

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE

Eu, Adriana Luísa Santos Nunes, estudante do Curso de Mestrado Integrado de Medicina Dentária do Instituto de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: "Facetas Diretas em Resina Composta". Confirmando que em todo o trabalho conducente à elaboração não ocorreu prática de plágio. Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo sempre utilizado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Adriana Luísa Santos Nunes

Orientador: Professor Doutor Mário Barbosa

Co-orientador: Dr. Hélder Moura

ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, Mário Barbosa, com a categoria profissional de Professor Auxiliar do Serviço de Medicina Dentária Conservadora do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “Facetas Diretas em Resina Composta”, da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Adriana Luísa Santos Nunes, declaro que dou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, setembro 2018

O orientador


AGRADECIMENTOS

Estando esta longa caminhada a terminar, não poderia esquecer de agradecer a quem esteve comigo todos os dias, que me deu força, que me apoiaram na conquista deste sonho. Aos meus pais, pela oportunidade que me foi concedida de ter a educação académica que tanto desejava. O meu sincero obrigada, por todo o esforço que realizaram para que fosse possível a conclusão desta etapa.

À minha irmã, que durante este percurso levou com o meu mau feitio e com os meus “pedidos especiais” durante as longas épocas de exames.

Às minhas quatro maravilhosas amigas, Andreia Ferreira, Cátia Carneiro, Cristiana Queirós e Catarina Gomes, que estão comigo desde sempre, que me acompanharam em todas as etapas da minha vida e que nunca me deixaram sozinha.

À minha binómia, que esteve comigo diariamente durante estes últimos três anos, obrigada pela partilha de dúvidas, medos e vitórias.

Às amigas que fiz durante o percurso académico, obrigada pelo companheirismo, risadas e bons momentos. Um especial obrigado à Helena Carvalho, por toda a ajuda e pela sua boa disposição tão característica.

A todos os professores do IUCS, por todo o conhecimento transmitido ao longo destes anos de curso.

Ao meu orientador, Mário Barbosa, por todos os conselhos disponibilizados durante a elaboração deste trabalho.

Ao meu co-orientador, Hélder Moura por ter disponibilizado o seu precioso tempo para me orientar, pelo rigor e exigência demonstrada durante a elaboração deste trabalho.

A todos um enorme obrigada!

ÍNDICE GERAL

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE.....	i
ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
ÍNDICE GERAL.....	iv
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	Vii

CAPITULO I- FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVOS.....	2
MATERIAIS E MÉTODOS.....	3
DESENVOLVIMENTO	
1. Resinas compostas.....	4
1.1. Microparticulas.....	4
1.2. Híbridas.....	5
1.3. Microhíbridas.....	5
1.4. Nanoparticuladas.....	6
1.5. Nanohíbridas.....	6
2. Planeamento do sorriso.....	6
2.1. Seleção da Cor.....	7
2.2. Proporção Estética do Sorriso.....	8
2.3. Modelos de Estudo e Enceramento Diagnóstico.....	9
2.4. Ensaio Diagnóstico Intra-orais/ Mock-up.....	9
3. Facetas Diretas em Resina Composta.....	9
3.1. Conceito.....	10
3.2. Vantagens.....	10
3.3. Limitações.....	10
3.4. Indicações.....	10

3.4.1. Dentição com alteração de forma.....	11
3.4.1.1. Diastemas.....	11
3.4.1.2. Dentição Rodada.....	12
3.4.1.3. Fraturas Coronárias.....	13
3.4.1.4. Realinhamento dos Dentes.....	13
3.4.1.5. Anomalias de Forma e Volume.....	14
3.4.2 Dentição com Alteração Cromática.....	15
3.4.2.1. Descolorações Extrínsecas.....	15
3.4.2.2. Descolorações Intrínsecas.....	16
3.5. Técnicas de Estratificação.....	18
3.6. Acabamento e Polimento.....	20
CONCLUSÃO.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

CAPITULO II- RELATÓRIO FINAL DO ESTÁGIO

INTRODUÇÃO.....	28
1- Estágio em Clinica Geral Dentária.....	28
2- Estágio em Clinica Hospitalar.....	28
3- Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	29
CONCLUSÃO.....	29
ANEXOS.....	30

RESUMO

Introdução: Um sorriso harmonioso, dentes claros, com contornos e formas adequadas são características de uma aparência saudável e natural, que quando não estão presentes podem proporcionar variações comportamentais, psicológicas e sociais. Deste modo, o restabelecimento da estética e da função apresenta-se como o objetivo primordial da dentisteria estética. As facetas diretas em resina composta apresentam-se como uma opção de tratamento minimamente invasivo em dentição com alteração de forma e de cor.

Objetivo: Estudar a aplicabilidade das facetas diretas em dentes anteriores em resina composta no restabelecimento estético-funcional em diferentes situações clínicas.

Materiais/Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica online, em diferentes bases de dados Pubmed, Ebsco e Scielo, através do motor de busca Google. Toda a pesquisa realizada encontra-se limitada a artigos acessíveis para leitura, publicados entre os anos 2001 e 2017.

Desenvolvimento: As facetas diretas em resina composta apresentam-se como uma alternativa estética em dentição com alteração de forma e de cor. Etapas como seleção da resina composta, planejamento do sorriso, seleção da cor e planejamento do caso tornam-se essenciais para o sucesso do tratamento restaurador. As facetas diretas em resina composta são portadoras de vantagens, mas também limitações, que podem levar ao insucesso do tratamento.

Conclusão: As facetas diretas em resina composta possuem a valência de corrigir alterações de cor, forma, textura e posição. A presença de hábitos parafuncionais, o alto risco de pigmentação da restauração (ex.: devido a hábitos alimentares ou tabagismo), a deficiente higiene oral, dentição muito escurecida e dentes severamente apinhados, vestibularizados ou rodados, poderá levar ao fracasso do tratamento.

Palavras-chave: "faceta resina composta" "estética dentária", "dentes anteriores", "resina composta", "facetas diretas resina"

ABSTRACT

Introduction: A harmonious smile, white teeth, with suitable lines and shapes are the characteristics of a healthy and natural appearance. When these characteristics aren't present social, psychological and behavioral disorders can appear. That way, the aesthetic and functional restoration is the primordial objective of aesthetic dentistry. The direct facets in composite resin is presented as the less invasive treatment in teeth that lost their shape and color.

Objective: To study the applicability of the laminate veneers resin direct in anterior teeth in aesthetic-functional restoration in the different clinical situations.

Methods/Materials: It was realized a online literature review in different data bases, such like Pubmed, Ebsco e Scielo, using Google as research motor. All the research is limited to accessible articles between 2001 and 2017.

Development: The direct facets in composite resin present a aesthetic alternative in teeth with shape and color lost. Steps like the selection of the resin, the smile's planning, selection of the color and case planning are essential to the restoration success. This kind of treatment has advantages and limitations, and when these limitations are present it can lead to an unsuccessful treatment.

Conclusion: The direct facets in composite resin has the ability to correct the color, shape, texture and position of the teeth. The parafunctional habits presence, the high risk of pigmentation (due to smoking), the lacking of oral hygiene, dark teeth and severely crowded or vestibularized can lead to treatment failure.

Key-Words: "veneers composite resin", "esthetic dental", "anterior teeth", "composite resin", "veneers resin direct".

CAPITULO I- FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA

INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, o cuidado com a imagem corporal tem crescido exponencialmente e apresenta-se como uma das razões pela qual os pacientes têm recorrido à consulta de medicina dentária.⁽¹⁻⁵⁾ Um sorriso harmonioso, dentes claros, com contornos e formas adequadas são características de uma aparência saudável e natural, que quando não estão presentes podem proporcionar variações comportamentais, psicológicas e sociais.⁽⁵⁻⁸⁾ Deste modo, o restabelecimento da estética e da função apresenta-se como o objetivo primordial da dentisteria estética.^(3,9)

A Medicina Dentária tem evoluído bastante em técnicas e materiais ao longo dos anos, oferecendo um vasto leque de tratamentos, que nos tem permitido assim alcançar o nível de exigência do paciente.^(1,2,10,11)

O planejamento estético advém da avaliação clínica, ensaio fotográfico, estudo radiográfico, elaboração de modelos de estudos e encerramento diagnóstico. Na última etapa é confeccionado o mock up, que é de certo modo, o resultado do estudo por parte do profissional originando uma maquete do resultado final.^(1,9)

As facetas diretas em resina composta apresentam-se como uma opção de tratamento minimamente invasivo em dentição com alteração de forma e de cor. Este tipo de tratamento dentário consiste na aplicação uma ou mais camadas de resina composta na superfície dentária com ou sem desgaste dentário.^(2,11)

É importante salientar o papel do médico dentista no procedimento, uma vez que o conhecimento de técnicas, sistemas adesivos, materiais, entre outras, ditam o sucesso do tratamento. Na atualidade, existe uma vasta diversidade de técnicas de estratificação específicas para cada situação clínica, estando ao critério do operador qual a utilizar.^(9,12) Deste modo, torna-se fundamental uma visão multidisciplinar para obter um bom diagnóstico e plano de tratamento, originando resultados satisfatórios.^(3,8)

OBJETIVOS

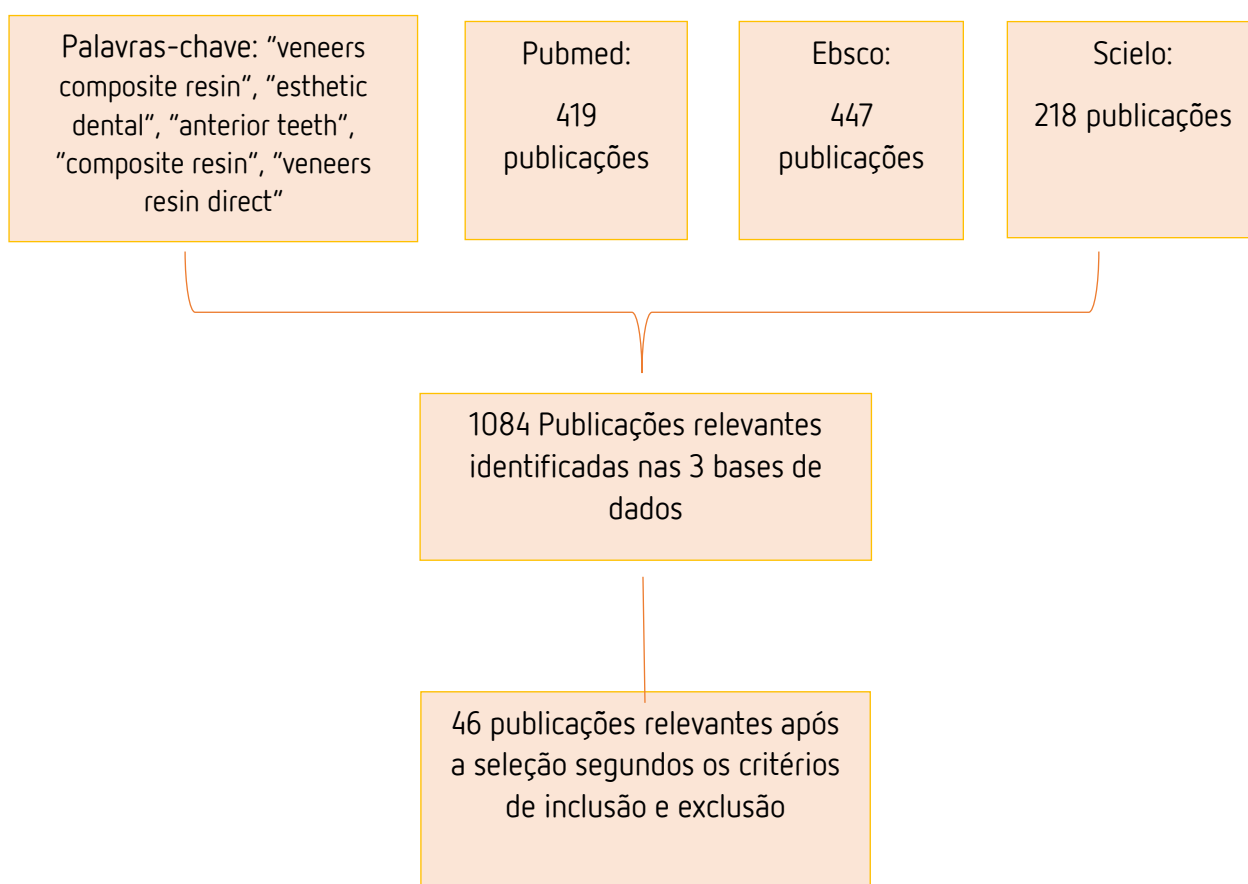
Estudar a aplicabilidade das facetas diretas em dentes anteriores em resina composta no restabelecimento estético-funcional em diferentes situações clínicas.

MATERIAIS/MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica foi realizada através do acesso online às bases de dados PubMed, Ebsco e Scielo, através do motor de busca Google. Os artigos analisados foram publicados de 2001 a 2017, com as seguintes palavras chave: "faceta resina composta" "estética dentária", "dentes anteriores", "resina composta", "facetadas diretas resina".

Critérios de inclusão (CI): Artigos que abordam a temática das resinas compostas e facetadas diretas em resina composta, que faziam referência às respectivas indicações clínicas, etapas de planejamento e de confecção. Artigos com idioma português ou inglês.

Critérios de exclusão (CE): Artigos inacessíveis, revisões bibliográficas, artigos repetidos e artigos que não abordavam o tema facetadas diretas em resina composta.



1. Resinas Compostas

Como as demais áreas da saúde, a medicina dentária encontra-se em constante evolução. As resinas compostas sofreram aperfeiçoamento, originando resultados finais mais satisfatórios.^(2,7,13-15) Para a correta elaboração do procedimento restaurador, o médico dentista deverá eleger corretamente a resina composta que melhor caracteriza o dente a ser reproduzido. Os compósitos de base resinosa são constituídos por três grandes componentes: matiz, agentes de ligação e partículas de carga de natureza inorgânica.^(2,16-21)

CLASSIFICAÇÃO Quanto à carga	TAMANHO DAS PARTICULAS	NOMES COMERCIAIS
Microparticulada	0,02 – 20 µm 0,04 – 0,2 µm 0,04 µm	Durafill Vs® (Kulzer) Renamel Microfill® Silux Plus® (3M)
Híbrida	0,005 - 10 µm 0,01 e 3,5 µm 0,01 – 3,5 µm 0,6 µm 0,04 – 5 µm	Charisma® (Kulzer) Z-100® (3M) Z-250® (3M) Herculite XRV dentina® (Kerr) TPH Spectrum® (Dentsply)
Microhíbrida	0,6 µm 0,04 -1 µm 0,4 – 0,8 µm 0,7 µm 0,7 µm	4 Seasons® (Ivoclar vivadent) Esthet X® (Dentsply) Point 4® (SDS Kerr) Vit-L-Escense® (Ultradent) Amelogen Plus® (Ultradent)
Nanoparticulada	4 nm – 10 µm 4 nm - 20 µm	Filtek Supreme® Z350® (3M ESPE)
Nanohíbrida	100 nm – 10 µm 0,02 – 50 µm	Empress direct® (Vivadent) Premise® (SDS Kerr)

Tabela 1: Classificação de resinas compostas

1.1. Microparticuladas

Os compósitos Microparticulados foram introduzidos no mercado em 1977. Este material é portador de uma elevada quantidade sílica coloidal como carga inorgânica. Na cavidade oral

são bastante suscetíveis a desgaste em processo de fadiga e apresentam facilidade na absorção de pigmentos, originando principalmente descoloração na porção marginal.⁽¹⁶⁻²²⁾ Apresentam-se como resinas estéticas, com facilidade de manipulação, brilho e apresentam um comportamento translúcido.⁽⁶⁾ No entanto, a sua utilização não se restringe apenas a esmalte, sendo possível a sua utilização também na dentina.^(6,16) Este grupo de compósito não está recomendado em bordos incisais devido á suscetibilidade de fadiga, uma vez que, apesar de serem bastante estéticas e possuíram alto brilho, não conseguem reproduzir as propriedades óticas do dente natural.⁽⁶⁾

1.2. Híbridas

Em 1979 foi lançada a resina Híbrida. Constitucionalmente um vasto conteúdo de carga orgânica (sílica coloidal e vidro). Na cavidade oral, a sua utilização está recomendada em situações de elevado stress oclusal, visto que possuem uma excelente resistência mecânica. Apresenta como desvantagem dificuldade de polimento e manutenção da restauração.⁽¹¹⁾ No mercado estas resinas surgem de duas formas distintas como corpos mais translúcidos tendo a organização das partículas uma forma regular e tamanho reduzido, ou possuindo corpos mais opacos.⁽¹⁶⁾

1.3. Microhíbridas

Na década de 90 surgiram as resinas Microhíbridas. Nasceram da necessidade de obter a resina com as características ideais, aliando as melhores propriedades das microparticuladas com as híbridas. Este grupo de compósitos possuem partículas muito pequenas, permitindo uma boa adaptação na interface dente-restauração. A distribuição e o tamanho das partículas de carga vão permitir um aumento da resistência à fratura e ao desgaste.^(6,23) As resinas microhíbridas apresentam-se como sendo mais opacas e com maior capacidade de manutenção e polimento. São resinas capazes de reproduzir as propriedades óticas da dentina (opacidade e croma).^(6,16,24)

1.4. Nanoparticulados

A nanotecnologia foi introduzida no mercado em 2005, com a inovação das resinas compostas. Os nanoparticulados possuem estruturalmente partículas de elevada carga, comportando-se mecânica e fisicamente com um excelente desempenho, uma elevada resistência à compressão, fratura e desgaste.^(18,25,26) Resina portadora de fácil manuseamento e escultura. A sua utilização permite um ótimo resultado final, visto que este material possui um excelente acabamento, texturização, polimento e manutenção do brilho.^(6,24-28) A sua apresentação no mercado é efetuada em diferentes graus de opacificação, sendo a sua estabilidade de cor uma das suas mais valias.

1.5. Nanohíbrido

O compósito Nanohíbrido nasceu do aperfeiçoamento da tecnologia nano com as melhores propriedades híbridas. As suas nanopartículas permitem a redução da aspereza da superfície.^(25,26) Mecanicamente possuem excelentes propriedades, como a sua resistência.^(15,18,19,29) Estas resinas conquistaram o mercado da Medicina Dentária pelos ótimos resultados obtidos referentes ao resultado estética, durabilidade e capacidade de polimento.^(15,16,19,26)

2. Planeamento do Sorriso

No tratamento estético dentário é de extrema importância a boa comunicação entre o médico dentista e o doente/paciente, de modo a que este partilhe os seus objetivos no tratamento e o seu grau de expectativa.^(2,4,5) A criação do plano de tratamento deverá possuir uma abordagem multidisciplinar, tendo em consideração vários fatores gerais, como a história clínica, idade, grau de higiene oral e situação socioeconómica.^(2,7,11,13,19)

A formulação do plano de tratamento é conseguida com o correto planeamento do caso sendo essencial a avaliação clínica, ensaio fotográfico, estudo radiográfico, elaboração de modelos de estudos e encerramento diagnóstico e confecção do mock up.^(5,7,9)

2.1. Seleção da Cor

O dente natural é policromático, possuindo uma vasta variedade de cores e nuances que são perceptíveis e interpretadas pelo cérebro humano.^(2,30) A cor resultante da reflexão ou absorção de luz pelo dente é fortemente influenciada pelas suas características estruturais, apresentando diferentes tonalidades no esmalte, polpa e dentina.⁽¹⁷⁾ A cor deve ser compreendida como o resultado da interação de elementos conhecidos: matiz, croma, valor, translucidez, opalescência e fluorescência.^(2,14,17,31,32)

A matiz pode ser definida como a família a que a cor pertence, apresentando-se por exemplo como amarelo, amarelo-acinzentado, sendo apresentada na escala VITA por A,B,C,D.^(16,33)

O croma é entendido como o grau de saturação ou a intensidade da matiz exprimido por uma cor (azul claro, azul escuro, etc) representado em ordem crescente de saturação. O croma é apresentado em cada matriz como b1,b2,b3,b4.⁽³⁴⁾

O valor é a última dimensão a ser descrita, apresenta-se como uma dimensão dinâmica dos corpos, que corresponde à luminosidade da cor. Encontra-se relacionada com o pigmento branco ou preto incorporado.⁽³⁴⁾ A dentina confere a cor de base para o elemento dentário, representando a matriz. O esmalte modula o croma e o valor de acordo com a sua maior ou menor espessura.⁽²⁾

A Translucidez caracteriza-se por proporcionar a passagem de luz incidente pelo interior do dente.⁽³⁵⁾ Propriedade compreendida entre a integral opacidade e a plena transparência, sendo uma característica individualizada. Em termos práticos a espessura de esmalte, textura superficial, a cor determina o grau de translucidez.⁽³¹⁾

A Fluorescência define-se como a capacidade que os objetos possuem de absorver energia radiante num comprimento de onda visível e emití-la num comprimento de onda diferente. Na Medicina Dentária, esta propriedade é reconhecida quando a luz é incidente no dente, este absorve e emite num comprimento onda mais baixo do que o inicial, concedendo um aspeto luminoso e brilhante. A fluorescência apresenta-se aumentada na dentina do dente natural, em comparação ao esmalte.^(31,35)

A Opalescência apresenta-se com uma propriedade que alguns objetos dispõem de transmitir apenas alguns comprimentos de onda e refletirem outros. A opalescência dentária encontra-se circunscrita ao esmalte, encontrando-se subordinada aos diferentes tipos de interações de luz com os tecidos. Esta propriedade confere ao dente um tom azulado (luz refletida) e alaranjado (luz transmitida).⁽³⁶⁾

Em situações mais complexas de seleção da cor, preconiza-se a elaboração do mapa cromático preconiza-se.⁽⁹⁾ Ao ser realizado, as dimensões como matiz, croma, opacidades e translucidezes dos dentes a serem restaurados devem ser catalogados para a posterior seleção dos materiais a serem utilizados. É essencial ter especial atenção ao terço incisal devido à sua dificuldade de caracterização, uma vez que é um processo mais complexo.^(3,14)

Em situações mais simples, a seleção da cor deve ser realizada, idealmente, o auxílio da escala dos próprios compósitos, elucidando sobre os tons a serem testados. A escolha deverá ser realizada com o dente húmido, sem condicionamento prévio e realizada uma fotopolimerização das resinas por 20 segundos.^(7,14) A seleção da cor deverá ser realizada antes da utilização do isolamento absoluto para que não ocorra desidratação do dente nem posterior influência da cor do dique, reduzindo as probabilidades de erro da seleção de cor.⁽¹⁴⁾ Os compósitos referentes à substituição de esmalte devem ser inseridos na porção incisal ou médio e os referentes à dentina colocados na porção cervical. Outra ferramenta que poderá auxiliar a seleção da cor é a utilização do mock up. As escalas de cor apesar de serem importantes para auxiliar a seleção, não são reproduções fidedignas dos compósitos.^(18,30)

2.2. Proporção Estética do Sorriso

Um sorriso pode ser considerado estético em situações de proporção relativa, em que o tamanho, forma, posição e cor se encontram em simetria e harmonia com as características faciais.⁽¹⁹⁾

O posicionamento e alinhamento da dentição no arco dentário pode influenciar a aparência geral do sorriso. A dentição antero-superior poderá estar relacionada com características como por exemplo, da personalidade do indivíduo através dos incisivos centrais; elementos

artísticos e intelectuais através dos incisivos laterais e finalmente os caninos representam ambição e obstinação.^(14-16,19)

2.3. Modelos de Estudo e Enceramento Diagnóstico

A elaboração dos modelos de estudo apresenta-se como sendo uma ferramenta importante para a obtenção do máximo de informação sobre todos os componentes do sorriso do paciente.⁽¹⁸⁾ Nesta etapa são impressos todos os detalhes gengivais e dentários, como forma, posição e relações dentárias.^(4,8,11,14)

O enceramento diagnóstico é efetuado utilizando o modelo de trabalho, permitindo idealizar a forma, posição e proporção das futuras restaurações.^(4,18) A confecção da chave de silicone em situações mais complexas (classe IV extensas, fechamento de diastemas, delineamentos estéticos) pode ser obtida através do enceramento de diagnóstico, após um correto planeamento.^(11,14,18)

2.4. Ensaio Diagnóstico Intra-oral/Mock-up

A finalização das etapas do planeamento é conseguida pela realização da simulação da restauração, o mock up.^(14,18) A confecção deste protótipo é conseguida através do material de moldagem de impressão (silicone), seguido da impressão do enceramento diagnóstico, presente no modelo de gesso previamente encerado.^(10,16) Após tomar presa e ser recortado, é carregado com resina bis acrílica e reposicionado na boca do paciente. A realização do mock up é de extrema importância. É a partir dele que iremos conseguir confirmar se as proporções e as formas propostas para a dentição estão em harmonia com o biótipo facial. Neste momento é necessária a aprovação do nosso paciente para a execução do tratamento.^(9,18,23)

3. Facetas Diretas em Resina Composta

3.1. Conceito

A faceta direta em resina composta nasceu do objetivo de preservar o máximo de estrutura dentária, consistindo na aplicação uma ou mais camadas de resina composta na superfície dentária alcançando uma potenciação da estética e da função.^(1,13,19,24,32,36,37)

3.2. Vantagens

Este tratamento tem como vantagem a preservação da estrutura dentário e/ou o desgaste mínimo, um menor tempo clínico para a sua execução, um custo inferior aliado à excelente estética e longevidade clínica, sem necessitar de longas etapas de laboratório. Assim, o médico dentista tem a possibilidade de controlar a forma e a cor do dente restaurado.^(1,3,10,19,21,22,27-29)

3.3. Limitações

A técnica direta utilizando facetas de resina composta apresenta algumas limitações de utilização como: em pacientes com hábitos parafuncionais; em pacientes fumadores e/ou com alto risco de pigmentação da restauração devido a hábitos alimentares, dentes muito escurecidos, não sendo possível uma correta reprodução de características óticas e anatômicas. Dentes com severo apinhamento, vestibularização ou rodados e em pacientes que apresentem deficiente higiene oral são também limitações na utilização de facetas de resina composta.^(2,11,20,23,30,38)

3.4. Indicações

As facetas diretas em resina composta foram desenvolvidas para resolver problemas estéticos avançados como: alteração da forma e descolorações em dentes anteriores, dentes rodados, fraturas coronárias, malformações congênitas ou adquiridas, diastemas, restaurações deficientes e erosões.^(1,2,4,7,19,25,30)

3.4.1. Dentição com Alteração de Forma

A realização de facetas diretas em resina composta apresenta-se como uma das várias soluções disponíveis para o fechamento de diastemas, dentes rodados, fraturas dentárias, realinhamento dos dentes e anomalias de forma e volume.^(8,10,18,37)

3.4.1.1. Diastemas

A presença de diastemas na dentição adulta apresenta-se como uma alteração frequentemente observada, definindo-se como uma ausência de contacto entre dois ou mais dentes adjacentes.^(18,23,38,39) Na idealização do sorriso estético, a existência de diastema no sector antero-superior pode acarretar modificações psicológicas e desconforto na vida social do paciente, normalmente, não interferindo na função mastigatória.^(8,18) A origem do diastema pode estar relacionada com anomalias dentárias, estruturas ósseas anormais, hábitos parafuncionais e freios com inserção anormal.⁽³⁸⁾ A abordagem deverá ser multidisciplinar, podendo estar envolvidas várias áreas da medicina dentária (ortodontia, prótese, dentisteria, periodontologia cirurgia, etc), sendo crucial a elaboração de um correto plano de tratamento.^(8,18) Após as etapas de estudo, enceramento diagnóstico, a realização do mock up apresenta-se como uma ferramenta muito vantajosa para aprovação da nova aparência e adaptação referente à diferença de passagem do ar e posterior avaliação da fonética. Nesta situação recomenda-se que o paciente se adapte às novas circunstâncias durante alguns dias.⁽²³⁾ De ressaltar que o fechamento de diastemas deve sempre estabelecer as proporções e simetria adequadas.^(8,18) Neste procedimento clínico não é mandatário o desgaste da estrutura dentária, em situações mais complexas o desgaste deverá ser circunscrito apenas a esmalte, tendo um valor compreendido de 0,3-0,5mm.⁽³¹⁾ A obtenção da chave de silicone irá facilitar a execução do tratamento restaurador, diminuir o tempo de consulta e precisar os contornos anatómicos a serem reproduzidos do enceramento diagnóstico previamente realizado.^(8,18) A utilização da chave de silicone deve ser realizada após a colocação de fio retração no sulco gengival dos dentes com o auxílio de um instrumento.^(4,18) A etapa de confecção da restauração com chave de silicone irá permitir o controlo da forma, cor e desenvolvimento de efeitos luminosos superficiais.⁽¹⁸⁾ O procedimento conclui-se com a realização de acabamento e polimento, sendo reproduzidos todos os detalhes anatómicos e características das peças dentárias.⁽¹⁹⁾ A utilização de

procedimentos diretos como as facetas em resina apresentam-se sendo um tratamento de eleição quando é pretendido que a estrutura dentária seja preservada e o desejo de reversibilidade do processo a qualquer momento.^(8,18,37)

3.4.1.2. Dentição Rodada

Os dentes rodados surgem das anomalias de desenvolvimento, podendo gerar distúrbios funcionais e estéticos. Pequenas rotações podem ser solucionadas com o desgaste seletivo, outras mais complexas, com abordagem ortodôntica.^(8,14) A realização de tratamento ortodôntico acarreta um longo tratamento e elevados custos. No entanto, sempre que possível, deverá ser recomendado em pacientes jovens a correção ortodôntica.⁽¹⁴⁾

As facetas diretas em resina composta apresentam uma alternativa ao tratamento, possuem baixo custo e um resultado estético num curto espaço de tempo. A correção estética deverá ser planeada após a realização do enceramento diagnóstico, sendo possível perceber se a apesar da anomalia, o resultado final será satisfatório.^(14,15) A preparação da peça dentária será realizada tendo em conta a posição da porção que excede o arco dentário. A porção que se encontre vestibularizada deverá ser reduzida, assim como, se a porção palatina estiver palatinizada, essa mesma porção deve sofrer desgaste.⁽¹⁴⁾ Preconiza-se a utilização de chave de silicone e colocação de fio de retração na porção gengival antes da elaboração da restauração.^(14,15)

3.4.1.3. Fraturas Coronárias

Fraturas em dentes anteriores são situações clínicas bastante comuns, que a tecnologia adesiva é capaz de solucionar através da confecção de facetas diretas em resina composta. Jovens, adolescentes e pré-adolescentes representam um grupo significativo de pacientes que possuem fraturas dentária devido a quedas, colisões contra objetos ou pessoas, prática desportiva, acidentes e violência.⁽¹¹⁾

A complexidade das fraturas, o grau de envolvimento coronário, vitalidade pulpar e grau de expectativa do paciente são fatores a ter em consideração no exame clínico. A realização de testes de percussão, térmicos e verificar o grau de mobilidade dentária encontra-se indicado para determinar o grau de vitalidade e avaliar a necessidade ou não, para a realização de tratamento endodôntico.^(6,32)

A confecção de modelos de estudo, enceramento diagnóstico e mock up estão recomendados. A preparação dentária encontra-se dependente da extensão da fratura, podendo haver um desgaste mínimo circunscrito ao esmalte, um simples biselamento no bordo incisal ou nenhum tipo de desgaste da estrutura dentária.^(11,32) Na seguinte etapa do tratamento, deve ser empregado o fio de retração na margem gengival, assim como a utilização da chave de silicone para a reprodução fidedigna da peça dentária.⁽³²⁾ Este procedimento na reconstrução de dentes fraturados permite que o resultado final oculte a linha de fratura e a possibilidade de reproduzir a textura original da superfície dentária. Em pacientes jovens permite a maturação e desenvolvimento natural da peça dentária, sendo essencial para a sua vitalidade e capacidade de futuramente, possuir estrutura suficiente para um possível tratamento mais invasivo.⁽¹¹⁾

3.4.1.4. Realinhamento dos dentes

O restabelecimento da estética dentária através do realinhamento dos dentes pode ser requerido pelo paciente como um tratamento isolado ou em casos mais complexos envolvendo um plano de tratamento mais complexo.⁽¹⁹⁾

A sequência de procedimentos volta a ser repetida, começando pelo exame clínico detalhado, planeamento do sorriso, elaboração do modelo de estudo, enceramento diagnóstico e confecção do Mock up.⁽⁹⁾ O envolvimento do aumento da porção incisal dos dentes anteriores, é fundamental estabelecer a harmonia dos contactos oclusais instruindo a aplicação de movimentos de protusão e lateralidade, de forma a evitar a falha restaurativa.⁽¹⁶⁾

A individualidade e complexidade de cada tratamento condiciona os diferentes tipos de abordagem de desgaste, existindo a possibilidade não efetuar nenhum tipo de desgaste ou realização de desgaste mínimo fornecendo apenas abrasividade ao esmalte para posteriormente fornecer mais eficiência da adesividade.⁽⁹⁾ A utilização de fio retrator permite uma melhor adaptação marginal da faceta junto ao sulco gengival.⁽²³⁾ A confecção da chave de silicone, numa situação em que vários dentes comumente se encontram envolvidos, permite por parte do operador um maior controle de forma, textura e dimensões, proporcionando uma reprodução mais fidedigna das características pretendidas.⁽¹⁰⁾

3.4.1.5. Anomalias de Forma e Volume

Uma das anomalias presentes na dentição antero-superior designam-se por dentes conoides, apresentando uma taxa de prevalência de 1,03%.⁽⁷⁾ Definida como uma alteração relacionada com o desenvolvimento dentário classificada como microdontia isolada, apresentando como característica primordial uma coroa pequena em forma de cone, estando o diâmetro mesiodistal reduzido e as superfícies proximais convergem para o bordo incisal.^(5,15) Alteração herdada por gene autossômico dominante, mais comum no gênero feminino, apresentação normalmente unilateral mais frequentemente no incisivo lateral superior.^(5,7)

A anatomização através da confecção de facetas em resina composta permite a transformação da forma e tamanho da coroa dentária, permitindo obter um ótimo resultado estético e reversibilidade do processo quando pretender.^(5,15)

O correto diagnóstico da anomalia e a elaboração do plano de tratamento de forma individualizada permite a obtenção de melhores resultados assim como, da mesma forma poderemos ir de encontro com o grau de expectativa por parte do paciente.^(5,7)

Após a elaboração de todas as etapas de planejamento do sorriso, com o auxílio do encerramento diagnóstico, é necessário compreender se será necessário proceder ao desgaste da peça dentária para a confecção da restauração. Apresentando alguns dentes conoides uma possível proeminência cervical convexa, nesta situação o desgaste da

estrutura está preconizado.⁽¹⁵⁾ O preparo dentário pode por vezes, também ocorrer sem desgaste da estrutura dentária, em situações que existe um espaço adequado para a impregnação da resina composta.⁽⁵⁾

A utilização de fio de retração permite uma melhor adaptação marginal da faceta junto ao sulco gengival.^(5,15,23) A elaboração da chave de silicone vai tornar-se imprescindível para o controlo de forma, dimensões e proporções do dente a confeccionar.^(4,7,15)

3.4.2. Dentição com alteração cromática

3.4.2.1. Descolorações extrínsecas

As descolorações extrínsecas são oriundas da deposição de pigmentos ou compostos que interagem quimicamente com a superfície dentária causando esta modificação. O seu grau de severidade encontra-se relacionado com a composição e fluxo salivar, dieta alimentar e hábitos tabágicos.⁽³¹⁾ A utilização continuada de Clorhexidina ou a acumulação de iões de mercúrio, magnésio e ferro podem originar descoloração na superfície dentária de tom castanho ou preto.⁽³¹⁾ A descoloração fisiológica é um dos desconfortos e queixas do paciente. Neste subgrupo de alteração cromática torna-se essencial uma abordagem multidisciplinar, sendo inúmeras vezes recomendado a realização de branqueamento dentário vital, possuindo a capacidade de atenuar a descoloração fisiológica.⁽¹⁰⁾

3.4.2.2. Descolorações intrínsecas

As descolorações intrínsecas afetando um grupo de dentes ocorre após uma alteração na composição estrutural ou espessura dos tecidos dentários durante a odontogénese, originando alterações óticas na dentição.^(3,4,30) Este tipo de descoloração num único dente está frequentemente relacionado com o trauma dentário, em consequência da rutura dos vasos sanguíneos ou pela realização de tratamento endodôntico radical.^(4,31) Após a realização de um tratamento endodôntico, a peça dentária pode sofrer alteração da cor pela

remoção incompleta da polpa coronal, hemorragia intra-pulpar, dentina esclerótica ou a utilização de materiais obturadores e restauradores. Numa tentativa de abordagem mais conservadora, o branqueamento interno apresenta-se como uma solução aliada à elaboração de faceta direta em resina.^(4,24,30,31)

Quando a descoloração afeta mais que um dente, pode ser causada por distúrbios como a amelogenese imperfeita, dentinogênese, fluorose ou tetraciclinas.⁽¹⁹⁾ As manifestações anteriormente descritas diferenciam-se pelo tom da descoloração, apresentando, no caso da amelogenese imperfeita um tom de branco ou amarelado dependendo do tipo de severidade. A dentição afetada por fluorose é representada por manchas brancas ou castanhas, enquanto que as tetraciclinas são responsáveis por descoloração amarela, castanha ou cinzenta. O diagnóstico diferencial torna-se um elemento fundamental para formulação do plano de tratamento.^(3,31,40)

Na tentativa de mascarar a alteração de cor, ocorrem erros como o aumento de volume da peça dentária. Baratieri e Felipe descreveram na sua técnica de opacificação para mascarar dentes escuros, sem o uso de opacificadores, a utilização de um incremento mais espesso de material restaurador.^(3,9,11,31) Esta técnica torna-se possível pelo maior desgaste da estrutura dentária (aumentando a profundidade da preparação) ou pelo sobrecontorno desta.^(19,40) A preparação dentária utilizando guias de profundidade elaborado com broca esférica apresenta vantagem, reduzindo a probabilidade de uma preparação aleatória e maior probabilidade de insucesso do tratamento.^(17,40) O desgaste/preparação do dente deve envolver a superfície vestibular e proximal, tendo como objetivo fornecer adequado espaço (0,5-0,7mm) para a colocação de resinas opacas e distribuição da resina translúcida. Para um resultado estético utilizando resinas compostas, é necessário resinas com maior grau de opacificação.^(1,10,30,40) Quando a resina convencional não consegue mascarar a descoloração ou em situações que exista necessidade de preservar a estrutura dentária, Felipe et Baratieri recomendaram a utilização de opacificadores.^(9,40) Apresenta-se como um material altamente pigmentado, possuindo na sua constituição óxidos metálicos responsáveis pela sua potente capacidade de opacidade, tonalidade e saturação.⁽³¹⁾ No mercado este material pode ser apresentado de diferentes formas: pó/liquido (Sinfony ®, 3M ESPE AG®), pasta base-catalizador (Opaquer Dual cured®, BISCO®) e apresentação

em consistência fluída (Cosmedent®, Chicago®).⁽⁴⁰⁾ O uso de opacificadores vai permitir uma reprodução mais fidedigna, podendo reproduzir-se melhor as características óticas dos dentes naturais e melhor manipulação de resinas de dentina e esmalte.⁽⁹⁾ O método de impregnação deste material exige a colocação de uma fina (aproximadamente 0,3mm) camada deste material aplicado com o auxílio de pinceis e seguidamente foto polimerizado por 60 segundos. Aplicação deve ser incrementalmente não excedendo as duas camadas, sendo que quando não são obtidos os resultados pretendidos, não se deve adicionar mais camadas, mas sim, elevar o tom do material.^(17,30,40) A seleção do opacificador é guiado pela cor do material restaurador e a quantidade pelo grau de escurecimento da peça dentária (uma ou duas camadas). A seleção do tipo de apresentação do material terá de ter em consideração o fator de grau de escurecimento da peça dentaria, sendo que em casos mais severos recomenda-se a utilização de pó/ líquido pela sua elevada capacidade de camuflagem.^(10,31) A utilização do material opaco deve permitir ao operador espaço suficiente para a colocação da resina composta (0,4mm).⁽⁴⁰⁾ Para dentes com intensa alteração de cor preconiza-se o desgaste mais acentuado da face vestibular, sendo necessário, por vezes a exposição da dentina para promover um maior volume de resina inserida.^(11,20,30) A quantidade excessiva de opacificadores pode causar demasiada opacificação do dente e dar um aspeto demasiado fosco. No entanto, a aplicação irregular do material resulta numa aparência manchada e originando um tom acinzentado nas áreas não cobertas pelo opacificador.^(10,31,40)

3.5. Técnicas de Estratificação

Atualmente, na medicina dentária ainda se aplica a técnica monocromática para restaurar dentes anteriores.⁽¹²⁾ A utilização de técnicas de estratificação com o auxílio a diferentes materiais restauradores e complexidade cromática do dente natural, pode se tornar bastante complicado e desafiador. As diferentes técnicas de estratificação possuem o mesmo objetivo final, a reprodução do dente natural.^(12,41)

A **Técnica Monocromática** tornou-se a mais usual e praticada na restauração de dentes anteriores, caracterizando-se pelo uso apenas de uma resina composta para substituir a estrutura dentária perdida.^(12,42) Como nesta técnica o esmalte e a dentina são substituídos pela mesma resina, ficam comprometidas as propriedades ótica e a cor em relação ao dente natural, levando à insatisfação do paciente em questões estéticas.⁽¹²⁾ Atualmente, tem sido possível ao médico dentista utilizador desta técnica melhorar os seus resultados, devido aos recentes avanços dos materiais restauradores, como por exemplo, as resinas Nanohíbridas. Este material permite que exista refração e reflexão de luz, tal como na dentição natural. Estas resinas permitem a reprodução dentária, usando apenas uma resina composta. sendo aplicada em diferentes graus de espessura conforme os terços a serem restaurados. No caso do bordo incisal é utilizado uma fina camada de resina, enquanto que na porção de dentina, a utilização de uma camada espessa vai permitir absorver a luz, remetendo para uma aparência mais escura e mais saturada.^(12,42)

A **técnica de estratificação Dual Shade** é realizada com o uso de dois compósitos diferentes para substituir a estrutura perdida, sendo muito utilizada quando o operador possui poucos anos de experiência. A destreza e a habilidade do profissional será um fator a considerar nesta técnica. A resina mais opaca é utilizada para recriar a dentina perdida, enquanto que a utilização da resina mais translúcida se prende com a reprodução do esmalte.^(12,42)

Conceito **Estratificação Natural** foi descrito por Didier Dietschi, que consiste na utilização de dois compósitos para restaurar a estrutura dentária perdida.⁽⁴³⁾ Neste conceito é utilizado o dente natural como um modelo de reprodução, tendo as propriedades óticas da dentina e esmalte em consideração.⁽¹²⁾ A técnica envolve a colocação de uma camada de resina de esmalte na porção lingual, seguida pelo uso de um compósito com um valor de croma elevado para a reprodução de dentina e a finalização da restauração com a utilização de um compósito translúcido para a reprodução do esmalte.⁽⁴⁴⁾ Em situações de necessidade de reproduzir efeitos óticos individuais, como áreas hipocalcificadas ou de alta opalescência, devem ser utilizados materiais caracterizadores para uma reprodução fidedigna.^(43,44)

Lorenzo Vanini introduziu o **Conceito de Anatomia Estratificada**. Esta técnica baseia-se na recriação de dentina e esmalte perdidos, tendo em consideração cinco elementos essenciais: cromacidade- maior croma para a dentina; valor- associado ao esmalte, havendo uma redução com a idade; pigmentações -áreas brancas no esmalte devido a defeitos de mineralização; opacidade- responsável pela criação de um halo transparente; e por último as caracterizações- incluem os mamelões, margens, manchas e fendas reproduzidas no esmalte.^(12,36) Nesta técnica é criado um mapa cromático baseado nos aspetos cromáticos do dente natural. A restauração da peça dentaria é inicialmente começada pela criação do esmalte lingual/palatino e seguindo-se pelas margens interproximais, utilizando o mesmo compósito.⁽³⁶⁾ Compósitos com alta opacidade são utilizados para a criação da dentina.

As caracterizações deverão ser introduzidas no procedimento restaurador, na mesma fase em que a dentina estará a ser criada. Por fim, uma camada de compósito com alta translucidez será aplicada para a criação de esmalte. Esta técnica tal como todas as outras, requer a etapa de acabamento e polimento.⁽¹²⁾

A técnica de **Estratificação Histológica** foi proposta por Jeff T. Blank, baseada na substituição da estrutura dentária perdida utilizando camadas de resina, sendo este material idêntico em cor e opacidade ao dente natural.⁽¹²⁾ Quando existe a necessidade de recriar esmalte só deverá ser utilizado um compósito, mas em casos que o atingimento

ocorra também na dentina, dois tons diferentes deverão ser aplicados.⁽⁴⁵⁾ Esta técnica oferece vantagens para médicos dentistas com pouca capacidade artística, visto que defende o conceito de “Mínima Habilidade Artística”, permitindo alcançar ótimos resultados.⁽⁴⁶⁾

Newton Fahl Jr. defende a utilização de uma **Técnica de Estratificação Policromática**. Nesta técnica são utilizadas diferentes tonalidades de compósito. Desta forma, o médico dentista irá obter um melhor resultado estético e um maior controle sobre a restauração final.⁽¹²⁾

Defendida na medicina dentária, como a melhor forma de restabelecimento da estética dentária, pelo facto de, como na nossa dentição normal, também ser policromática e possuir variações de espessura dentária, originando diferente croma e translucidez.⁽⁴⁶⁾ É selecionado apenas um tom de dentina, com um croma maior que o do dente natural.⁽¹²⁾ A elaboração da superfície a substituir o esmalte, deverá ser conseguida pela combinação de tonalidades providas de croma e sem croma. Desta forma, o terço cervical deverá ser cromático, onde há mais saturação da cor e uma opacidade superior. Em contrapartida, o terço incisal deverá ser acromático, com maior translucidez, para que seja possível a visibilidade de mamelões.⁽¹²⁾

3.6. Acabamento e Polimento

A confeção do acabamento e polimento torna-se essencial para a reprodução da forma, função e longevidade da restauração. Um acabamento e polimento bem realizados apresentam menor probabilidade de incorporação de pigmentos, reduzida acumulação de placa bacteriana, superior resistência ao desgaste e benefícios na integridade marginal.^(2,9)

Após a conclusão do procedimento restaurador, a remoção dos excessos cervicais são realizados com o auxílio da lâmina de bisturi nº12, no sentido da resina para o dente, para evitar falhas na restauração.^(2,7,10)

Com o auxílio de um lápis, traçar com as três inclinações cervicoincisais (cervical, média e incisal) na faceta recentemente restaurada e com o auxílio de discos abrasivos proceder

ao desgaste.^(4,22,38) O próximo passo a ser efetuado corresponde ao acabamento da superfície palatina e a ajuste oclusal com o auxílio de papel articular. Seguidamente são marcados os traçados para indicar as linhas de ângulo e terminar com o refinamento da anatomia dentária com brocas com pontas diamantadas de granulação fina. A criação da texturização da superfície é realizada com a criação de paraquimácias (tendem a desaparecer com o desgaste da superfície vestibular) e sulcos. O acabamento e polimento da superfície interproximal deve ser realizada com tiras de lixa de diferentes tipos de granulação. Na fase de polimento a primeira etapa visa a utilização de borrachas de polimento de granulação média ou fina. O polimento final deverá ser efetuado dias após a conclusão da restauração para promover uma melhor adaptação marginal.^(18,19,22) Para a obtenção de um elevado brilho são utilizadas escovas de carbeto de silício e finalização opcional com um disco de feltro com uma pasta de óxido de alumínio.^(4,14,16,38)

CONCLUSÃO

A técnica restauradora de facetas diretas em resina composta em dentes anteriores é uma alternativa ao tratamento com facetas indiretas em cerâmica. Está indicada para tratamento de discromias, alteração de posição, anomalias de forma e volume, diastemas, fraturas coronárias e realinhamento da dentição.

Tem principais vantagens a preservação da estrutura dentária e a reversibilidade, bem como a particularidade de ser um tratamento mais económico para o paciente.

A confeção do mock up revela-se uma etapa fundamental no planeamento do sorriso, pois, permite ao profissional obter a valiosa opinião do paciente e se vai de encontro com as suas expectativas.

A técnica restauradora com confeção de facetas em resina composta apesar de apresentar inúmeras vantagens e podendo ser uma solução em várias situações, não se apresenta como um tratamento padronizado, encontra-se totalmente dependente do diagnóstico e capacidades técnicas do operador.

BIBLIOGRAFIA

1. Bispo LB. Facetas estéticas: status da arte. Rev Dentística. 2009;8(18):1–14.
2. Lima R. et al. Reabilitação Estética Anterior pela Técnica do Facetamento – Relato de Caso. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 363-370, jul. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbc>
3. Netto L, Reis R. Restabelecimento estético- funcional de dentes ântero- superiores com rara alteração de cor e forma . Relato de caso clínico . Rev Dentística line. 2011;20(1518–4889):50–3.
4. Bandéca M. et al. Clareamento e Restauração Adesiva Direta para Correção de Desarmonias Estéticas. Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry, Florianópolis, 11 jun. 2018. International Journal of Brazilian Dentistry, p. 324-334.
5. Progiante PS, Oliveira C, Lolli LF. Reanatomização estética multidisciplinar em dente lateral conoide. Rev Dent Press Estét. 2013;10(4):50–7.
6. Marturelli R. et al. Alternativa estética para reconstrução de dentes anteriores fraturados. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, Brasil, v. 13, n. 025, p. 123-130, jul. 2007.
7. Franco J, Lemos H, Temoteo G, Bombonatti J, Martinelli AC, Rodrigues L, et al. Reanatomização de incisivos laterais conóides : relato de caso. UFES Rev Odontol. 2008;10(2):64–8.
8. Sousa S, Magalhães D, Silva G, Soares C, Soares P, Santos-filho P. Cirurgia Plástica Periodontal Para Correção de Sorriso Gengival Associada à Restaurações em Resina Composta : Relato de Caso Clínico Periodontal Plastic Surgery Associated With Composite Resin Restorations : Case Report. Rev Odontol Bras Cent. 2010;19(51):362–6.
9. Sene F, Kasuya A. Esthetic remodeling of maxillary incisors with composite resin: color, shape and proportion correction. J Clin Dent Res. 2016 Apr-June;13(2):70-7.
10. Cardoso P, Decursio R, Pacheco A, Monteiro L, Ferreira M, Lima PL, et al. Facetas Diretas de Resina Composta e Clareamento Dental : Estratégias para Dentes

- Escurecidos Direct Composite Resin Veneers and Dental Whitening : Strategies for Discolored Teeth. *Rev Odontológica Bras Cent* [Internet]. 2011;20(55):341–7. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2012/v20n55/a3117.pdf>
11. Strain R. Class IV Composite Repair. *Accredit Essentials* [Internet]. 2014;30(1):14–21. Available from: <http://www.aacd.com/proxy.php?filename=files/DentalProfessionals/jCD/Vol.30/issue1/30-1strain.pdf>
 12. Aslam A. Layers to a beautiful smile: Composite Resin Stratification. *Pakistan Oral & Dental Journal*, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 335-340, abr. 2016.
 13. Korkut B, Yanıkoğlu F, Günday M. Direct composite laminate veneers: three case reports. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2013;7(2):105–11.
 14. Paixão T, Vieira F, Tomaz J, Paula A, Carrilho E. Correção estética do malposicionamento dentário em dentística operatória. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac* [Internet]. 2009;50(2):93–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890\(09\)70108-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(09)70108-6)
 15. Lima AF, D'Arce MB, Humel MM, Marchi G. Uso de resinas compostas no restabelecimento das características anatômicas de dentes laterais conóides. *Rev Dent Press Estét*. 2011;8(4):116–23.
 16. Hirata R. et al. Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas: Uma Seqüência de Escolha e Aplicação de Resinas. *JBC - Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia*, [S.l.], v. 5, n. 25, p. 15-25, jan. 2001.
 17. Felipe L, Baratieri L. Direct resin composite veneers: masking the dark prepared enamel surface. *Quintessence Int*. 2000;31:557–62.
 18. Araújo E. et al. Fechamento de diastemas com restaurações diretas de resina composta – relato de caso clínico. *Revista Gestão & Saúde, Curitiba*, v. 1, n. 3, p. 33-38. 2009.
 19. Sheikh Z. et al. Direct Composite Resin Veneer Technique: A Clinical Case Report of Management of Misaligned Dentition. *International Dental Journal of Student's Research*, [S.l.], p. 34-39, jan. 2015.

20. Caneppele T. et al. Abrasion resistance of direct and indirect resins as a function of a sealant veneer. *Indian J Dent Res* [Internet]. 2014;25(3):381. Available from: <http://www.ijdr.in/text.asp?2014/25/3/381/138345>
21. Ghavami-Lahiji M, Hooshmand T. Analytical methods for the measurement of polymerization kinetics and stresses of dental resin-based composites: A review. *Dent Res J (Isfahan)* [Internet]. 2017;14(4):225. Available from: <http://www.drjournal.net/text.asp?2017/14/4/225/211628>
22. Bhuvanewaran M. Minimal Intervention: Maximum Esthetics. *Journal of Cosmetic Dentistry*, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 26-36, jun. 2016.
23. Santos F. et al. Correction of gummy smile prior to restorative procedures: case report. *RSBO*, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 125-130, jan. 2016.
24. Coelho-De-Souza F, Gonçalves D, Sales M, Erhardt M, Corrêa M, Opdam N. et al. Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: A retrospective clinical evaluation. *J Dent* [Internet]. 2015;43(11):1330–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2015.08.011>
25. Josipovic R, Kuzmanovic-Radman I, Jankovic O, Djeri A, Knezevic N. Marginal seal of direct composite veneers. *Stomatol Glas Srb* [Internet]. 2014;61(4):183–9. Available from: <http://www.doiserbia.nb.rs/Article.aspx?ID=0039-17431404183J>
26. Atabek D, Bani M, Öztaş N, Ekçi E. The effect of various polishing systems on the surface roughness of composite resins. *Acta Odontol Turc*. 2016;33(2):69–74.
27. Schwantz J, Oliveira-Ogliari A, Meereis C, Leal F, Ogliari F, Moraes R. Characterization of bis-acryl composite resins for provisional restorations. *Braz Dent J*. 2017;28(3):354–61.
28. Baloš S. et al. Improving mechanical properties of flowable dental composite resin by adding silica nanoparticles. *VOJNOSANITETSKI PREGLED*, [S.l.], v. 70, n. 5, p. 477-483, fev. 2012.
29. Sookhakiyan M, Tavana S, Azarnia Y, Bagheri R. Fracture Toughness of Nanohybrid and Hybrid Composites Stored Wet and Dry up to 60 Days. 2017;4(1):341–6.

30. Hoepfner M. et al. Tratamento Estético de Dente com Alteração Cromática: Faceta Direta com Resina Composta. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 1 dez. 2003. UEPG Ci. Biol. Saúde, p. 67-72.
31. Spaveras A, Vjero O, Anagnostou M, Antoniadou M. Masking the Discolored Enamel Surface with Opaquers before Direct Composite Veneering. J Dent Oral Disord Ther 3(2): 1-8.
32. Clavijo V, Bocabella L, Cassiano L. Reproducing Optical Properties of Anterior Teeth after Ultra-Conservative Preparation. J Esthet Restor Dent. 2016;28(5):267–76.
33. Lima I. et al. As principais alterações dentárias de desenvolvimento. SALUSVITA, Bauru, v. 36, n. 2, p. 533-563, 2017
34. Nahsan F, Mondelli R, Franco E, Naufel F, Ueda J, Schmitt V, et al. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. J Appl Oral Sci [Internet]. 2012;20(2):151–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572012000200005&lng=en&tlng=en
35. Villarroel M, Hirata R, Sousa A. Avaliação comparativa da translucidez do esmalte dentário e de resinas compostas para esmalte. Dent Press Estética. 2005;2(3):22–34.
36. Vanini L, Mangani F. Determination and Communication of Color Using the Five Color Dimensions of Teeth. Pr Proced Aesthet Dent. 2001;13(1):19–26.
37. Dima R. Esthetics and biocompatibility of ceramic versus composite dental laminates. Timisoara Med J [Internet]. 2011;61(1–2):102–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0377-1237\(10\)80046-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0377-1237(10)80046-2)
38. Felipe L. et al. Using Opaquers Under Direct Composite Resin Veneers: An Illustrated Review of the Technique. J. Esthet Restor Dent, [S.l.], v. 15, n. 6, p. 327-326, jan. 2003.
39. Magne P. et al. Evaluation of an anatomic dual-laminate composite resin shade guide. Journal of dentistry, [S.l.], 02 out. 2018. ELSEVIER, p. 80-86.
40. Felipe L, Baratieri L, Amaral M, Andrada C. Veneers: An Illustrated Review of the Technique. East. :327–36.
41. Magne P, Bruzi G, Carvalho A, Giannini M, Maia H. Evaluation of an anatomic dual-laminate composite resin shade guide. J Dent [Internet]. 2013;41:e80–6. Available

from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300571213001152>

42. Mackenzie L, Parmar D, Shortall A, Burke F. Direct anterior composites: a practical guide. *Dent Update* [Internet]. 2013;40(4):297–317. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/denu.2013.40.4.297>
43. Dietschi D. Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the “natural layering concept.” *Br Dent J*. 2008;204(4):181–5.
44. Dietschi D. Clinical Application of the “ Natural Layering Concept ” Clinical Application of the “ Natural Layering Concept .” 2010;1–6.
45. Blank J. Direct composite veneers in minutes, not hours: A simplified technique and material. *Dent Today*. 2007;26(6):72–5.
46. Blank J. Esthetic Anterior Composite Restorations. *Acad Dent Ther Stomatol J*. 2011;5(3):1–12.

CAPITULO II- RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

INTRODUÇÃO

O Estágio do Mestrado Integrado de Medicina Dentária permite ao aluno o contacto direto com a prática clínica, sendo possível aplicar todos os conceitos a teóricos e teórico-práticos adquiridos durante estes cinco anos. Este estágio torna-se essencial para a qualificação e desempenho do aluno na futura vida profissional.

Este estágio encontra-se supervisionado por docentes do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). O estágio foi compreendido entre setembro de 2017 e julho de 2019, encontrando-se subdividido em três componentes: Estágio em Saúde Oral Comunitária, Estágio Hospitalar e Estágio em Clínica Geral Dentária.

1. Estágio em Saúde Oral e Comunitária (ESOC)

O Estágio em Saúde Oral e Comunitária, supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante decorreu num período semanal de três horas e meia, às quintas feiras de manhã das 9h às 12.30h, tendo início no dia 21 de setembro de 2017 e terminou no dia 24 de maio de 2018. Numa primeira fase, decorreu no IUCS, onde foram elaboradas as tarefas a realizar com o público alvo. Numa segunda fase, na EB Estação (Agrupamento de Vallis Longus) decorreram atividades com os alunos, onde foi possível implementar o Programa Nacional para a Promoção de Saúde Oral da DGS (PNPOS). Durante a carga horária do estágio foram recolhidos os dados relativos aos indicadores de saúde oral da Organização Mundial de Saúde com a metodologia WHO 2013.

No anexo 1 encontra-se descrito o plano de atividades de ESOC

2. Estágio em Clínica Geral Dentária (ECGD)

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu no Campus Universitário de Gandra, na Clínica

Universitária Dr. Filinto Batista. Teve início a 20 de setembro de 2017 e foi concluída no dia 13 de junho de 2018, com carga horária semanal de 5 horas, às quartas-feiras das 19h às 24h. Esta unidade curricular encontrou-se supervisionada pelo Mestre Luís Santos, Mestre João Batista e Mestre Sónia Machado. O Estágio de Clínica Geral Dentária é uma unidade curricular que permite ao aluno tornar-se mais autónomo e conseguir ter a perceção mais realista da profissão futura, aumentando a experiência na realização de tratamentos. Os atos efetuados na unidade curricular encontram-se descritos na tabela do anexo 2.

3. Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar foi realizado no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (Hospital Padre Américo), com início no dia 18 de setembro de 2017 e término no dia 11 de junho de 2018. A unidade curricular decorrer às segundas-feiras das 9h às 12.30h, sendo supervisionado pela Mestre Paula Malheiro e pelo Mestre Rui Bezerra.

Este estágio permitiu ao aluno encontrar-se num ambiente diferente do habitual, tendo contacto com pacientes mais carentes socioeconomicamente, assim como, com pacientes com diferentes patologias e níveis de cognição, sendo possível aplicar os conhecimentos requeridos anteriormente.

Os atos efetuados na unidade curricular encontram-se descritos na tabela do anexo 3.

CONCLUSÃO

Os Estágios foram fundamentais para a nossa formação académica, apresentando uma vertente mais geral da medicina dentária, contribuindo para o desenvolvimento do aluno enquanto profissional contribuindo para a nossa autonomia, desempenho e relação médico-profissional. Ao longo deste ano foi possível aplicar os conhecimentos prático, teórico-práticos e teóricos em diferentes situações clínicas e diversidade de ambiente de trabalho.

Anexo 1: Plano de atividades de ESOC

1 de fevereiro de 2018	EB Estação	Apresentação e Discussão do Plano de Atividades
8 de fevereiro de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + jogo
15 de fevereiro de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 10 crianças
22 de fevereiro de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 10 crianças
1 de março de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 10 crianças
8 de março de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 10 crianças
15 de março de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Jogo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 10 crianças
22 de março de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 15 crianças
29 de março de 2018	EB Estação	Páscoa
5 de abril de 2018	EB Estação	Páscoa
12 de abril de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Leitura de história educativa + Vídeo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 5 crianças E Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 10 crianças

19 de abril de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Implementação técnica de Escovagem + Leitura de história educativa + Vídeo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 5 crianças E Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 10 crianças
26 de abril de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Vídeo + Levantamentos de dados epidemiológicos de 9 crianças
3 de maio de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Desenhos para colorir + Levantamentos de dados epidemiológicos de 8 crianças
10 de maio de 2018	EB Estação	Queima das Fitas
17 de maio de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Desenhos para colorir + Ficha de consolidação de conhecimentos + Levantamentos de dados epidemiológicos de 11 crianças
24 de maio de 2018	EB Estação	Motivação à higiene oral + Desenhos para colorir + Ficha de consolidação de conhecimentos + Levantamentos de dados epidemiológicos de 5 crianças
31 de maio de 2018	EB Estação	Feriado

Anexo 2: Contabilização dos atos clínicos realizados no ECH.

Atos Clínicos realizados em ECGD	
Total Atos Clínicos - Binómio	48
Total Atos Clínicos - Operador	25

ATOS CLÍNICOS COMO OPERADOR	
Ato clínico	Nº Atos
Consulta de triagem	0
Destartarização parcial/ Total	4
Exodontia dentição definitiva	4
Restauração dentição decídua	0
Restauração dentição definitiva	13
Endodontia	3
Ajuste oclusal	0
Outros	1
TOTAL DE ATOS CLÍNICOS	25

Anexo 3: Contabilização dos atos clínicos realizados no ECH.

Atos Clínicos realizados em ECH	
Total Atos Clínicos - Binómio	140
Total Atos Clínicos - Operador	74

ATOS CLÍNICOS COMO OPERADOR	
Ato clínico	Nº Atos
Consulta de triagem	0
Destartarização parcial/ Total	7
Exodontia dentição definitiva	21
Restauração dentição decídua	3
Restauração dentição definitiva	36
Endodontia	5
Ajuste oclusal	2
Outros	0
TOTAL DE ATOS CLÍNICOS	74

