

Relatório do Estágio
Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário Ciências da Saúde

Sistema de acondicionamento de tecidos em casos de
reabsorção alveolar intensa. Uma solução de prótese completa

Juan María Corrales Sanguino

2018

Orientador:
Mestre Katia Vilela

Juan María Corrales Sanguino

Sistema de acondicionamento de tecidos em casos de reabsorção alveolar intensa. Uma solução de prótese completa

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário Ciências da Saúde

Orientador:

Mestre Katia Vilela

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Juan María Corrales Sanguino, 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: Sistema de condicionamento de tecidos em casos de reabsorção alveolar intensa. Uma solução de prótese completa

Confirmo que em todo o trabalho 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 parte dele).

Declaro ainda que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros, 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

Orientador: Katia Vilela

Declaração

Eu, Mestre Katia Vilela, com a categoria profissional de Monitor Clínico do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientadora do Relatório Final de Estágio intitulado "Sistema de condicionamento de tecidos em casos de reabsorção alveolar intensa. Uma solução de prótese completa", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária Juan María Corrales Sanguino, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes para a obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 21 de Setembro de 2018.

O orientador, Katia Vilela



Agradecimentos

Quero agradecer à minha esposa por todo o seu apoio, à sua força e pelo seu amor por mim, pois sem ela não teria sido possível concluir este mestrado.

Agradeço também aos meus filhos por aceitarem a minha condição de pai a "*part-time*" todos estes anos e também por acreditarem cegamente em mim.

À minha mãe que tanto se envaidece de mim. Por me ver como um reflexo do seu pai, o seu doutor Juan Sanguino, e deixá-la orgulhosa por ter mesmo nome do meu avô.

Ao meu pai por ser meu pai!

Aos meus irmãos pelo apoio e encorajamento incondicional.

À minha orientadora mestre Kátia Vilela.

À minha professora de Reabilitação Oral, Mestre Lara Barros Coelho, pela sua ajuda e orientação.

À minha equipa da clínica e do laboratório.

Ao meu coração por me deixar terminar

INDICE GERAL

Declaração de Integridade.....	III
Declaração.....	IV
Agradecimentos.....	V
Indice Geral.....	VI
ABSTRACT.....	VIII
CAPITULO I.....	9
1. Introdução.....	10
2. Objetivo.....	12
3. Materiais e Metodos.....	13
4. Estado atual do tema.....	15
4.1 Tipos de reabilitação.....	15
5. Conclusões.....	19
BIBLIOGRAFIA	21
CAPITULO II	
Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado....	22

RESUMO

Os condicionadores de tecidos são utilizados para a cicatrização de tecidos e epitélios orais traumatizados, para cirurgias e para deformações dos tecidos causados por próteses antigas.

A impossibilidade de retirar a prótese acarreta uma menor higiene por parte do paciente, podendo alojar micro-organismos que causam candidíase. A capacidade de separar mecanicamente e recolocar o condicionador na prótese, faz com que a higiene possa ser independente e tratada de maneira especial. Ao mesmo tempo, aumentando a sua espessura e diminuindo a sua dureza, conseguimos aumentar o seu conforto e reduzir as possíveis aftas e feridas. Consequentemente, dá-nos mais possibilidade de prescrição, como por exemplo, para pacientes com muita reabsorção óssea, pacientes com hipersensibilidade, ou mesmo pacientes tratados com bifosfonatos ou imersos em processos de quimioterapia. Desta forma o condicionador deixar de ser provisório e passa a ser definitivo.

Palavras Chave:

Retenção de próteses dentárias, oclusão dentária, condicionador de tecidos.

ABSTRACT

Tissue conditioners are used for the healing of traumatized oral tissues and epithelia, for surgeries and for tissue deformations caused by old prostheses.

The impossibility of removing the prosthesis brings less hygiene on the part of the patient, being able to house microorganisms that cause candidiasis. The ability to mechanically separate and reposition the conditioner in the prosthesis makes hygiene independent and treated in a special way. At the same time, increasing its thickness and reducing its hardness, we can increase your comfort and reduce the possible canker sores and wounds.

Consequently, it gives us more possibility of prescription, as for example for patients with a lot of bone resorption, patients with hypersensitivity, or even patients treated with bisphosphonates or immersed in chemotherapy processes. In this way the conditioner stops being provisional and becomes definitive.

Keywords:

Dental prosthesis retention, dental occlusion, tissues conditioner.

CAPÍTULO I

1. Introdução

Embora a reabsorção óssea seja um processo crônico e degenerativo que perdura ao longo da vida,⁽¹⁾ as próteses dentárias têm a finalidade de reabilitar dentes perdidos e preservar o máximo possível a crista e o osso alveolar, uma vez que a sua falta de ajuste provoca forças que aceleram a perda óssea.⁽²⁾ A reabsorção óssea faz com que o paciente necessite de visitas contínuas ao médico dentista e que conseqüentemente seja prescrito rebasamentos contínuos. Sendo estas visitas tão frequentes, por vezes o paciente termina o seu tratamento e não volta às consultas, devido à frustração nas visitas, que implicam ainda mais visitas, causando inevitavelmente, na maioria dos casos, a sua falha com a prótese dentária.⁽³⁾

A carência de um bom e adequado suporte para uma mastigação funcional leva o paciente a procurar mais soluções. Dentro dessas soluções, encontramos condicionadores teciduais, que aumentam a aderência e dão conforto ao paciente desdentado ou parcialmente desdentado.⁽²⁾ Na maioria dos casos, o condicionador é colocado diretamente na boca do paciente e desta forma, colocamos o que normalmente conhecemos como rebasamento mole que diminui temporariamente o impacto dos materiais duros da prótese sobre a mucosa.⁽⁴⁾

A necessidade de um bom ajuste alveolar e a possibilidade de ter uma boa higiene por parte do paciente, conseguindo adaptação à área sublingual e à linha milo-hióidea, na área inferior e a todas as inserções musculares na região, tudo isto leva à ideia do uso de condicionadores de tecidos, dentro do qual o sistema independente e separável da prótese nos aparece como a opção para prescrever ao paciente.⁽²⁾

De 1950 até agora os materiais dos condicionadores de tecido foram modernizados, sendo aqueles que estão presos à prótese menos bem-sucedidos⁽⁵⁾⁽⁶⁾ devido à capacidade de adesão de bactérias e fungos, pela falta de higiene que lhes concerne e que é significativa.⁽⁷⁾

No entanto, em trabalhos de campo, um estudo clínico mostra que os condicionadores teciduais são preferidos pelos pacientes, tendo em conta uma amostra de 30 usuários de próteses, 26 dos quais preferiam materiais moles sob as suas próteses, E Wright, em 1976

num estudo de 5.000 pacientes, mostra que a força na mastigação e a velocidade de deglutição com materiais moles são melhoradas.⁽⁸⁾

Existem inúmeros casos de pacientes com reabsorção óssea grave, com insuficiência renal, leucemia, diabetes, cancro, osteoporose, osteomalacia, Doença de Paget, entre outras doenças, para as quais não se consegue encontrar solução de prótese dentária que seja satisfatória.⁽²⁾

Neste trabalho veremos os vários problemas que surgem na ausência de dentes e na possibilidade de dar aos pacientes uma espécie de protótipo original e removível que aumente a qualidade da mastigação e em tudo que isso implica.

Um sistema original de condições técnicas que, em certos casos, é a única alternativa para conforto do paciente. É basicamente um tipo de condicionador adaptado e separado do resto do dente, que facilita a limpeza que é feita pelo paciente e evita uma grande parte o acúmulo de fungos e tártaro. E que, pelo seu caráter totalmente flexível e suave, proporciona uma fixação extra e uma aderência não alcançada pelos restantes materiais existentes.⁽²⁾

Descobrir que a originalidade está na combinação de várias estruturas que lhe dão uma independência das próteses, obtendo assim três partes diferentes. Um material macio, borrachóide e flexível, em contato direto com a crista alveolar. Uma estrutura metálica que suporta o material flexível, e que dá força à prótese que é composta de dentes convencionais e a resina auto-polimerizável que os une.⁽²⁾

2. Objetivo

O objetivo da presente revisão de literatura é fornecer as informações necessárias para que, os profissionais em prótese dentária e reabilitação oral, tenham mais uma opção para dar aos usuários de próteses dentárias. Serve também para mostrar as principais características, vantagens e desvantagens, indicações de um condicionador de tecidos, e quando prescrevê-lo.

Na pesquisa bibliográfica encontramos trabalhos de campo realizados em Inglaterra que demonstram que estes materiais suaves, ao entrar em contato com a mucosa na mastigação, diminuem as forças provocadas, proporcionando conforto e tornando-se assim totalmente funcional. Em alguns casos, veremos que é a única possibilidade que alguns pacientes podem ter, de forma a reabilitar a sua boca.

3. Materiais e Métodos

Uma das dificuldades a esse nível foi a pouca literatura existente, tanto ao nível de estudos, como na descrição de tipos e métodos para a colocação de condicionadores teciduais para solucionar o problema. E por tanto, fiz uma extensão na pesquisa das palavras chave, incluindo palavras além de: retenção de próteses dentais, oclusão dental, condicionador de tecidos, tendo sido elas as seguintes: acondicionador de tecidos, aftas, feridas por próteses completas, micro-organismos em acondicionadores de tecidos moles, cirurgia e acondicionador de tecidos. As mesmas palavras também foram utilizadas nas respectivas traduções em inglês e espanhol.

Para a realização deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica em motores de busca tais como *PubMed*, *ScienceDirect*, *ResearchGate*, *scielo* e *Revodonto* e na biblioteca do Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte e dos motores de pesquisa online para a recolha de artigos e livros concernentes ao tema. De forma a complementar esta pesquisa, foi consultado o livro, Charles R. Turner «Tratado de Prótesis Dental(1)» e a revista «Gaceta Dental(2)».

Como resultado desta pesquisa reuniram-se 222 artigos publicados entre os anos 1950 e 2018. Bem como a leitura e análise de 15 artigos adequados, uma revista e um livro de consulta, fazendo um total de 17 documentos do apoio.

Para seleccionar os artigos, foram utilizados critérios de inclusão e critérios de exclusão:

- **Critérios de inclusão:** Artigos com idiomas em português, espanhol e inglês, que abordam a temática do estudo e que foram necessários para a introdução, contextualização da história da reabilitação oral e para abordar as origens das próteses dentárias.
- **Critérios de exclusão:** Artigos que não abordam o assunto, e que simplesmente tinham as palavras-chave, mas não o seu desenvolvimento e que não foram cruciais neste presente estudo.

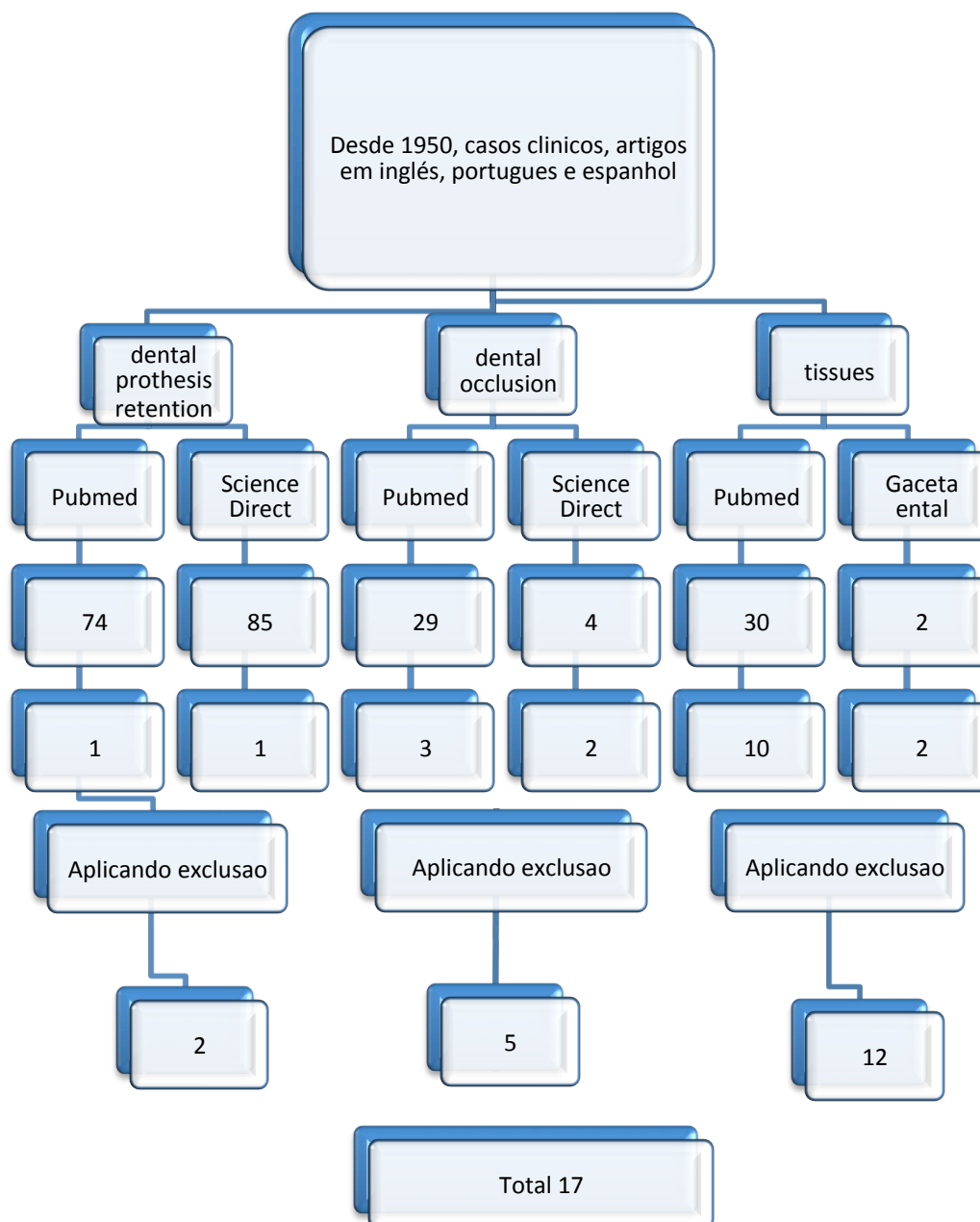


Fig 3.1: Esquema de pesquisa bibliográfica

4. Estado Atual do Tema

4.1. Tipos de Reabilitação

A classificação sempre foi baseada na capacidade do paciente de remover ou colocar as próteses, sendo assim fixo ou removível. Da mesma forma, tanto fixos quanto removíveis acabaram por ter outras classificações devido aos materiais utilizados no seu fabrico. No caso de próteses removíveis, como o próprio nome induz, define-se pela sua mobilidade, que cria as maiores desvantagens. A sua falta de fixação na boca, especialmente na mastigação, é uma desvantagem para quem as usa. O seu movimento faz com que apareçam feridas e aftas que produzem primeiramente dor e que podem causar complicações maiores no futuro⁽⁹⁾.

Essas desvantagens levaram à procura de um material que pudesse atuar como agente de retenção e como amortecedor das forças orais e mastigatórias, tanto nos tecidos moles quanto nos duros. Este tipo de material é conhecido como condicionadores de tecidos moles⁽¹⁰⁾.

Atualmente é indicado em casos de colocação temporária de próteses imediatas, após grandes cirurgias ou após implantes dentários, para cobrir a estética e parte da mastigação provisoriamente. Neste tipo de caso é opção de escolha do paciente, uma vez que é demonstrado que o sucesso do seu uso está ao mesmo nível que não usar nada. Referindo-se, neste caso, ao sucesso ou fracasso da duração dos implantes^(8,11).

Um dos seus inconvenientes a longo prazo (mais de dois anos), é a sua grande capacidade de provocar placa, bactérias e fungos que podem causar estomatite ou candidíase.

Basicamente, os condicionadores podem ser divididos em diferentes tipos, sendo eles de manipulação direta, executado na boca ou de manipulação Indireta, executado parcialmente no laboratório de próteses dentárias^(7,12).

Fazem parte da sua composição: com base de silicone (Hidroxivinilsiloxano), também é útil para realinhamentos suaves ou com base de Metil metacrilato⁽⁵⁾.

Pode ainda ser indireta ou duradoura ou à base de silicone⁽¹³⁾.

A odontologia moderna possui uma poderosa ferramenta para o conforto dos pacientes desdentados, para a recuperação da funcionalidade dos seus dentes, bem como da sua fonética. Essa ferramenta são os implantes. No entanto, muitas pessoas não são candidatas a implantes devido às incompatibilidades físicas, fisiológicas, farmacológicas ou outras incompatibilidades⁽²⁾.

A reabsorção óssea causada por doenças ou perda de dentes desde muito jovens, impede a colocação de implantes devido à falta de estrutura óssea que os sustenta, com o qual o paciente é direcionado para a colocação de uma prótese total convencional, e devido à sua perda de osso, sofrem um desajuste dos músculos e gengivas para uma prótese completa. Consequentemente surge um mal-estar contínuo, com feridas, aftas, inflamações e vermelhidão, que faz com que os pacientes desistam de utilizar a prótese^(3,12,14).

Com a reabsorção óssea, os materiais duros impossibilitam a adaptação dos pacientes às próteses e estes acabam por deixar de as usar. Assim a dificuldade de esmagamento dos alimentos provoca uma mastigação deficiente para o resto da sua vida e consequentemente, problemas como a má digestão, aumento da acidez do estômago, extensão do tempo de absorção de nutrientes⁽¹⁵⁾.

Acontece também que, por razões físicas, pode haver um descompasso no tempo para a prótese removível devido à dor e devido à pressão ou dureza da resina ao friccionar as gengivas. São aquelas marcas que encontramos na maioria das gengivas inferiores, causadas por próteses que estão na boca há 20 anos ou mais, sem qualquer tipo de modificação e que quase parecem estar presas no osso e na crista alveolar. Substituir uma nova prótese pela antiga é com certeza um fracasso no futuro devido à falha na adaptação. As condições fisiológicas são: tratamentos de quimioterapia ou radioterapia, que impedem a colocação do implante por alguns tempos; pacientes com algum tipo de cancro na cavidade oral que nos impede de colocar implantes e não conseguir colocar próteses com materiais duros, em relação às condições farmacológicas são os bisfosfonatos que impedem qualquer tipo de intervenção cirúrgica ou alteração do osso maxilar e mandibular, em que a osteonecrose é o efeito colateral de tal ato. Portanto, implantes dentários não são uma opção que possa ser levada em conta⁽¹⁶⁾.

Também, e na mesma medida, os anticorpos monoclonais, tipo Denosumab ®, estes agem da mesma maneira na mandíbula e no maxilar, causando osteonecrose antes de qualquer tipo de cirurgia, ou mesmo depois de os tomar não cicatrização é uma possibilidade. Existem outras causas: económicas (impossibilidade monetária – o nível económico do paciente impede que seja capaz de pagar o preço dos implantes dentários); doença (aqueles pacientes diagnosticados com distúrbios cerebrais ou doenças neurológicas com contra-indicação para implantes)⁽¹⁷⁾.

O aparecimento de condicionadores teciduais significa que esses pacientes sem retenção e com a impossibilidade de colocação de implantes, podem ter uma prótese completa com alguma restrição. Por ser um material borrachóide, faz com que as gengivas sofram muito menos no movimento e na força durante a mastigação e agem aumentando as forças de atrito e evitando o seu movimento em grande medida ⁽²⁾.

A possibilidade de colocação de um condicionador de tecidos independente e removível faz com que a limpeza e higiene do paciente sejam maiores e a acumulação de bactérias diminuam⁽²⁾.

No sistema removível precisamos de uma estrutura que suporte todo o condicionador e que possa ser trocada, enquanto que a primeira é apenas desinfetada e higienizada⁽²⁾.

Essa estrutura metálica (feita em qualquer laboratório) com terminações em forma de T, é onde o condicionador será fixado. Teremos uma parte superior com dentes de acrílico que irá conter uma estrutura metálica, que por sua vez servirá de âncora ao condicionador que estará em contato com a mucosa. Sendo este independente da estrutura de metacrilato, terá o mesmo *design*, como se o acrílico estivesse completo. Por ser flexível pode até mesmo entrar no lado interno da inserção do milo-hióideo, área de retenção nunca usada pelo acrílico devido à sua incapacidade física para entrar⁽²⁾.

Assim, aproveitamos a vantagens das áreas mais amplas para as áreas mais restritas da boca, aumentando consideravelmente a aderência e conforto devido à suavidade e à textura macia do condicionador tecidual⁽²⁾.

Existem vários tipos e marcas de condicionadores de tecidos no mercado que podem ser usados, como, Visio ling ® de Bredent., Gingifast Elastic® de zhermack, Viscogel® de denstply., Soft-Liner de CG., HydroCast®-Sultan Healthcare, GPH Satd ® que inventou o sistema removível e uma longa lista de marcas que podemos usar quando fazemos o pedido de fabricar a prótese⁽¹⁶⁾.

A duração na boca do condicionador de tecido tem uma estimativa de cerca de dois anos, sem perder propriedades de estabilidade, maleabilidade e flexibilidade. Embora isso dependa principalmente da higiene e limpeza do paciente⁽⁵⁾.

As vantagens deste tipo de material são: existência da possibilidade de colocação de próteses confeccionadas de forma convencional, conservando os dentes e a parte da resina que está em contacto com os dentes; a adaptação da prótese é realizada em pacientes com grande

reabsorção óssea também que o paciente pode ter uma higiene e uma assepsia melhor porque é independente e pode ter reposição do condicionador. Serve em todos os casos de quimioterapia, tratamento com bifosfonatos ou similar e em pacientes com sensibilidade especial para a proximidade do nervo alveolar inferior, é muito mais barato que um tratamento com implantes⁽²⁾.

Este tipo de material não é recomendado em pacientes que nunca tiveram próteses prévias, pois não possuem termos comparativos de como seriam com uma prótese convencional. Apesar de ser muito mais confortável e ter uma retenção aparentemente maior, como primeira experiência a adaptação completa não é alcançada. Nestes casos, é aconselhável colocar a prótese sem condicionador e, após alguns meses, colocar o condicionador; também não é indicado em pacientes com pouca dimensão vertical, já que a estrutura metálica implica que temos que ter pelo menos um centímetro de altura para posicioná-la e depois adicionar o condicionador.

5. Conclusões

A falta de literatura e trabalho de campo sobre condicionadores teciduais limita o campo de pesquisa. No entanto, a minha própria experiência de mais de quinze anos com este tipo de prótese, dá-me a ideia de que o seu funcionamento e conforto são favoráveis para o paciente que usa este tipo de prótese, e que em outros casos e por várias razões não é possível.

Temos uma opção competente para oferecer a pacientes desdentados, com pouco apoio e menos retenção na prótese total, que não podem colocar implantes devido à impossibilidade farmacológica, química ou que não suporta próteses convencionais.

A essa opção chama-se condicionador de tecidos, que no caso de ser removível, acrescenta vantagens de higiene e de durabilidade que o sistema clássico não possui, pois, o mesmo é fixado à resina com uma cola que descola em pouco tempo.

Na minha vida profissional, tive grande sucesso com este sistema removível. Vivenciei quantos pacientes ficaram agradavelmente surpresos e gratos pelo apoio e conforto do condicionador de tecidos.

Uma grande percentagem deles direcionou mais pacientes na mesma situação. Quase todos eles incrédulos pelos tempos em que haviam prometido uma solução e viram como essas promessas desapareceram.

Tenho de concluir que os casos com menos sucesso foram aqueles que nunca tiveram uma prótese prévia e que tiveram uma grande reabsorção óssea inferior. A falta de experiência e a falta de sensações de um tecido sem condicionador faz que não valorizem na mesma medida as vantagens deste tipo de material, e neste tipo de pacientes, é aconselhado a preparação de uma prótese convencional, para passar em poucos meses ao sistema de condicionamento tecidual removível.

No campo económico, é igualmente dispendioso para o paciente fazer o sistema numa nova prótese do que numa antiga.

No campo clínico evitaremos a frustração do paciente que, sem termos de comparação com qualquer prótese prévia, é esperado que a prótese permaneça tão fixa como se tivesse implantes. Feito este em que é necessário apurar se o paciente alguma vez teve uma prótese prévia.

É importante não criar falsas expectativas para o paciente e devemos deixar uma margem para o possível movimento da prótese durante as refeições e nos atos típicos de

espirros, bocejos, grandes aberturas orais, etc. Fazendo estas exceções, o sistema funciona perfeitamente e é uma solução higiênica e perfeita para as indicações acima descritas.

Bibliografía

1. Klemetti E. A review of residual ridge resorption and bone density. *J Prosthet Dent.* 1996;75(5):512–4.
2. Pag M-. Miguel Angel Huertas Moreno , Maria Victoria Palazón Tudela , Sistema de Miguel Ángel Huertas Moreno . Director del Centro de Formación Profesional en Prótesis Dental de Grado Superior . Grupo Dentazul y Profesor de Diseño de Prótesis Removible y Ortodonc. 2009;
3. Giraldo R OL. Cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removible. How to avoid failures in removable partial prothesis. *Rev la Fac Odontol la facultad Antioquia.* 2008;19(2):80–8.
4. Morrow. RM, Rudd kenneth D, Rhoads JE. *Procedimientos en ekl laboratorio dental.* II. edición. Salvat Editores S.A., editor. 1988. 432-454 p.
5. Wright PS. Composition and properties of soft lining materials for acrylic dentures. *J Dent.* 1981;9(3):210–23.
6. Murata H, Hamada T, Sadamori S. Relationship between viscoelastic properties of soft denture liners and clinical efficacy. *Jpn Dent Sci Rev.* 2008;44(2):128–32.
7. Vankadara S, Hallikerimath R, Patil V, Bhat K, Doddamani M. Effect of *Melaleuca alternifolia* mixed with tissue conditioners in varying doses on colonization and inhibition of *Candida albicans*: An in vitro study. *Contemp Clin Dent [Internet].* 2017;8(3):446.
8. Crum RJ, Loisel RJ, Rooney GE. Clinical use of a resilient mandibular denture. *J Am Dent Assoc [Internet].* 1971;83(5):1093–
9. Terroba Dominguez J. *Historia de la.* 2014. p. 1–6.
10. Robert B. Lytle USC. foto biblio tesis us naval 1957 dental copia. Bethesda. Md.; 1957. p. 1.
11. Gronet PM, Driscoll CF, Hondrum SO. Resiliency of surface-sealed temporary soft denture liners. *J Prosthet Dent.* 1997;77(4):370–4.
12. Murata H, McCabe JF, Jepson NJ, Hamada T. The influence of immersion solutions on the viscoelasticity of temporary soft lining materials. *Dent Mater.* 1996;12(1):19–24.
13. Braden M. Tissue Conditioners: I. Composition and Structure. *J Dent Res.* 1970;49(1):145–8.
14. Fumiaki k, Masoyuki Kon, Andrew Koram, Naoyuki Matsumoto. Shock-absorbing behavior of foru processed soft denture liners. (599-65)
15. Murata H, Taguchi N, Hamada T, Kawamura M, McCabe JF. Dynamic viscoelasticity of soft liners and masticatory function. *Journal of dental research [Internet].* 2002;81(2):123–8. Available from:
16. Kawano F, Dootz ER, Koran A, Craig RG. Comparison of bond strength of six soft denture liners to denture base resin. *J Prosthet Dent.* 1992;68(2):368–71.
17. Wright PS. Soft lining materials: Their status and prospects. *J Dent.* 1976;4(6):247–56.

Capítulo II - Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

Introdução

O estágio de Medicina dentária é um período tutelado e orientado, que tem como objetivo o contacto direto dos alunos com unidades de saúde onde se diversifica e aumenta a sua experiência clínica na área da medicina dentária.

Está dividido em 3 áreas que me permitiram aplicar e melhorar, em termos práticos, os fundamentos teóricos adquiridos até ao momento.

Os atos clínicos executados em cada um dos estágios encontram-se nas tabelas anexadas.

O estágio em Medicina Dentária é fundamentado na importância da prática clínica e na possibilidade do aluno pôr em prática os seus conhecimentos, adquiridos durante os anos anteriores de estudo, dando a possibilidade ao estudante de ser mesmo seguido por um profissional qualificado.

O estágio é constituído por três componentes:

- 1) ESTÁGIO DE CLÍNICA GERAL DENTÁRIA
- 2) ESTÁGIO HOSPITALAR
- 3) ESTÁGIO DE SAUDE ORAL COMUNITÁRIA

As três áreas combinam situações e evidências diferentes, que acontecem ao longo da vida profissional do médico dentista, sendo desta forma uma mais valia para a nossa formação profissional.

Relatório das Atividades Práticas Realizadas nos Estágios

1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio de Clínica Geral Dentária decorreu na Clínica Universitária Filinto Baptista-Gandra com um total de 180h.

Este Estágio, proporcionou um contato direto com as competências e exigências da realidade profissional do médico dentista num futuro próximo.

Os atos clínicos realizados durante este período de tempo estão indicados a seguir:

Procedimentos Clínicos	Operador	Auxiliar	Total
Endodontia	5	1	6
Destartarização	1	2	3
Exodontia	5	9	14
Dentisteria	10	4	14
Prótese Removível	4	1	5
Outro	2	0	1
Total	27	17	43

2. Estágio em Clínica Hospitalar

Este estágio compreende uma dinâmica de trabalho diferente, que permite ao aluno melhorar a sua experiência e qualidade de trabalho e a sua autonomia.

Permitiu também interagir com pacientes com limitações cognitivas e/ou motoras, e pacientes com diferentes patologias, permitindo ao aluno correlacionar conceitos teóricos com a prática clínica

O Estágio Hospitalar foi realizado no Serviço de Estomatologia/Medicina Dentária do Hospital Padre Américo, que terminou a 10 de agosto de 2018, com uma duração total de 120

horas. O hospital tinha 3 equipamentos a funcionar simultaneamente fazendo todo o tipo de prestações na valência de medicina dentária geral, exceto a reabilitação oral.

Procedimentos Clínicos	Operador	Auxiliar	Total
Triagem	3	1	4
Destartarização	1	3	4
Exodontia	29	18	47
Dentisteria	22	19	41
Endodontia	3	3	6
Outros	8	5	13
Total	66	49	115

3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária

O Estágio de Saúde Oral e Comunitária teve lugar na Escola Nova de Valongo, às quintas-feiras, com um total de 120 horas, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante.

Ensinamos aos alunos o método correto de escovagem dos dentes e desenvolvemos atividades lúdico-educativas adaptadas ao grau de desenvolvimento de cada turma.

Posteriormente, realizamos a avaliação oral e recolha de dados epidemiológicos.

Crianças 0-5 anos: Informar estas crianças para que é usada a boca e qual é a função dos dentes no seu interior.

Crianças 6-7 anos: Ensinar as funções dos dentes e por que razão eles mudam, a função de cada dente e importância de todos eles.

Considerações Finais das Atividades de Estágio

Nas suas componentes integradas, o estágio permitiu-me a aplicação e aperfeiçoamento dos conhecimentos teóricos e práticos até então aprendidos.

Este período foi muito importante para a minha formação como futuro médico dentista.