

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Diferentes estratégias de tratamento
estético no setor anterior: Facetas dentárias
convencionais em cerâmica versus Lentes
de Contacto

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Arnaldo Sousa

Diana Manuela Miranda Marques

Gandra, 2019

Declaração de Integridade

Eu, **Diana Manuela Miranda Marques**, 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: **Diferentes estratégias de tratamento estético no setor anterior: Facetas dentárias convencionais em cerâmica versus Lentes de Contacto**

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à 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 neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Gandra, Setembro de 2019

O orientando,

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Sousa

ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, **Arnaldo Sousa**, com a categoria profissional de **Professor Auxiliar** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **“Diferentes Estratégias de Tratamento Estético no Setor Anterior: Facetas Dentárias convencionais em cerâmica versus Lentes de Contacto Dentárias”**, do aluno de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Diana Manuela Miranda Marques**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 10 de setembro de 2019

O Orientador,

Agradecimentos

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que este trabalho se concretizasse.

À minha mãe, agradeço o tanto que sempre fez por mim, e o facto de me tentar transmitir alguma da sua garra, de modo a que eu nunca baixe os braços e continue atrás dos meus sonhos e objetivos.

Agradeço ao meu pai, o meu primeiro e mais duradouro amigo, acima de tudo aquele que sempre transbordou orgulho, amor e alegria, mesmo quando eu não me sentia tão merecedora.

Quero agradecer à minha irmã por partilharmos tantas histórias, por manter o coração aberto, a gargalhada leve e solta e a constante presença na minha vida, sendo que foi fundamental para me distrair e me lembrar que há um mundo lá fora, pronto para ser explorado, assim que as responsabilidades estivessem assumidas.

Ao meu namorado, quero agradecer por ter sempre uma palavra amiga, um abraço reconfortante, conselhos espontâneos e que me motivavam a ter coragem e a encarar as adversidades de outra forma. Agradeço por poder contar sempre com ele e por ter partilhado quase toda a minha jornada ao meu lado.

Ao meu orientador, agradeço a disponibilidade, a paciência e a boa disposição com que sempre me ajudou, incentivando-me sempre a não baixar os braços e a trabalhar mais, de modo a que eu conseguisse atingir os meus objetivos.

ÍNDICE GERAL

Capítulo I- Desenvolvimento Fundamentação Teórica

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	2
3. Materiais e métodos.....	2
4. Desenvolvimento.....	3
4.1 Estética.....	3
4.1.1 Setor Anterior.....	3
4.1.2 Fatores Básicos da Estética.....	4
4.2 Facetas Dentárias.....	4
4.2.1 Facetas Feldspáticas.....	4
4.2.2 Indicações.....	6
4.2.3 Contra-Indicações.....	7
4.2.4 Facetas reforçadas com Dissilicato de Lítio.....	7
4.3 Lentes de Contacto Dentárias.....	8
4.3.1 Preparação do esmalte.....	8
4.3.2 Modo de preparo.....	8
4.3.3 Indicações.....	9
4.3.4 Contra-indicações.....	10
4.3.5 Vantagens.....	10
4.3.6 Desvantagens.....	11
4.4. Lentes de Contacto Dentárias ou Facetas Dentárias.....	11
5. Considerações finais.....	12
6. Bibliografia.....	13

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

1. Estágio em Clínica Geral Dentária.....	
2. Estágio em Clínica Hospitalar.....	
3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária.....	

Resumo

Existem diversos tratamentos dentários capazes de restaurar e transformar por completo um sorriso, sendo a grande tendência atual, tratamentos minimamente invasivos. É essencial, a necessidade de atualização constante das técnicas e materiais cerâmicos

A faceta consiste no recobrimento da face vestibular da estrutura dentária com um material restaurador, fortemente unido por intermédio de sistemas adesivos.

As lentes de contato são restaurações indiretas extremamente finas, com espessura de 0.3 a 0.8mm e que cobrem a face vestibular dos dentes.

Na prática clínica, a melhoria da estética dos dentes anteriores é um motivo frequente pelo qual os pacientes consultam o médico dentista, podendo esta ser afetada por lesões de cárie, malformações, alterações anatómicas, descolorações ou outros tipos de defeitos. Podemos confeccionar facetas convencionais ou lentes de contacto dentárias para restabelecer a forma e estética, sendo a principal característica que difere nestes tratamentos a quantidade de desgaste dentário efetuado.

Palavras-chave: Facetas dentárias convencionais e Lentes de contacto; Estética e sector anterior;

Abstract

There are several dental treatments capable of completely restoring and transforming a smile, and the current trend is minimally invasive treatments. It is essential, the need for constant updating of ceramic techniques and materials

The veneer consists in the covering of the vestibular face of the dental structure with a restoring material, strongly bonded through the adhesive systems.

Contact lenses are extremely fine indirect restorations, with a thickness of 0.3-0.8mm and covering the buccal surface of the teeth.

In clinical practice, improving the aesthetics of anterior teeth is a common reason why patients consult the dentiste, and may be affected by caries lesions, malformations, anatomical changes, discolorations or other types of defects. We can make conventional veneers or dental contact lenses to restore shape and aesthetics, being the main characteristic that differs in these treatments the amount of dental wear done.

Key Words: Veneers and Dental Contact Lenses; Aesthetics and anterior sector;

Capítulo I – Fundamentação teórica

1. Introdução

Atualmente, os pacientes procuram cada vez mais a melhoria da estética dentária. Por esse motivo, procuram a perfeição nos trabalhos elaborados pelo médico dentista. Um sorriso bonito é capaz de elevar a auto-estima de um indivíduo, transmitindo-lhe confiança. Tratamentos estéticos ocupam, por isso, um lugar de grande relevância na Medicina Dentária moderna, uma vez que os pacientes ambicionam um sorriso esteticamente agradável.^(1,2)

Salientam-se características que irão proporcionar um sorriso bonito: a proporção certa de cada dente ou a altura que o sorriso deve ter. Atualmente existe uma grande tendência para a escolha de tratamentos minimamente invasivos. As facetas em cerâmica convencionais e as lentes de contacto dentárias são uma mais valia para o paciente pois têm a capacidade de integrar a reabilitação, por executar reparações na forma, posição e no equilíbrio funcional e estético dos dentes.⁽²⁾

As facetas convencionais de cerâmica são criadas com camadas de um vidro base de dióxido de silício. Proporcionam: uma estética agradável, resistência à abrasão e estabilidade.^(3,4)

Apesar deste tipo de material ter tendência a ser quebradiço, cimentos resinosos auxiliam o reforço, a adesão entre a peça protética e a peça dentária, diminuindo as probabilidades de se criarem fissuras.⁽⁵⁾

Por outro lado, as lentes de contacto dentárias são feitas de um tipo de cerâmica específica, o cerinato, que é uma cerâmica feldspática que possui leucita.⁽⁴⁾

Destacam-se pela sua longevidade, alta resistência e pelas suas excelentes propriedades óticas.⁽⁶⁾

O tratamento com lentes de contato é minimamente invasivo. Diferenciam-se das facetas cerâmicas, pois estas necessitam de alguma preparação da peça dentária sendo igualmente resistentes e duradouras, apesar de serem muito finas.⁽⁴⁾

2. Objetivos

Esta revisão narrativa tem como objetivos abordar e avaliar os dois tratamentos no setor anterior, indicações, vantagens e desvantagens: facetas cerâmicas convencionais e lentes de contacto dentárias.

3. Materiais e métodos

A metodologia desta revisão narrativa, é baseada em vários artigos científicos obtidos a partir das bases de dados: Pubmed, Scielo e Google académico. Escritos na língua portuguesa, inglesa e espanhola. A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro de 2018 e novembro de 2018. Foram utilizados os critérios de inclusão e exclusão a seguir expostos. Na tabela 1 são apresentados e descritos os resultados do levantamento de artigos da pesquisa efetuada.

Critérios de inclusão:

- Artigos entre 2008 e 2018 em português, inglês e espanhol;
- Artigos com texto completo;
- Artigos que apresentam informação sobre o tema

Critérios de exclusão:

- Artigos que não permitam "download";
- Artigos que não contenham informação sobre o tema deste trabalho;
- Artigos que, através da leitura do título e resumo não demonstrem interesse e conteúdo para o tema em questão.

Tabela 1 – Estratégia de pesquisa

Base de dados	Palavras-chave	Nº total de artigos
Google Académico	Veneer AND Dental contact lenses/ Lentes de contacto dentárias	Encontrados: 105 Utilizados: 13
Google Académico	Aesthetic AND Anterior Section	Encontrados: 90 Utilizados: 9
Pubmed	Veneers AND Dental Contact Lenses	Encontrados: 37 Utilizados: 3
Pubmed	Aesthetics AND Anterior Section	Encontrados: 6 Utilizados: 2
Scielo	Veneers AND Dental Contact Lenses	Encontrados: 6 Utilizados: 2
Scielo	Aesthetics AND Anterior Section	Encontrados: 1 Utilizados: 0

4. Discussão

4.1 Estética

Atualmente, a sociedade é cada vez mais exigente no que se refere ao conceito de estética dentária. Há diversas formas de corrigir pequenas deficiências nos dentes ou nos tecidos moles envolventes, corrigindo assim o aspeto de um indivíduo, com tratamentos minimamente invasivos.⁽⁴⁾

4.1.1 Setor anterior

A forma e a proporção dos dentes, principalmente dos anteriores, poderão tornar feio o sorriso e, conseqüentemente, a auto-estima do paciente.⁽⁵⁾

É de salientar o guia denominado de proporção áurea, dado que concede uma maior naturalidade, oferecendo concordância ao sorriso. Assim sendo, a aparência do incisivo lateral superior deve ser 2/3 ou 62% da largura do incisivo central superior. O canino deve ter cerca de 62% de largura do incisivo lateral.⁽⁵⁾

4.1.2 Fatores básicos da Estética

A gengiva é o tecido de suporte dos dentes e pode ser considerada igualmente importante na estética dentária. A área dos tecidos moles juntamente com os dentes, é muitas vezes referida como a zona estética.⁽⁵⁾

A posição, o contorno, a textura e a cor são os quatro determinantes básicos para um sorriso bonito. Relativamente à cor, esta é geralmente descrita de acordo com o espaço/modelo de cores de Munsell que a subdivide em matiz, valor e croma.⁽⁶⁾

Matiz

Permite distinguir várias famílias de cores.⁽⁶⁾

Valor/Brilho

Indica a leveza de uma cor, ou seja, representa a variedade na percepção de um brilho de uma cor ou espaço de cores. É descrito como a quantidade de luz que é refletida num objeto, e Munsell retratou-o como sendo uma escala que vai do branco ao preto acinzentado.⁽⁶⁾

Croma

É o grau de saturação de cores, é a intensidade ou força da Matiz.⁽⁶⁾

4.2 Facetas Dentárias

Na medicina dentária estética, as facetas dentárias são consideradas técnicas clínicas

conservadoras por não serem muito invasivas, relativamente aos tecidos duros e moles e por garantirem um resultado estético bastante satisfatório.⁽⁷⁾

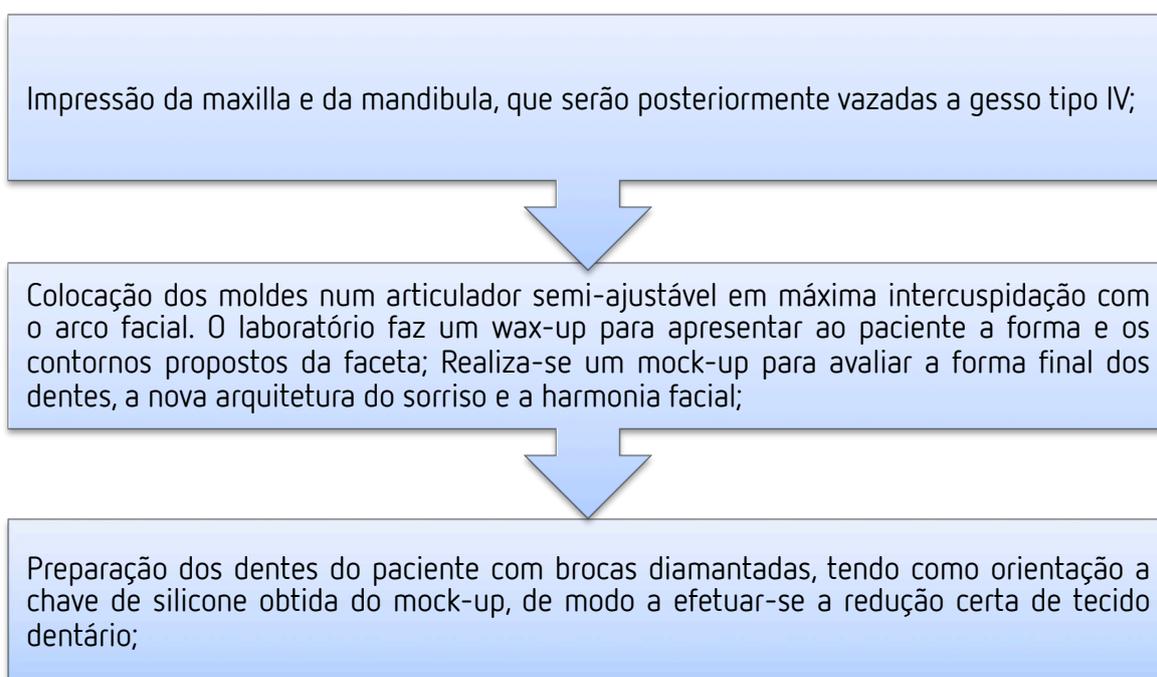
4.2.1 Facetas Feldspáticas

As cerâmicas de feldspato são utilizadas em vários tratamentos de reabilitação devido à sua biocompatibilidade e capacidade de obter resultados estéticos satisfatórios e funcionais. A cimentação adesiva permite que, mesmo este tipo de material tão fino, seja fixo às estruturas dentárias sem haver fratura imediata, levando ao sucesso clínico e longevidade. Barbon et al indicaram que módulos de elasticidade mais elevados são melhores relativamente ao fortalecimento cerâmico.⁽⁹⁾

Uma cimentação à base de resina inibe o aparecimento e crescimento de fissuras. A cerâmica feldspática poderá restaurar a forma e a cor do dente de forma muito eficaz. Este tipo de porcelana permite uma preparação conservadora dos dentes e mais espaço para definir os terços médio e incisal.^(10,11)

Procedimentos clínicos

Para que a técnica seja bem sucedida, Federizzi et al, defendem que alguns passos sejam respeitados:⁽¹¹⁾



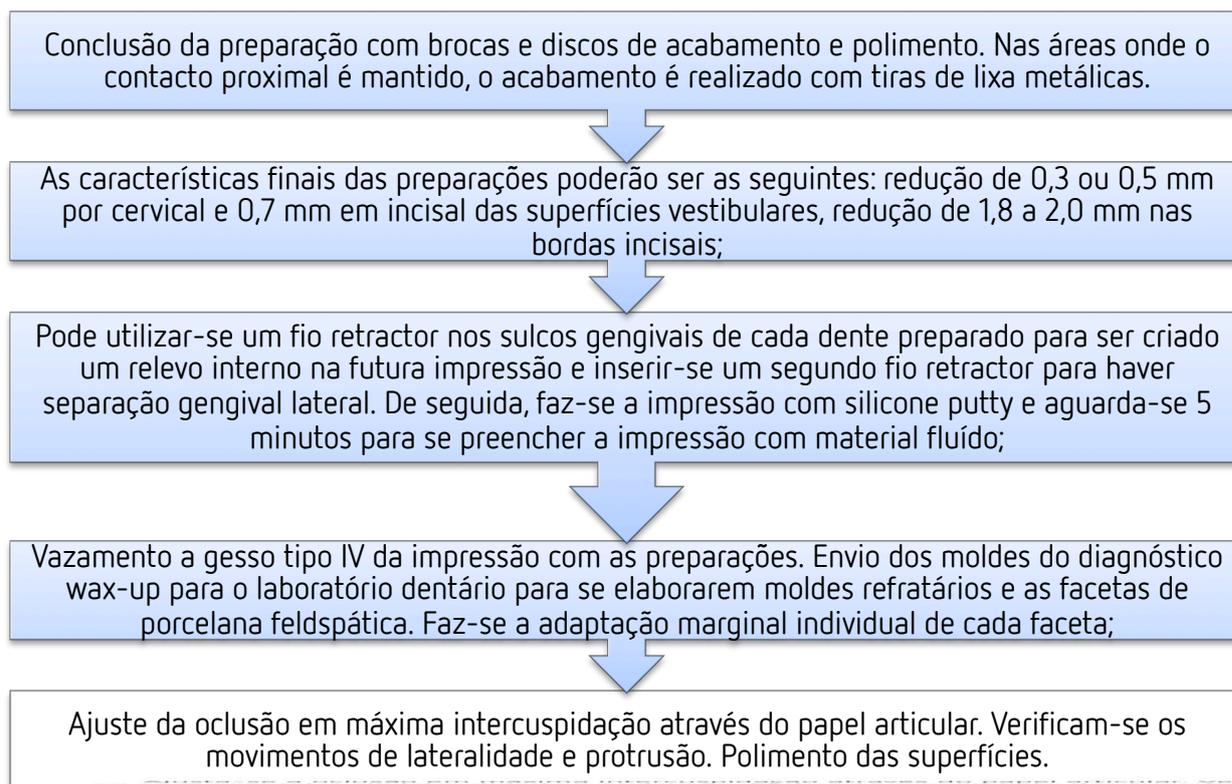


Tabela 2 Protocolo para colocação de facetas

4.2.2 Indicações

- Formas ou contornos desagradáveis e/ou falta de tamanho e/ou volume, requerendo modificações morfológicas;⁽¹²⁾
- Esmalte com manchas de fluorose;⁽¹²⁾
- Dentes deformados;⁽¹²⁾
- Dentes manchados ou escurecidos;⁽¹³⁾
- Hipocalcificação;⁽¹³⁾
- Diastemas múltiplos;⁽¹³⁾
- Microdontia;⁽¹³⁾
- Dentes fissurados ou fraturados;⁽¹³⁾
- Dentes lingualizados;⁽¹³⁾
- Dentes mal posicionados que não necessitam de Ortodontia.⁽¹³⁾

Se as restaurações forem muito extensas, deve utilizar-se material mais forte à base de dissilicato de lítio ou reforçado com leucita, preterindo-se a opção da faceta feldspática.⁽¹²⁾

4.2.3 Contra-indicações

- Distância interoclusal reduzida;⁽¹²⁾
- Overbites demasiado profundos ou sobreposições de dentes;⁽¹²⁾
- Restaurações que sejam colocadas mais distalmente;⁽¹²⁾
- Espaçamento interdentário excessivo;⁽¹³⁾
- Má higiene ou cáries;⁽¹³⁾
- Hábitos parafuncionais (cerrar demasiado os dentes, bruxismo);⁽¹³⁾
- Dentes com uma formação defeituosa de esmalte;⁽¹⁴⁾
- Dentes com pouca estrutura remanescente;⁽¹⁴⁾
- Dentes permanentes jovens;⁽¹⁴⁾
- Comprometimento periodontal severo;⁽¹⁴⁾
- Apinhamento severo.⁽¹⁴⁾

4.2.4 Facetas reforçadas com Dissilicato de Lítio

Cerâmicas modernas, como o dissilicato de lítio, oferecem hoje em dia, a opção de substituição minimamente invasiva da substância dentária perdida. Simultaneamente, apresentam alta resistência à fratura.⁽¹⁵⁾

Além disso, esta técnica é muitas vezes indicada, devido à sua longevidade, integridade e estabilidade ao longo do tempo, pois estes são fatores determinantes no momento de indicar um tratamento.⁽¹⁶⁾

Este tipo de material apresenta uma estrutura especial homogênea em grão fino, de modo a proporcionar excelentes qualidades físicas, alta capacidade de carga, confiabilidade a longo prazo e excelentes propriedades estéticas.⁽¹⁷⁾

As cerâmicas têm resultados previsíveis, estéticos e duradouros. As facetas cerâmicas de dissilicato de lítio apresentam uma resistência ao desgaste relativamente alta, sem comprometer as propriedades ópticas.⁽¹⁸⁾

4.3 Lentes de Contacto Dentárias

Neste tipo de tratamento pode evitar-se analgesia, uma vez que poderá não haver desgaste do dente, ou se houver, será uma preparação mínima no esmalte. Também a biocompatibilidade começará a estar presente nos substratos periodontais e dentários. Por outras palavras, são facetas de porcelana dentária sem preparação (lentes de contato cerâmicas).^(19,20)

As lentes de contacto são fragmentos bastante finos (0,3 a 0,5 mm) de cerâmica, que se assemelham ao dente natural de forma satisfatória devido às suas características estéticas, mecânicas e ópticas, oferecendo ao paciente uma excelente qualidade no acabamento estético e funcional, e num curto prazo de tempo.⁽²¹⁾

Estas microlaminas são peças delicadas, que posteriormente serão colocadas sobre o esmalte.⁽⁸⁾

4.3.1 Preparação do esmalte

Alguns autores acreditam que não há necessidade de se preparar o dente para este tipo de restauração, no entanto outros afirmam que este passo é imprescindível, devido a três fatores: força, suporte e cor. Pahlevan et al afirmam que o preparo para a lente de contacto deve ser feito no esmalte para maximizar a resistência adesiva da resina e diminuir as tensões de tração na porcelana, sendo que, quando o preparo é feito em chanfro há mais tendência para haver exposição dentinária, nomeadamente na região cervical. Por outro lado, quando utilizado o preparo em fio de faca, não se verifica qualquer exposição dentinária.⁽²²⁾

4.3.2 Modo de Preparo

Protocolo fotográfico e planeamento digital

- ajudará a criar os modelos de cera diagnósticos.⁽²³⁾

Mock-up diagnóstico

- é possível pré-visualizar o resultado final do tratamento.⁽²³⁾

Etapas Clínicas e Laboratoriais

Segundo Morita et al, é necessário avaliar a saúde periodontal

- seleção de cor, enquanto os dentes estão hidratados;⁽²³⁾
- são feitos os preparos minimamente invasivos nas situações em que são necessários;⁽²³⁾
- Realização de impressões.⁽²³⁾

Try-in/ seleção da forma (para minimizar a hipótesede erros)

- realizam-se dois tipos de testes na boca do paciente, a prova seca e a prova húmida usando pasta try-in;⁽²³⁾
- fotografa-se para avaliar a cor;⁽²³⁾
- o paciente visualiza e comenta acerca da forma e cor final dos elementos dentários.⁽²³⁾

Cimentação

- as lentes de contacto devem ser cimentadas com um agente fotopolimerizável para evitar as alterações de cor com o tempo, comprometendo a longevidade do resultado estético;⁽²⁴⁾
- falhas técnicas também poderão levar a uma instabilidade na cor.⁽²⁴⁾

Polimento e Acabamento

- polimento com borrachas abrasivas para remover o excesso de cimento;⁽²³⁾
- avaliação da oclusão para garantir que a protrusão anterior e as lateralidade estejam corretas.⁽²⁴⁾

4.3.3 Indicações

- Mudanças discretas na cor dos dentes;⁽²⁵⁾
- Fecho de diastemas;⁽²⁵⁾
- Dentes com fraturas pequenas;⁽²⁵⁾
- Mudanças no contorno dentário;⁽²⁵⁾
- Imitar restaurações classes III, IV e V;⁽²⁵⁾
- Dentes pequenos e lingualizados;⁽²⁵⁾
- Descoloração resistente a procedimentos de branqueamento;⁽¹²⁾
- Desgaste nos dentes.⁽²⁶⁾

No entanto, apenas se deve aplicar esta técnica se:

- Amplitude mínima de 0,2 mm na superfície labial;⁽²⁰⁾
- Ótima higiene oral;⁽²⁰⁾
- Oclusão estável.⁽²⁰⁾

4.3.4 Contra-indicações

- Dentes expostos a elevada carga oclusal;⁽²⁵⁾
- Hábitos parafuncionais, como o bruxismo;⁽²⁵⁾
- Modificação de posicionamento dentário;⁽²⁵⁾
- Grande destruição coronária;⁽²⁵⁾
- Grandes alterações na cor;⁽²⁵⁾
- Restaurações extensas;⁽²⁵⁾
- Doença periodontal;⁽²⁵⁾
- Quantidade insuficiente de esmalte para a obtenção de uma boa adesão.⁽²⁵⁾

4.3.5 Vantagens

- Mínimo ou nenhum preparo dentário;⁽²⁵⁾
- Seguras e previsíveis;⁽²⁵⁾
- Propriedades óticas semelhantes ao dente natural;⁽²⁵⁾
- Estabilidade química;⁽²⁵⁾
- Biocompatibilidade;⁽²⁵⁾
- Boas propriedades físicas e mecânicas;⁽²⁵⁾
- Menos probabilidade de aparecimento de manchas;⁽²⁵⁾
- Melhor polimento final;⁽²⁵⁾
- Maior efetividade de adesão;⁽²⁵⁾
- Menor retenção de placa bacteriana;⁽²⁵⁾
- Boa resistência à abrasão.⁽²⁵⁾

4.3.6 Desvantagens

- Existe um limite na correção do sorriso, devido à mínima remoção de estrutura dentária;⁽²⁵⁾
- Em alguns casos, pode dar uma aparência volumosa ao sorriso;⁽²⁵⁾
- Pode fraturar em pacientes com hábitos parafuncionais;⁽²⁵⁾
- São necessários técnicos qualificados e laboratórios especializados.⁽²⁵⁾

4.4 Facetas Dentárias ou Lentes de Contacto Dentárias

As facetas dentárias devem ser o tratamento de eleição quando o clínico é confrontado com problemas morfológicos, como é o caso de contornos desagradáveis, deformações ou microdontia. Este tipo de tratamento é atualmente apontado como o tratamento de eleição uma vez que oferecem a possibilidade de serem confeccionadas extra-oralmente, e, por isso, ser possível uma melhor visualização e reprodução dos detalhes anatómicos da restauração⁽²⁶⁾

É essencial que o paciente não possua hábitos parafuncionais, doença periodontal grave ou vestibularização severa. No entanto, considera-se que as facetas possuem uma qualidade estética superior e uma boa resistência ao desgaste.⁽²⁷⁾

As facetas dentárias são usadas para alterações de maiores proporções nos dentes, como a presença de grandes manchas.⁽⁸⁾

Por outro lado, as lentes de contacto são indicadas para a substituição de pequenas restaurações antigas de resina composta.⁽⁸⁾

Apesar da sua fragilidade, elevado custo e possibilidade de serem reparadas ser mais limitada, estas solucionam pequenos problemas estéticos, relacionados, por exemplo com a cor, além de manter a saúde periodontal.^(27,28,29)

Facetas convencionais de cerâmica	Lentes de contacto dentárias
Maior desgaste da estrutura dentária	Menor desgaste da estrutura dentária
Peça protética mais espessa	Peça protética mais delgada
Para problemas de forma, posição, alinhamento, simetria e proporção, textura, cor	Para problemas estéticos relacionados com a cor.
Menor absorção da água	Menor absorção de água
Para dentes muito escurecidos e /ou amplamente restaurados	Para dentes conóides ou com pequenos diastemas
Devem ser feitos sulcos de orientação na face vestibular com brocas diamantadas	Não é necessário produzirem-se sulcos, remove-se apenas imperfeições e ondulações do esmalte dentário
Boa adaptação marginal e estabilidade da cor	Boa adaptação marginal e estabilidade da cor

Tabela 3 – *Diferenças entre as facetas convencionais de cerâmica e as lentes de contacto dentárias*

5. Considerações finais

Comparando as facetas convencionais com as lentes de contacto dentárias, as facetas dentárias estão indicadas em casos de dentes bastante escurecidos ou com cavidades grandes, ou seja, quando há a necessidade de se efetuar uma restauração mais complexa. Por outro lado, as lentes de contacto são uma boa opção quando o paciente deseja apenas fazer pequenas alterações.

A decisão na escolha de um dos tratamentos depende do estado em que se encontra a peça dentária. Quando nos deparamos com dentes com diastemas pequenos ou fraturas pequenas, o mais aconselhado é o tratamento com lentes de contacto.

As facetas dentárias e as lentes de contacto permitem solucionar problemas estéticos e funcionais e aumentar a confiança e a auto-estima, devolvendo ao paciente a vontade de sorrir.

Em suma, quando o dente se encontra quase íntegro, a primeira solução é a lente de contacto dentária, pois providencia uma menor agressão aos tecidos dentários.

6. Bibliografia

- 1- Tomaz J, Paixão T, Vieira F, Carrilho E, Paula A. Correção Estética do Malposicionamento Dentário em Dentistaria Operatória. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac [Internet]*. 2012;50(2):93–9.
2. França PVBR, Inoue RT, Bonachela WC, Salles MA. Análise comparativa da percepção estética entre estudantes de odontologia e seus pacientes em relação à seleção de cor e forma de dentes artificiais. *Innov Implant j, biomater esthet [Internet]*. 2010;5(3):23–8.
3. Ge C, Green CC, Sederstrom D, McLaren EA, White SN. Effect of porcelain and enamel thickness on porcelain veneer failure loads in vitro. *J Prosthet Dent [Internet]*. 2014;111(5):380–7.
4. Rizzardi KF, Vieira LC, Parisotto TM, Pinto CF. Do aesthetics dental needs interfere in the oral health-related quality of life and in the self-esteem of patients seeking for treatment at University São Francisco Dental School? *Brazilian J Oral Sci*. 2017;16:1–10.
5. Nair C. Gum Veneer IDRR October 2018. 2018;(October); 9(1): 123–127
6. Spear FM, Kokich VC, Mathews DP. Interdisciplinary management of anterior dental esthetics. *J Am Dent Assoc*. 2006;137(2):160–9.
7. Sikri VK. Color: Implications in dentistry. *J Conserv Dent [Internet]*. 2010;13(4):249–55.
8. Zavanelli AC, Caetano JL, Da Silva LC, Zavanelli RA. Previsibilidade do tratamento estético com lentes de contato cerâmicas. *Arch Heal Investig*. 2018;6(12).
9. Obradović-Duricic KB, Medić VB, Dodić SM, Durišić SP, Jokić BM, Kuzmanović JM. Porcelain veneers-preparation design: Revision review. *Hem Ind*. 2014;68(2):179–92.
10. Barbon FJ, Moraes RR, Boscato N, Alessandretti R, Spazzin AO. Feldspar ceramic strength and the reinforcing effect by adhesive cementation under accelerated aging. *Braz Dent J*. 2018;29(2):202–7.

11. Federizzi L, Gomes ÉA, Báratro SSP, Baratto-Filho F, Bacchi A, Spazzin AO. Use of feldspathic porcelain veneers to improve smile harmony: A 3-year follow-up report. *Braz Dent J.* 2016;27(6):767–74.
- 12. Aguiar FHB, Pascotto R, Lovadino JR, Pini N, Terada RSS, Lima DANL. Advances in dental veneers: materials, applications, and techniques. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2012;(February):9;4(10):9-16.
13. Shetty N, Dandakeri S, Dandakeri S. "Porcelain Veneers , a Smile Make Over ": A Short Review. *J Orofac Res.* 2013;3(3):186–91.
14. Kumar N, Srivastava S, Majumdar DSP, Loomba K. Veneer in Restorative Dentistry. *Asian J Oral Heal Allied Sci.* 2012;2(1):17–25.
15. Sasse M, Krummel A, Klosa K, Kern M. Influence of restoration thickness and dental bonding surface on the fracture resistance of full-coverage occlusal veneers made from lithium disilicate ceramic. *Dent Mater [Internet].* 2015;31(8):907–15.
16. Jorquera YA. Rehabilitación Estética con Carillas Disilicato de Litio. *Int J Med Surg.* 2016;3(1):789–94.
17. Tannir M, Osman E. Fracture RESISTA NCE and Color Stability of two hybrid ceramic veneers VERSUS LITHIUM DISILICATE GLASS CERAMIC VENEER. *Egip Dent Journ.* 2018;(April);64(1:5):1_5.
18. Soares P, Spini P, Spini PH, Carvalho V, Souza P, Gonzaga R, et al. Esthetic rehabilitation with laminated ceramic veneers reinforced by lithium disilicate. *Quintessence Int [Internet].* 2014;45(2):129–33.
19. Zlatanovska K, Dimova C, Zarkova-Atanasova J. Minimally Invasive Aesthetic Solutions - Porcelain Veneers and Lumineers. *Defect Diffus Forum.* 2017;376:111–20.
20. Carpena G., Ballarin A. AJ. A New Ceramics Approach for Contact Lens Un nuevo enfoque para lente de contacto cerámico. *Int J Dent Sc.* 2015;1(17):12–8.
21. Santiago LA, Peralta SL. Lentes de contato dentais: avaliação da longevidade e principais causas de falhas. *Most científica do curso Odontol.* 2016;1(1):1–4.

22. Pahlevan A, Mansoreh M, Yassine E, Omrany RL, Tabatabaee MH, Kermanshah H, et al. Enamel Thickness After Preparation of Tooth for Porcelain Laminate. *J Dent Tehran Univ Med Sci*. 2014;11(4):428–32.
23. Morita RK, Hayashida MF, Pupo YM, Berger G, Reggiani RD, Betiol EAG. Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedures. *Case Rep Dent*. 2016;2016;12(12 4):426-44.
24. Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro LJE. Restabelecimento Estético Funcional com Laminados Cerâmicos Aesthetical e Funcional Restabilishment with Porcelain Laminates Veneers. 2011;20(52):88–93.
25. Okida RC, Samara W, Vieira C, Rahal V, Secches D, Okida S. Lentes De Contato: Restaurações Minimamente Invasivas Na Solução De Problemas Estéticos Dental Contact Lens: Minimally Invasive Restorations To Solve Aesthetic Problems. *Rev Odontológica Araçatuba [Internet]*. 2016;(1):53–9.
26. Furuse A, Santana L, Romanini J, Reis R, da Cunha L, Carvalho R. Ceramic veneers with minimum preparation. *Eur J Dent*. 2013;7(4):492.
27. Souza EM De, Junior MHSES, Lopes FAM, Osternack FHR. Facetas Estéticas Indiretas em Porcelana. *Jbd*. 2002;1(3):256–62.
28. Zavanelli AC, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, Santos D dos, Fálcon-Antenucci RM. Tratamento cosmético com lentes de contato e laminados cerâmicos. *Arch Heal Invest*. 2015;4(3):10–7.
29. Jurel SK. An Introduction To Porcelain Laminates. Dentistry. *Arch Health Invest* 2013;03(02):2161.

Capítulo II – Relatório dos Estágios

1. Introdução

O estágio de Medicina Dentária é um período supervisionado por diferentes docentes, sendo estruturado em três componentes:

1. Estágio de Clínica Geral Dentária;
2. Estágio em Clínica Hospitalar;
3. Estágio de Saúde Oral Comunitária

2. Estágio em Clínica Geral Dentária

O estágio em Clínica Geral Dentária decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, na Clínica Universitária Dr. Filinto Batista, iniciado em Setembro de 2019 e finalizado em Junho de 2019, realizou-se à sexta-feira entre as 19:00e as 24:00. Decorreu sob a supervisão do Mestre João Baptista.

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	9	5	14
Exodontia	2	2	4
Destartarização	3	3	6
Endodontia	2	3	5
Outros	1	1	2
Total	17	14	31

Tabela 4 – Atos clínicos no estágio em clínica geral dentária

3. Estágio em Clínica Hospitalar

O estágio em clínica hospitalar foi realizado no serviço de estomatologia do Hospital Padre Américo em Penafiel, iniciado em Setembro de 2019 e finalizado em Junho de 2019, realizou-se à quarta-feira entre as 9:00e as 13:00. Decorreu sob a supervisão da Mestre Paula Malheiro e pelo Mestre Rui Azevedo.

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	25	24	49
Exodontia	26	34	60
Destartarização	6	9	15
Endodontia	5	3	8
Outros	6	4	10
Total	67	75	143

Tabela 5 – Atos clínicos no estágio de clínica hospitalar

4. Estágio em Saúde Oral Comunitária

Este estágio decorreu à segunda-feira entre as 9:00 e as 13:00, de setembro de 2018 a junho de 2019, sob a supervisão do Prof. Doutor Paulo Rompante. Ao longo do estágio realizaram-se vários desafios, de modo a que os alunos compreendessem a importância da Saúde Oral Comunitária. Desta forma, uma população carenciada teve acesso a cuidados de saúde que até aqui se encontravam fora do seu alcance.

Os projetos de intervenção comunitária tiveram lugar no hospital de Santo Tirso e no estabelecimento prisional de Paços de Ferreira, ambos supervisionados pelo Prof. Doutor Paulo Rompante. Na tabela 6 visualizam-se os atos clínicos realizados em ambos os projetos. Além dos desafios, foi também realizada uma ação de sensibilização no sentido de intervir comunitariamente, na Avenida 5 de outubro, em Valongo.

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	4	1	5
Exodontia	3	7	10
Destartarização	0	5	5
Endodontia	1	5	6
Outros	6	3	9
Triagem	0	2	2
Total	11	23	37

Tabela 6 – Atos clínicos no estágio em saúde oral comunitária