



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

# Reabilitação Estética Anterior Dentosuportada em Cerâmica Pura - Coroas Totais *versus* Facetas

Ana Rita Maia 23006

**Orientador:** Mestre Catarina Calamote

### Declaração de integridade

Eu, Ana Maia, 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: **Reabilitação Estética Anterior Dentosuportada em Cerâmica Pura - Coroas Totais *versus* Facetas.**

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.

Gandra, 27 de Setembro de 2019.

O aluno:

-----

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Mestre Catarina Calamote

## Declaração

Eu, Mestre Catarina Calamote, com a categoria profissional de Assistente Convidada do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado: **Reabilitação Estética Anterior Dentosuportada em Cerâmica Pura – Coroas Totais versus Facetas**, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Ana Maia, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes para obtenção do Grau de Mestre.

Gandra , 27 de Setembro de 2019.

O Orientador

-----

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais, pois sem eles não seria possível. Agradecer a oportunidade, o apoio, o esforço e o amor que me têm dado ao longo destes cinco anos. Saiu-me a sorte grande em ter uns pais como vocês. Muito obrigada do coração.

Ao restante da minha família, os meus avós e os meus tios, por toda a força, apoio e incentivo que sempre me dão. Obrigada por todo o amor e por fazerem parte da minha vida.

Aos meus amigos de curso, com quem saí daqui cheia de saudade e emoção, por todos os sorrisos, risos, palavras, brincadeiras e choros. Vivenciamos o mesmo que eu, sempre juntos, amigos verdadeiros que levo lá para fora e para o resto da vida.

E aos restantes meus amigos, por me melgarem tanto a cabeça, por parecerem meus segundos pais, sempre a dar força para terminar este curso.

Quero agradecer também à minha orientadora, por toda a ajuda, disponibilidade e paciência que teve comigo. Muito obrigada.

## Resumo

A estética dentária é cada vez mais importante hoje em dia e o seu conceito varia de pessoa para pessoa, pois, é pessoal e subjetivo. Contudo, pode ser alterado devido a referências convencionadas e padronizadas de como um sorriso realmente deve ser, sendo, este conceito, desta forma influenciado por vários aspectos, tais como a cultura e as condições socio-económicas, entre outros. Os pacientes exigem cada vez mais restaurações dentárias de qualidade, tanto do ponto de vista funcional como estético, o que originou a evolução das cerâmicas na Medicina Dentária. As cerâmicas são conhecidas por proporcionarem uma excelente estética e pela sua biocompatibilidade. Existem vários tipos de cerâmicas no mercado, que constituem possíveis alternativas quando aplicadas apropriadamente e respeitando as suas indicações clínicas.

O objetivo deste trabalho é aprofundar o conhecimento no que toca á reabilitação estética anterior dentosuportada em cerâmica pura, numa pesquisa acerca a aplicabilidade estética e funcional das cerâmica odontológicas, na Medicina Dentária, comparando coroas totais e facetas em cerâmica pura.

Para esta pesquisa bibliográfica foram pesquisados artigos científicos nas bases de dados PubMed e Google Académico.

As facetas cerâmicas são uma alternativa conservadora às coroas cerâmicas totais, tanto a nível de melhorar a aparência estética como a nível funcional no sector dentário anterior. A Reabilitação estética e funcional do sorriso foi introduzida na Medicina Dentária contemporânea, realçando tratamentos mais conservadores como o aumento de coroa clínica, branqueamento dentário, coroas totais em cerâmica e facetas por meio de materiais que simulem as estruturas dentárias. O Médico Dentista pode realizar alterações na cor e forma dos dentes, além de restaurar uma relação harmoniosa com os tecidos periodontais. Estas abordagens devem ser sempre as mais conservadoras possíveis e devem assegurar todos os requisitos estéticos básicos.

**Palavras-chave:** dentes anteriores, estética dentária, cerâmica pura, facetas dentárias, facetas cerâmicas, coroas de revestimento total, coroas dentárias, cerâmicas dentárias.

## Abstract

Dental aesthetics are becoming increasingly important today and their concept varies from person to person as it is personal and subjective. However, it can be changed due to conventional and standardized references of what a smile really should be, and this concept is thus influenced by various aspects such as culture and socio-economic conditions, among others. Patients are increasingly demanding quality dental restorations from both a functional and aesthetic point of view. This evidenced the evolution of ceramics in dentistry. Ceramics are known for providing excellent aesthetics and biocompatibility. There are several types of ceramics on the market, which are possible alternatives when properly applied and respecting their clinical indications.

The aim of this paper is to deepen the knowledge regarding the previous aesthetic rehabilitation dentosuported in pure ceramics, in a research about the ethical and functional applicability of dental ceramics in dentistry, comparing total crowns and veneers in pure ceramics.

For this bibliographic search, scientific articles were searched in the PubMed and Google Scholar databases.

Ceramic veneers are a conservative alternative to full ceramic crowns, both in improving aesthetic and functional appearance in the anterior dental sector. Smile aesthetic and functional rehabilitation has been introduced in contemporary dentistry, highlighting more conservative treatments such as clinical crown augmentation, tooth whitening, full ceramic crowns and veneers using materials that simulate dental structures. The dentist can make changes in the color and shape of the teeth and restore a harmonious relationship with the periodontal tissues. These approaches should always be as conservative as possible and must meet all basic aesthetic requirements.

**Keywords:** front teeth, dental aesthetics, pure ceramics, dental veneers, ceramic veneers, full coated crowns, dental crowns, dental ceramics.

## Índice Geral

1.Introdução .....	9
2.Objetivos.....	9
3.Metodologia .....	9
4. Fundamentação Teórica .....	11
4.1 Reabilitação Estética do Sorriso .....	11
4.2 Cerâmicas Dentárias .....	12
4.3 Coroas Cerâmicas.....	13
4.3.1 Preparo Dentário .....	13
4.3.2 Indicações .....	14
4.3.3 Contra Indicações.....	15
4.3.4 Vantagens.....	15
4.3.5 Desvantagens.....	15
4.3.6 Cimentação das Coroas Cerâmicas.....	15
4.4 Facetas Cerâmicas .....	16
4.4.1 Preparo Dentário.....	17
4.4.2 Indicações .....	17
4.4.3 Contra Indicações.....	18
4.4.4 Vantagens.....	18
4.4.5 Desvantagens.....	19
4.4.6 Cimentação das Facetas Cerâmicas.....	19
4.5 Coroas Cerâmicas versus Facetas Cerâmicas.....	20

5. Conclusão .....	21
6. Bibliografia.....	22
Capítulo II – Relatório das atividades práticas das disciplinas de estágio .....	26
1. Estágio em Clínica Geral Dentária.....	26
2. Estágio em Clínica Hospitalar .....	27
3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária.....	28

## Capítulo I – Reabilitação Estética Anterior Dentosuportada em Cerâmica Pura-Coroas Totais *versus* Facetas

### 1.Introdução

Com o aumento da importância da estética dentária, atualmente, aumentaram também as várias possibilidades de a conceber. As reabilitações anteriores, requerem um conhecimento de excelência por parte de qualquer clínico na Medicina Dentária, onde o principal objetivo é satisfazer todos os requisitos estéticos dos pacientes.

Das variadas possibilidades que existem para a confecção de uma reabilitação estética anterior ideal, temos opções menos conservadoras, que é o caso das coroas cerâmicas e, em contrapartida, opções mais conservadoras como as facetas cerâmicas, tendo estas vindo a ser um tratamento com elevada taxa de sucesso e durabilidade.

É igualmente relevante que o Médico Dentista apresente o devido conhecimento das características estéticas e biomecânicas da cerâmica, possibilitando, deste modo, implementar as opções mais adequadas a cada caso particular e às exigências estéticas e clínicas.

### 2.Objetivos

A presente pesquisa bibliográfica tem como objetivo abordar a aplicabilidade estética e funcional, na clínica Dentária, da reabilitação anterior dentosuportada em cerâmica pura total versus facetas, salientando as diferenças entre ambas.

### 3.Metodologia

Para a realização da presente revisão narrativa foi feita uma pesquisa na base de dados PubMed utilizando as palavras-chave: "dentes anteriores", "estética dentária", "cerâmica pura", "facetas dentárias", "facetas cerâmicas", "coroas de revestimento total", "coroas dentárias", "cerâmica dentária" tendo sido obtidos 36 resultados, de entre os quais foram selecionados 10 artigos.

No Google acadêmico a pesquisa foi feita com as seguintes palavras chave: “dentes anteriores”, “estética dentária”, “cerâmica pura”, “facetadas dentárias”, “facetadas cerâmicas”, “coroas de revestimento total”, “coroas dentárias”, “cerâmica dentária” sendo obtidos 432 resultados de entre os quais foram selecionados 20 artigos.

Assim, com um total de 30 artigos foram usados como critérios de inclusão artigos em português, inglês e espanhol e artigos cujas palavras-chave estivessem de acordo com a pesquisa efetuada. Por sua vez, como critérios de exclusão, foram descartados artigos que, após a leitura do resumo, não se enquadravam no objetivo do trabalho.

## 4. Fundamentação Teórica

### 4.1 Reabilitação Estética do Sorriso

A busca por um sorriso natural ideal é cada vez mais exigente. Restabelecer as necessidades estéticas para a sua obtenção, é um objetivo do Médico Dentista exigido pelos pacientes, que anseiam por um sorriso estético e harmonioso. O sorriso apresenta-se como uma característica fundamental nas relações interpessoais de uma sociedade que incute a importância da aparência para a autoestima e aceitação<sup>(1)</sup>.

Alves et al afirma que a exigência, por parte dos pacientes, para o restabelecimento da estética “rosa” e “branca” está relacionada com algumas causas que proporcionam variações de cor nos dentes, entre elas, as mais comuns são manchas por tabagismo, traumatismo dentário, dieta rica em pigmentos alimentares, fatores congênitos ou devido a cárie dentária, que independentemente de serem fatores extrínsecos ou intrínsecos, podem ser minimizados<sup>(1)</sup>.

A Reabilitação estética e funcional do sorriso foi introduzida na Medicina Dentária contemporânea, realçando tratamentos mais conservadores como o aumento da coroa clínica, branqueamento dentário, coroas totais e facetas por meio de materiais que simulem as estruturas dentárias. O Médico Dentista pode realizar alterações na cor e forma dos dentes, além de restaurar uma relação harmoniosa com os tecidos periodontais. Estas abordagens devem ser sempre as mais conservadoras possíveis e devem assegurar todos os requisitos estéticos básicos<sup>(1)</sup>.

Uma ótima reabilitação estética anterior tem que ser interdisciplinar, partindo de um plano de tratamento adequado para a confecção de um resultado final estético que satisfaça as expectativas dos pacientes<sup>(1)</sup>.

## 4.2 Cerâmicas Dentárias

Atualmente, as cerâmicas constituem a principal alternativa restauradora para a estrutura dentária, devido às suas diversas propriedades favoráveis, tais como: condutabilidade térmica, resistência à compressão, radiopacidade, estabilidade de cor, biometismo e integridade marginal. Apresentam também boa resistência à tração e flexão, maior tenacidade e maior translucidez. São um material inorgânico não metálico, compostas por elementos metálicos ou semi-metálicos e oxigênio, utilizadas na Medicina Dentária devido às suas capacidades de imitar as características óticas da dentina e do esmalte, assim como a sua biocompatibilidade e durabilidade química<sup>(2-5)</sup>.

Muitos dos sistemas cerâmicos têm sido desenvolvidos por causa das cerâmicas apresentarem qualidades óticas superiores e das suas excelentes propriedades mecânicas, o que lhes fornece um papel relevante na Medicina Dentária restauradora para bons trabalhos estéticos. Não obstante, existem ainda assim, diferenças entre as variadas classes de materiais, o que conduz à utilização de diferentes tipos em diversas indicações clínicas<sup>(2-5)</sup>.

É um completo desafio para o Médico Dentista determinar qual sistema cerâmico se adapta melhor para uma dada situação clínica, devido à grande diversidade de sistemas cerâmicos disponíveis para todos os tipos de restaurações. Existe continuamente um aumento nas restaurações de cerâmica pura e menos nas restaurações de porcelana com metal, pois, os fabricantes vão incluindo novos materiais cerâmicos e melhorando os seus sistemas existentes. A classificação de todos os materiais cerâmicos permanece no geral constante, estando frequentemente sujeita a novas alterações com base em materiais e formulações mais recentes<sup>(2-5)</sup>.

As cerâmicas dentárias podem ser classificadas de acordo com a sua composição em três grupos: cerâmica feldspática, cerâmica dissilicato de lítio e cerâmica à base de zircônia<sup>(2-5)</sup>.

### 4.3 Coroas Cerâmicas

Até estimadamente 1980, as únicas possibilidades protéticas estéticas anteriores eram as coroas metalocerâmicas com limitações de biocompatibilidade e qualidade estética. Vários autores afirmam que elementos da liga de uma coroa metalocerâmica em estreita proximidade com o tecido gengival pode atingir concentrações elevadas, uma vez que não são diluídos pela saliva<sup>(6-8)</sup>.

Recentes progressos na área dos materiais dentários levaram à introdução de um elevado número de sistemas cerâmicos de revestimento total, que substituem as estruturas metálicas por bases de dissilicato de lítio, alumina, leucita, entre outras. Estes novos sistemas cerâmicos são bastante atrativos em função da sua estética, biocompatibilidade, propriedades mecânicas e físicas adequadas<sup>(6-8)</sup>.

As suas características naturais juntamente com as suas propriedades óticas, conferem-lhe a vantagem de ser o material estético que mais se igualiza à estrutura dentária, apresentando bom índice de sucesso a longo prazo, dependendo este, principalmente, da qualidade do preparo, com pequenas reduções e dimensões corretas<sup>(6-8)</sup>.

As coroas de cerâmica pura têm sido amplamente utilizadas em Prótese Dentária nos últimos anos pela sua superior resposta gengival e qualidade estética, enquanto alcança precisões marginais similares comparativamente a restaurações tradicionais em metal. As coroas de cerâmica pura são frequentemente mais utilizadas a nível anterior, devido à sua excelente estética, pois a nível posterior ainda apresentam uma grande taxa de falha e frágeis às fracturas<sup>(6-8)</sup>.

#### 4.3.1 Preparo Dentário

O preparo dentário é uma etapa decisiva para o sucesso de qualquer restauração, particularmente nas coroas de revestimento em cerâmica pura, o que requer uma ótima

uniformidade, assegurando uma camada uniforme de cerâmica potenciando uma maior resistência à fratura e aumento da durabilidade da mesma<sup>(9,10)</sup>.

Neste tipo de preparo dentário, a linha de terminação gengival é em ombro redondo (em “chamfro”) com uma largura uniforme de 1.0 milímetro, proporcionando assim, a criação de uma base plana capaz de resistir às forças com origem incisal. O preparo da face vestibular da coroa cerâmica é efetuada em dois planos, com o objetivo de criar espaço livre capaz de gerar bons resultados estéticos sem invasão pulpar, retirando-se cerca de 1.5 milímetro nesta face da estrutura dentária. Em termos de redução interproximal deve ser entre 1.2 a 1.4 milímetros e o desgaste incisal cerca de 2.0 milímetros. Também, todas as arestas e ângulos internos devem ser arredondados, de modo a diminuir risco de fratura por pontos de concentração de tensão<sup>(9,10)</sup>.

O resultado final de um preparo coronal ideal que integre linhas finais suaves e precisas, dá origem ao realce das margens e impressões exatas<sup>(9,10)</sup>.

#### 4.3.2 Indicações

As razões que levam à utilização das coroas de revestimento total em cerâmica pura para a dentição anterior, são:

- ✓ Tratamento estético conservador sem sucesso<sup>(11)</sup>;
- ✓ Trauma primário (fraturas no terço cervical)<sup>(11)</sup>;
- ✓ Alterações cromáticas severas<sup>(11)</sup>;
- ✓ Restaurações ou coroas pré-existentes que necessitam substituição<sup>(11)</sup>;
- ✓ Dentes com pouca estrutura coronal<sup>(11)</sup>;
- ✓ Dentes com alterações morfológicas exageradas<sup>(11)</sup>;
- ✓ Alterações de tamanho, forma e inclinação dentária<sup>(11)</sup>;
- ✓ Pacientes com bruxismo elevado<sup>(11)</sup>;

#### 4.3.3 Contra Indicações

- ✓ Pequenas fraturas<sup>(11)</sup>;
- ✓ Pequenas alterações cromáticas<sup>(11)</sup>;
- ✓ Substituição de facetas de resina composta<sup>(11)</sup>;
- ✓ Substrato dentário íntegro<sup>(11)</sup>;

#### 4.3.4 Vantagens

- ✓ Longevidade estética<sup>(11)</sup>;
- ✓ Dureza superficial boa<sup>(11)</sup>;
- ✓ Resistência à abrasão<sup>(11)</sup>;

#### 4.3.5 Desvantagens

- ✓ Preparo menos conservador<sup>(11)</sup>;
- ✓ Reduzida capacidade biomimética<sup>(11)</sup>;

#### 4.3.6 Cimentação das Coroas Cerâmicas

As coroas de revestimento total em cerâmica pura podem ser cimentadas de dois modos: cimentos de resina composta ou cimentos convencionais. Normalmente, os cimentos de resina composta são associados a coroas de cerâmica vítrea que apresentam baixa resistência e, os cimentos convencionais são associados a coroas com bases de alumina ou zircônia de elevada resistência, podendo estas coroas também, serem cimentadas por cimentos de resina composta<sup>(8,12)</sup>.

O excesso de cimento de resina composta deve ser totalmente removido para eliminar a hipótese de provocar problemas periodontais devido ao excesso de cimento depositado no sulco dentário. Este excesso deve ser removido anteriormente à polimerização final, para não danificar as margens da coroa. Numa restauração em que as margens estão localizadas na dentina, usa-se um cimento convencional, o ionômero de vidro modificado por resina<sup>(8,12)</sup>.

Deve ser mantida a harmonia entre a dentina, a cerâmica e o agente de cimentação. A decisão sobre qual sistema de cimentação usar deve ser tomada antes de decidir qual sistema de coroas a usar e com base na forma da resistência e da localização da margem de preparação do dente<sup>(8,12)</sup>.

#### **4.4 Facetas Cerâmicas**

As facetas cerâmicas são ligadas por resina à face vestibular do dente e fornecem um método mais conservador, durável e com maior potencial estético, sem recorrer a uma coroa de revestimento total, podendo ser feldspáticas ou de dissilicato de lítio<sup>(13,14)</sup>.

Devido ao seu elevado apelo estético, à sua biocompatibilidade e previsibilidade a longo prazo, as facetas cerâmicas tem vindo a tornar-se um tratamento restaurador de eleição no sector dentário anterior. É de grande importância salientar, que o Médico Dentista trace um plano de tratamento e a sua posterior execução rigorosamente, incluindo o enceramento e o mock-up, para não ocorrer qualquer tipo de fracasso no procedimento das facetas<sup>(13-17)</sup>.

Contudo, as facetas cerâmicas estão em permanente evolução, devido ao melhoramento dos sistemas adesivos, o que lhes permite demonstrar continuamente uma alta taxa de sucesso no que diz respeito aos problemas estéticos dos dentes anteriores<sup>(13-17)</sup>.

#### 4.4.1 Preparo Dentário

O interesse em tratamentos conservadores aumentou significativamente desde que as facetas dentárias foram introduzidas na década de 1980 como alternativa às coroas de revestimento total. O preparo das facetas cerâmicas, apresenta dois modos de realização, sendo que todo o procedimento dentário deve ser acompanhado por fotografias, modelos de estudo centrados em relações cêntricas, e fatores de diagnóstico<sup>(17,18)</sup>.

O preparo dentário deve ficar limitado ao esmalte, evitando envolver a dentina. A profundidade pode variar de acordo com a necessidade, em relação ao grau de escurecimento do substrato, posição dentária e resistência da cerâmica utilizada. O preparo deve ter pelo menos 0.5 milímetros de redução de espessura de esmalte, com exceção da região cervical. Um preparo mínimo restabelece retenção física, tem um contorno impercetível, simplifica o posicionamento e o assentamento adequado, assim como o alcance da cor<sup>(17,18)</sup>.

#### 4.4.2 Indicações

As facetas em cerâmica pura, para além de serem mais conservadoras que as coroas dentárias, mantêm também a biomecânica de um dente natural, com uma taxa de sucesso de aproximadamente 93% ao longo de 15 anos de uso clínico. As facetas dentárias estão indicadas em casos de:

- ✓ Correção da forma ou posicionamento dentário<sup>(5,18,19)</sup>;
- ✓ Alterações morfológicas de dentes com microdontia ou transposição dentária<sup>(5,18,19)</sup>;
- ✓ Reparação de fraturas incisais<sup>(5,18,19)</sup>;
- ✓ Presença de diastemas<sup>(5,18,19)</sup>;
- ✓ Restaurações dentárias anteriores extensas<sup>(5,18,19)</sup>;
- ✓ Mudança de cor no dente<sup>(5,18,19)</sup>;

- ✓ Alterações no esmalte (abrasão, atrito, abfração)<sup>(5,18,19)</sup>;
- ✓ Reabilitação da guia anterior<sup>(5,18,19)</sup>;
- ✓ Preparação da coroa e ponte<sup>(5,18,19)</sup>;

#### 4.4.3 Contra Indicações

- ✓ Grandes destruições coronárias<sup>(15,19,20)</sup>;
- ✓ Perda de estabilidade oclusal posterior<sup>(15,19,20)</sup>;
- ✓ Hábitos parafuncionais descompensados<sup>(15,19,20)</sup>;
- ✓ Pouca ou nenhuma estrutura de esmalte remanescente<sup>(15,19,20)</sup>;
- ✓ Alterações severas na coloração do substrato<sup>(15,19,20)</sup>;
- ✓ Grandes alterações de forma ou posição dentária<sup>(15,19,20)</sup>;

#### 4.4.4 Vantagens

- ✓ Preparo conservador<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Força adesiva<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Estabilidade de cor<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Resistência à abrasão<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Promover a saúde periodontal<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Transmissão de luz<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Excelente estética<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Resistência à absorção do fluído<sup>(14,18,21)</sup>;

#### 4.4.5 Desvantagens

- ✓ Custo elevado<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Reparação mais complicada<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Tempo de preparação e trabalho<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Técnica minuciosa<sup>(14,18,21)</sup>;
- ✓ Resistência frágil<sup>(14,18,21)</sup>;

#### 4.4.6 Cimentação das Facetas Cerâmicas

No que diz respeito à cimentação das facetas em cerâmica pura, pode haver dois métodos: restaurações com margens no esmalte dentário e restaurações com margens em dentina<sup>(22,23)</sup>.

Na cimentação com margens localizadas no esmalte, é imprescindível o uso de cimentos de resina composta. A adesão com o esmalte do dente tem como resultado um sistema composto com a estabilização da cerâmica pura, sendo esta o principal motivo pelo qual as facetas cerâmicas têm elevadas taxas de sucesso. No caso das facetas, é necessário abordar a cimentação adesiva e, esta, deve compreender a ligação de um cimento à base de resina ao dente e à face interna da cerâmica. A evolução da cimentação adesiva, contribuiu, para o desenvolvimento de diferentes métodos de condicionamento ácido da cerâmica<sup>(22,23)</sup>.

Na cimentação com margens localizadas na dentina, fazem parte as restaurações parciais, como facetas ou coroas cerâmicas com profundas cavidades interproximais. A execução de margens subgingivais interproximais e o uso de dique de borracha nestes casos são de grande importância. Ainda que, a adesão à dentina não possua tanta longevidade e eficácia como a adesão ao esmalte, é possível obter selamento ao usar nestes casos cimentos de resina composta. A adesão com a utilização de cimentos à base de resina de baixa viscosidade, é normalmente, a opção ideal para a cimentação definitiva. Nas

restaurações cerâmicas, são vulgarmente utilizados estes tipos de cimentos, devido aos resultados excelentes das suas propriedades biomecânicas. O cimento à base de resina, é uniformizado no interior da faceta, após a aplicação de adesivo. As facetas devem ser introduzidas no bordo incisal, com direção no sentido gengivoapical, aplicando-se, de seguida, uma ligeira pressão sobre a faceta e, posteriormente a polimerização do cimento resinoso<sup>(22,23)</sup>.

#### 4.5 Coroas Cerâmicas versus Facetas Cerâmicas

Na atualidade, no que diz respeito às exigências estéticas no sector anterior, existe mais do que uma possibilidade, como por exemplo as coroas ou facetas totais em cerâmica. Na comparação das duas, cada uma delas tem fatores a favor e fatores contra. A coroa de revestimento total é definida pela alteração da geometria de todas as faces dentárias, o que permite que uma nova coroa seja adaptada ao dente. Já a faceta, consiste na substituição da parte visível do esmalte dentário por um material que se une estreitamente à superfície do dente, vulgarmente conhecidas como “lentes de contacto”<sup>(12,24-26)</sup>.

Os preparos dentários das facetas em comparação aos preparos coronais, são muito mais conservadores e reversíveis, mantendo os contactos oclusais e proximais intactos. O dente, fica assim, menos propício à fratura e o potencial de envolvimento pulpar é reduzido, comparando com o procedimento do preparo das coroas dentárias<sup>(12,21,24-26)</sup>.

Tanto as coroas cerâmicas como as facetas, possuem uma elevada taxa de sucesso, sendo que a taxa de sucesso das facetas é superior á das coroas totais. Ambas também, possuem alguns fatores que podem levar ao insucesso, como por exemplo as fraturas, as microinfiltrações e as descimentações. Na parte estética, as facetas apresentam uma capacidade biomimética mais elevada que as coroas totais, o que é um fator relevante na escolha das mesmas, devido á sua reduzida espessura, que as faz transmitir uma aparência idêntica ao dente natural<sup>(25-30)</sup>.

## 5. Conclusão

Em suma, como conclusão podemos dizer que as facetas e as coroas em cerâmica pura são o tratamento de eleição para a reabilitação estética no sector anterior, devido a todas as suas ótimas propriedades, sendo cada método devidamente adaptado ao caso clínico, mas tanto as facetas como as coroas totais apresentam fatores a favor e fatores contra. A escolha do melhor método restaurador, facetas cerâmicas ou coroas cerâmicas, depende das condições dentárias iniciais, relacionadas com a possível maior ou menor preservação dentária e da utilização dos devidos recursos e sistemas adesivos disponíveis.

A escolha entre coroas ou facetas cerâmicas deve apenas se focar nos melhores benefícios estéticos e funcionais pretendidos, incluindo o remanescente dentário, as limitações das técnicas e das propriedades dos materiais selecionados, para a ideal reabilitação estética anterior, de encontro às necessidades estéticas do paciente.

## 6. Bibliografia

1. Alves NV, Santana TAT, Landim EV, Tavares GR. Reabilitação Estética e Funcional do Sorriso: Revisão de Literatura. *Revista Interfaces Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2016; 3(9): 25–30.
2. Peixoto ICG, Akaki E. Avaliação de Próteses Parciais Fixas em Cerâmica Pura: Uma Revisão de Literatura. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*. 2008; 4(2): 96–103.
3. Amoroso AP, Ferreira MB, Torcato LB, Pellizzer EP, Mazaro JVQ, Filho HG. (2012). Cerâmicas odontológicas: Propriedades, Indicações e Considerações Clínicas. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2012; 33(2): 19–25.
4. Gracis S, Thompson VP, Ferencz JL, Silva NRFA, Bonfante EA. A New Classification System for All-Ceramic and Ceramic-like Restorative Materials. *The International Journal of Prosthodontics*. 2015; 28(3): 227-235.
5. Sadaqah NR. Ceramic Laminate Veneers: Materials Advances and Selection. *Open Journal of Stomatology*. 2014; 4(05): 268–279.
6. Roberto J, Saad C. Coroas estéticas anteriores em cerâmica metal-free : relato de caso clínico Aesthetic all-ceramic dental crowns for anterior teeth : a case report. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2010; 7(4):494–498.
7. Donovan TE. Factors essential for successful all-ceramic restorations. *JADA*. 2008; 139(9): 14S-18S.
8. Mizrahi B. The anterior all-ceramic crown: A rationale for the choice of ceramic and cement. *British Dental Journal*. 2008; 205(5): 251–255.
9. Goodacre CJ, Campagni WV, Aquilino SA. Tooth preparations complete crowns: Na art from based on scientific principles-clinical implications. *The journal of prosthetic dentistry*. 2001; 85: 363–376.

10. Rossato R, Saade E, Saade J, Porto-Neto S. Aesthetic all-ceramic dental crowns for anterior teeth: a case report. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 Oct-Dec; 7(4): 494-8.
11. Cardoso PC, Decurcio RA, Pacheco AFR, Fonseca RB. Facetas x Coroas Cerâmicas : A Odontologia Conservadora Elimina as Coroas Cerâmicas. *Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry*. 2011; 7(3): 320–330.
12. Pospiech P. All-ceramic crowns: bonding or cementing. *Clinical Oral Investigations*. 2003; 6: 189-197.
13. Walls AWG, Steele JG, Wassel RW. Crowns and other extra-coronal restorations: Porcelain Laminate Veneers. *British Dental Journal*. 2002; 193: 73-82.
14. Peumans M, Van MB, Lambrechts P, Vanherle G. Porcelain veneers: A review of the literature. *Journal of Dentistry*. 2000; 28(3): 163–177.
15. Prajapati P, Sethuraman R, Naveen YG, Patel JR. Indirect Laminate veneer: A conservative novel approach. *BMJ Case Reports*. 2013; 1–3.
16. Calamia JR, Calamia CS. Porcelain Laminate Veneers: Reasons for 25 Years of Success. *Dental Clinics of North America*. 2007; 51(2): 399–417.
17. Gürel G. Porcelain Laminate Veneers: Minimal Tooth Preparation by Design. *Dental Clinics of North America*. 2007; 51(2): 419–431.
18. De Andrade OS, Romanini J, Hirata R. Ultimate Ceramic Veneers: A Laboratory-Guided Ultraconservative Preparation Concept for Maximum Enamel Preservation. *Quintessence of Dental Technology*. 2012 Jan; 35:29.
19. Nový BB, Fuller CE. The material science of minimally invasive esthetic restorations. *Compend Contin Educ Dent*. 2008; 29(6): 338-46.
20. LeSage, B. Establishing a classification system and criteria for veneer preparations. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*. 2013; 34(2).

21. Shetty, N., Dandakeri, S., & Dandakeri, S. (2013). "Porcelain Veneers , a Smile Make Over ": A Short Review. *Journal of Orofacial Research*, 3(3), 186–191.
22. Ozcan M, Nijhuis H, Valandro LF. Effect of Various Surface Conditioning Methods on the Adhesion of Dual-cure Resin Cement with MDP Functional Monomer to Zirconia after Thermal Aging. *Dental Materials Journal*. 2008; 27(1): 99-104.
23. Namoratto LR, Ferreira RS, Lacerda RAV, Filho HRS, Ritto FP. Cimentação em Cerâmicas: evolução dos procedimentos convencionais e adesivos. *Revista brasileira odontologia*. 2013; 70(2): 142-7.
24. Della Bona A, Kelly JR. The clinical success of all-ceramic restorations. *Journal of the American Dental Association*. 2008; 39(9): S8–S13.
25. Sadowsky SJ, Angeles L. An overview of treatment considerations for esthetic restorations: A review of the literature. *The Journal Prosthet Dent*. 2006; 96: 433–442.
26. Goodacre CJ, Bernal G, Rungcharassaeng K, Kan, JYK. Clinical complications in fixed prosthodontis. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2003; 90:31-41.
27. Soares PV, Zeola LF, Souza PG, Pereira FA, Milito GA, Machado AC. Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Cerâmicas Reforçadas por Dissilicato de Lítio. *Rev Odontol Bras Central*. 2012 21(58): 538–543.
28. Magne P. Porcelain Versus Composite Inlays/Onlays: Effects of Mechanical Loads on Stress Distribution, Adhesion and Crown Flexure. *The International Journal of Periodontics*. 2003; 23(6): 543-555.
29. Medina DS, Mendes TS, Ferruzzi F, Mori AA, Zeczkowski M, Maretti LP. Smile Recovery Through Veneer and Crowns of lithium disilicate glass-Ceramic. *Revista Uningá*. 2019; 56(3): 146-157.

30. Spear F, Holloway J. Wich all-ceramic system is optimal for anterior esthetics. JADA. 2008; 139(9): S19-S24.

## Capítulo II – Relatório das atividades práticas das disciplinas de estágio

### 1. Estágio em Clínica Geral Dentária

Este estágio decorreu na Clínica Filinto Baptista, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde – Gandra, com uma carga horária de 5h semanais, que decorria á quarta feira, das 19h ás 24h, de 12 de Setembro de 2018 até 12 de Junho de 2019. Em todo este período fomos supervisionados pelo mestre João Baptista, pelo professor Luís dos Santos e pela professora Sónia Machado.

Ao longo deste estágio fui capaz de aplicar, desenvolver e aprimorar todas as técnicas e conhecimentos que aprendi ao longo do curso, e sem dúvida que foi uma mais valia para a nossa componente prática dado que nos torna seres mais autónomos e é um ótimo estimulante das nossas capacidades como profissionais de saúde.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	6	5	11
Endodontia	0	1	1
Exodontia	2	0	2
Destartarização	4	5	9
Prótese Fixa	0	0	0
Prótese Removível	0	0	0
Outros	1	1	2

Tabela 1: Atos clínicos ECGD

## 2. Estágio em Clínica Hospitalar

Este estágio decorreu no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa em Penafiel durante um período de 3.5h semanais, tendo iniciado no dia 17 de Setembro de 2018 até 3 de Junho de 2019 sob a supervisão da Mestre Paula Malheiro e do Mestre Rui Bezerra, sendo realizado á segunda-feira entre as 9h e as 12h30.

Durante a permanência neste estágio fomos expostos a vários tipos de pacientes fora do nosso clima comum, ou seja, a situações menos frequentes, como pacientes com necessidades especiais e doenças mais raras. Este contacto enriqueceu, pessoalmente, a minha prática clínica, pois para além de ter de me adaptar, aprendi novas formas de abordar o paciente.

Isto tudo aliado ao grande fluxo de pacientes, á destreza manual daí adquirida e á rapidez desenvolvida na prática dos atos clínicos mostrou-se altamente benéfico para a construção do meu perfil como futura Médica Dentista.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	32	22	54
Endodontia	0	2	2
Exodontia	18	25	43
Destartarização	15	11	26
Prótese Fixa	0	0	0
Prótese Removível	0	0	0
Outros	18	23	41

Tabela 2: atos de ECH

### 3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária

Este estágio teve uma carga horária de 3.5h semanais, sendo realizada á quarta-feira entre as 9h e as 12h30. Iniciou-se no dia 12 de Setembro de 2018 até 14 de Junho de 2019, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante. Numa primeira fase decorreu no IUCS sendo planeado e organizado um plano de atividades. Posteriormente foram implementados o Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira e o Hospital de Santo Tirso.

Este estágio foi uma experiência bastante enriquecedora a nível pessoal e profissional que, mais uma vez, nos permitiu lidar com pacientes e situações fora do nosso quotidiano.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	4	3	7
Endodontia	2	4	6
Exodontia	2	1	3
Destartarização	1	1	2
Prótese Fixa	0	0	0
Prótese Removível	0	0	0
Outros	4	7	11

Tabela 3: Atos de ESOC