Dentística – saúde e Estética*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

51 - Simão Júnior BS, De Barros CCP. Reabilitação Estética Com Faceta Indireta Em Porcelana. *Revista Odontológica do Planalto Central*. 2011. 2(1). p.9-15.

52 – Castro FM, Rodrigues PCF, Souza JB, Lopes LG, Campos CBF. Tratamento restaurador estético com sistema cerâmico. *Revista Dental Press de Estética*. 2011. v.8, n.2, p.52-64.

53 – Schwarz V, Simon LS, Silva SA, Ghiggi PC, Cericato GO. Fechamento de Diastema com Resina Composta: Relato de Caso. *J Oral Invest*. 2013. 2(1): 26-31.

54 - Vellasco K; Campos I; Zouain-ferreira TRF; Basting RT. Dentística minimamente invasiva: plástica dental. *Arq Odontol*. 2006; 42(2): 104-112.

55 - Keene HJ. Distribution of diastemas in the dentition of a man. *Am J Phys Antropol*. 1963. 21(4): 437-441.

56 – Tostes BT, Lima-Arsati YBO. Fechamento de diastema pela técnica indireta: caso clínico. *Revista Saúde*. 2011. V.5, n.2.

57 - Pfeiffer P, Lange RT. Clinical evaluation of ceramic inlays compared to composite restorations. *Oper Dent* 2009. 34:263-72.

58 – Júnior NCC, Guerino P, Mezomo MB. Diastemas interincisivos superiores – revisão acerca da etiologia, tratamento e estabilidade em longo prazo. *Disciplinarum Scientia*. 2016. v. 17, n. 1, p. 95-109.

59 - Almeida, RR, et al. Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2004. v. 9, n. 3, p. 137-156.

60 – Santos-Pinto A, Paulin RF, Martins LP. Tratamento de Diastema entre Incisivos Centrais Superiores com Aparelho Fixo Combinado a Aparelho Removível: Casos Clínicos. J Bras Ortodon Ortop Facial. 2003. v. 8, n. 44, p. 133-140.

61 –Consulta do livro: Ortodontia contemporânea. 5. ed. São Paulo: Pancast, Proffit WR. 1991, 589 p.

62 - Baratieri LN et al. Caderno de Dentística: restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores. 2002. São Paulo, Livraria Editora Santos.

63 –Higashi C, Gomes JC, Kina S, de Andrade OS, Hirata R. Odontologia Estética - Planejamento estético em dentes anteriores. Capítulo 7.

CAPÍTULO II

Relatório Dos Estágios

1-Introdução

O Estágio de Medicina Dentária, é uma unidade curricular valiosa no mestrado integrado e tem como objetivos o contacto direto do estudante com unidades de saúde e o aperfeiçoamento dos conhecimentos adquiridos pelo aluno ao longo dos anos de curso, aprofundar competências técnico-científicas, relacionamento interpessoal, adaptação às instituições, postura ética e responsabilidade profissional, facilitando assim a autonomia para a prática profissional futura.

O estágio decorre ao longo do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, entre setembro de 2016 e Junho de 2017, abordando três áreas específicas de intervenção: Estágio de Saúde Oral e Comunitária, Estágio Hospitalar e Estágio de Clínica Geral Dentária.

1.1 Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar teve lugar no Hospital de Amarante, regido pelo Doutor Fernando Figueira, decorrendo às segundas-feiras das 9 horas às 12.30horas (3:30h semanais), com um total de horas anuais de 180 horas.

O estágio foi supervisionado pelo Professor José Pedro Novais. Este estágio assegura experiências exemplificativas da realidade de um médico dentista, uma vez que permite a interação com pacientes com características especiais, nomeadamente hipocoagulados, patologias neurodegenerativas, cognitivas e psicológicas, o que é traduzido por um aperfeiçoamento das competências do estagiário e uma maior destreza, autonomia e rapidez nos procedimentos devido ao elevado número de pacientes. Os atos clínicos efetuados durante este período encontram-se descritos na tabela 2.

	Estágio Hospitalar	
Atos Clínicos	Operador	Assistente
Triagem/Consulta simples	9	

Restaurações	55	
Endodontia	8	
Destartarização	39	
Exodontia	52	
Pulpectomia	1	
Selantes	3	
Outros	7	
Nº Total de atos	174	
Nº Total de horas	120 horas	

Tabela 2: Atos Clínicos de ECH

1.2 Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio de Saúde Oral e Comunitária, cujo principal objetivo é a implementação do Programa Nacional para a promoção da Saúde Oral (PNPS), é supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Alexandre Rompante.

Decorreu todas as quartas-feiras das 9:00horas às 12:30 horas, num período de 3:30 horas semanais, perfazendo um total de 120 horas. O estágio dividiu-se em duas fases, uma primeira fase, decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, onde foi realizado um plano atividades, panfletos, apresentações de PowerPoint, jogos didáticos, filmes e músicas para se poder promover a saúde oral em pacientes grávidas, adolescentes, adultos, séniores, pacientes com SIDA e crianças com a faixa etária compreendida entre 0 e 9 anos de idade.

Na segunda fase foi realizada a promoção da saúde oral e levantamento de dados na escola EB1 da retorta e (Agrupamento de Campo) e EB1 Centro Escolar de Paredes (Agrupamento de Paredes), onde através de atividades/jogos foi possível implementar o Programa Nacional para a Promoção de Saúde Oral da Direção Geral de Saúde.

Foram ainda recolhidos todos os dados relativos aos indicadores de saúde oral da Organização Mundial de Saúde com a metodologia WHO 2013. O plano de atividades encontra-se na Tabela 3.

1.3 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio de Clínica Geral Dentária, regido pela Professora Doutora Filomena Salazar, realizou-se no Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte, mais precisamente na Clínica Universitária Filinto Baptista. Esta componente prática decorreu todas as quartas-feiras das 19:00h às 24:00h (5 horas semanais), tendo a duração total de 180 horas anuais. A supervisão foi assegurada pelo Mestre João Baptista, pelo Mestre Luís Santos e pela Doutora Sónia Machado. Este estágio é sem dúvida muito enriquecedor uma vez que nos permite englobar todas as áreas clínicas no âmbito da Medicina Dentária.

Os atos clínicos efetuados durante este período encontram-se descritos na tabela 3.

	Estágio em Clínica Geral Dentária	
Atos Clínicos	Operador	Assistente
Triagem/Consulta simples	2	3
Restaurações	13	8
Endodontia	2	7
Destartarização	4	5
Exodontia	6	1
Outros	1	2
Nº Total de atos	28	26
Nº Total de horas	180 horas	

Tabela 3: Atos Clínicos de ECGD

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estágios são uma preparação bastante importante e enriquecedora para um futuro como profissional. Através das três componentes, clínica geral, saúde oral e comunitária e hospitalar, foi possível adquirir novas aprendizagens e alargar os conhecimentos a vários sectores de intervenção de um médico dentista, sendo desta forma, por intermédio dos estágios, possível consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos no plano de estudo do curso de Medicina Dentária.

A existência destas três componentes de estágio foi uma mais valia para melhorar o meu desempenho profissional. Proporcionou diversas vivências em tão distintos ambientes com os quais nos podemos deparar no mundo do trabalho. Permitiu-me a aplicação, solidificação e aperfeiçoamento dos conhecimentos teóricos e práticos, não esquecendo do desenvolvimento da rapidez de raciocínio, segurança, autonomia e relação médico dentista/paciente, necessários para o sucesso do exercício profissional.