



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO  
Mestrado integrado em Medicina dentária  
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

# Restaurações Provisórias Convencionais em Prótese Fixa

Mustapha Ammour

Orientadora: **Mestre Catarina Calamote**

2019/2020

**Declaração de integridade:**

Eu Mustapha Ammour, 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: Restaurações Provisórias Convencionais em Prótese Fixa.

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, 22 setembro 2020

O aluno,

**Aceitação do Orientador:**

**Eu, Catarina Calamote**, com a categoria profissional de Professora Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientadora do Relatório Final de Estágio intitulado “Restaurações Provisórias Convencionais em Prótese Fixa”, do aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Mustapha Ammour, 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, 22 setembro 2020

A Orientadora

---

## Agradecimentos:

Primeiramente gostaria de agradecer a minha orientadora Mestre **Catarina Calamote** pela sua ajuda.

Depois desejo agradecer aos meus pais, e os meus irmãos pelo apoio que me presentaram ao longo da minha vida.

Muito obrigado ao meu binomio Loqman Chaieb .

Obrigado à Clemence Lebette que soube se envolver para toda a turma.

Por fim obrigado à minha família de "Gandra-City" :Alexandre, Amine, Loq ,Samy, Yacine, Yassou.

## Índice Geral

### CAPÍTULO I: Restaurações provisórias convencionais em prótese fixa

<b>1-Introdução</b> .....	1
1.1- Definição geral.....	1
1.2- Função de uma Restauração Provisória em Prótese Fixa.....	1
1.3- Critérios a considerar na execução de uma Restauração provisória.....	2
<b>2-Objectivos</b> .....	3
<b>3-Metodologia</b> .....	3
<b>4-Estado atual do tema</b> .....	4
4.1-Materiais usados.....	4
4.1.1-As propriedades do material ideal.....	4
4.1.2-Resinas acrílicas.....	4
4.1.3-Resinas compostas.....	5
4.1.4-Coroas preformadas .....	6
4.1.5 Comparação de materiais provisórios para próteses fixas .....	7
4.1.6-Cimentos provisórios .....	8
4.1.7-Materiais de consolidação .....	10
4.2- Métodos de execução dos Provisórios.....	11
4.2.1-Metodo directo.....	11
4.2.2-Metodo semi-directo.....	13
4.2.3-Metodo indirecto.....	14
<b>5-Conclusão</b> .....	16
<b>6-Bibliografia</b> .....	17
<b>CAPÍTULO II : Relatório Das Atividades Praticas de Estágio Supervisionado</b> .....	22
<b>1- Introdução</b> .....	22
<b>2- Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado</b> .....	22
<b>3- Considerações finais das Atividades de Estágio</b> .....	24

## Índice de abreviaturas:

1-RP-Restauração provisória.

2- PMMA- Polimetil-metacrilato.

3- PEMA- Polietilo-metacrilato.

4-CP- Cimento provisório.

5-OZE- Oxide de zinco eugenol.

6-OIM- Oclusão de máxima intercuspidação.

## **Resumo:**

**Introdução:** A realização das restaurações provisórias em prótese fixa é, frequentemente, vista pelo Médico Dentista como uma etapa secundária devido ao seu carácter temporário. No entanto, tem uma importância considerável, permite restaurar muito rapidamente os dentes destruídos ou ausentes que perturbam a função oclusal, a mastigação, a deglutição e a fonação, e sobretudo a estética. Impede a inflamação do periodonto e contribui para a sua cicatrização, permite a proteção do dente contra as agressões físicas, químicas e mecânicas externas. Restaurando a estética, ela predispõe favoravelmente o paciente para a realização da prótese definitiva.

**Objetivo:** O presente estudo teve por objetivo analisar as restaurações Provisórias em Prótese Fixa, evidenciando as vantagens e a correção de erros na sua execução, que ajudam o Médico Dentista a familiarizar-se com os materiais e as técnicas mais usadas, de modo a facilitar a escolha do melhor protocolo para cada caso clínico.

**Material e Métodos:** Para a elaboração da presente revisão bibliográfica foi realizada uma pesquisa com recurso às bases de dados PubMed, network Research Gate e ao Scirbd. As palavras-chave utilizadas foram as seguintes: "Prótese fixa", "restaurações provisórias em prótese fixa" e "Materiais provisórios em prótese fixa". Tendo como critérios de exclusão os "inlays" e "onlays" provisórios, os provisórios por CAD-CAM, os provisórios sobre implantes, as facetas provisórias e os artigos incompletos ou em outras línguas que não o português, francês e o Inglês.

**Discussão:** A revisão de literatura permite ver a importância da restauração provisória em prótese fixa e mostra que não se limita a uma função de temporização. Para os materiais usados muitos estudos referem uma superioridade mecânica, estética, e uma melhor adaptação marginal das resinas compostas, especialmente a bis-acril, no entanto referem também um custo mais elevado, e mais dificuldades para consertos e rebasamentos. No que diz respeito aos métodos de execução das restaurações provisórias, também mostram uma superioridade na adaptação marginal e na durabilidade da prótese provisória confeccionada com a técnica indirecta, apresentando maiores custos e necessitando de mais tempo de trabalho pois é mais difícil a confeccionar.

**Conclusão:** As restaurações provisórias são essenciais na manutenção das funções estéticas, mecânicas, gengivais e da orgânica da cavidade oral, mostrando trazer muitas vantagens na qualidade de vida do usuário e do Médico Dentista. Não há um consenso sobre o melhor material ou a melhor técnica, embora existam vantagens, desvantagens e indicações para cada caso clínico específico. Por isso o Médico Dentista tem de saber as técnicas e os materiais suficientemente bem para escolher a melhor solução em função de um caso clínico específico.

**Palavras-chave:** *“Prótese fixa”, “restaurações provisórias em prótese fixa”, “Materiais provisórias em prótese fixa”*



## **Abstract:**

**Introduction:** The confection of the temporary restoration in fixed prosthodontics is often seen by the dentist as a secondary step due to its transitory aspect. However, it has a significant importance. It allows the quick restoration of destroyed or missing teeth that disturb the occlusal function, chewing, deglutition and phonation, and above all aesthetics. It prevents inflammation of the periodontium and contributes to its healing, allows the protection of the tooth against physical, chemical and mechanical external aggressions. Restoring the aesthetics, it favourably predisposes the patient to the realization of the definitive prosthesis.

**Objective:** The present study aimed to analyze the Temporary Restorations in Fixed Prosthodontics, highlighting the advantages and the correction of errors in their execution, which help the Dentist to become familiar with the materials and techniques most used, in order to facilitate the choice of the best protocol for each clinical case.

**Material and Methods:** To elaborate the present bibliographical review, a research was carried out using PubMed, Research Gate and ScribD databases. The keywords used were: "Fixed prosthodontics", "Temporary restorations in fixed prosthodontics" and "Temporary materials in fixed prosthodontics". Having as exclusion criteria the "inlay", "onlay" provisory, CAD-CAM, temporary over implants, provisional facets, incomplete articles or in languages other than Portuguese, French and English.

**Discussion:** The literature review allows us to see the importance of the provisory restoration in fixed prosthesis and shows that it is not limited to a timing function. For the materials used many studies refer to a mechanical, aesthetic superiority, and a better marginal adaptation of composite resins, especially bis-acryl, however they also refer to a higher cost, and more difficulties for repairs and rebasing. Regarding the methods of execution of temporary restorations, they also show a superiority in the marginal adaptation and durability of the provisional prosthesis made with the indirect technique, presenting higher costs and requiring more working time as it is more difficult to confection.

**Conclusion:** Temporary restorations are essential in maintaining the aesthetic, mechanical, gingival and organic functions of the oral cavity, providing many advantages to the quality of life of the user and the Dentist. There is no general consensus on the best material or technique, although there are advantages, disadvantages and indications for each specific clinical case. Therefore the Dentist must have sufficient knowledge of the techniques and materials to choose the best solution for each clinical case.

**KEYWORDS:** *Fixed Prosthodontics", " Temporary restorations in fixed prosthodontics", " Temporary materials in fixed prosthodontics".*

## CAPÍTULO I: Restaurações Provisórias Convencionais em Prótese Fixa

### 1-Introdução

#### 1.1-Definição geral

A restauração provisória (RP) desempenha um papel essencial em reabilitação oral especialmente em prótese fixa. Ela permite a temporização entre a preparação do dente até a colocação da prótese definitiva, no entanto o seu objetivo não se limita a isso.<sup>(1)</sup> Em prótese fixa podem diferenciar-se dois tipos de restaurações provisórias uma designada de primeira geração feita diretamente no consultório pelo Médico Dentista, que tem um período de vida curto (algumas semanas) e a prótese de segunda geração feita no laboratório que pode ter uma vida mais longa (alguns meses). Ambas têm várias funções como a proteção dentária e periodontal, a estética, a fonação e a manutenção do espaço. A prótese provisória de segunda geração é mais usada para os casos complexos para permitir um estudo da oclusão, da estética, ou até numa cicatrização mais demorada e um acompanhamento da estética gengival mais adequada. De um modo geral a prótese provisória também fornece informações sobre a restauração final e valida o projeto definitivo.<sup>(2)</sup>

A realização de uma prótese provisória, quer seja unitária ou em ponte, deve respeitar diferentes critérios de concepção, quer seja feita no laboratório, de forma indireta, ou na cadeira dentária em técnica direta. Esta restauração deve combinar a utilização de materiais biocompatíveis e facilmente modificáveis, uma boa adaptação cervical e oclusal, o respeito pelos pontos de contacto, melhor acabamento e polimento possível.<sup>(2)</sup>

#### 1.2-Função de uma Restauração Provisória em Prótese Fixa

- Em primeiro lugar a restauração provisória deve **proteger o dente talhado**, e que, portanto, sofreu de um desgaste ou destruição do esmalte o que deixa os túbulos dentinários abertos. Isto é ainda mais importante no caso de um dente vital.<sup>(3)</sup> Esta proteção é dirigida contra os agentes externos físicos, químicos, térmicos, mecânicos ou bacterianos. Isto é, serve para evitar dores, hipersensibilidade pós-operatória e a formação de nova cárie ou fratura do dente preparado<sup>(4)</sup>

- Também deve ter um papel de **Proteção do periodonto**, de forma a permitir uma boa cicatrização e evitar a inflamação e a hemorragia, a recessão gengival, ou uma proliferação anormal da gengiva na zona da linha de acabamento, o que poderia complicar o plano de tratamento (especialmente as impressões) por isso os pontos de contactos interproximais são muitos importantes para evitar a acumulação e impactação alimentar com posterior inflamação das papilas.<sup>(5)</sup> Os provisórios corretos vão favorecer o retorno a uma boa saúde periodontal (terapêutica protético-periodontal) e depois manter os talhos durante a realização das próteses. Facilitar o acesso à higiene deve ser privilegiado nas zonas posteriores ou linguais. Em contrapartida, nas zonas anteriores e vestibulares de mais fácil acesso à higiene, a estética torna-se prioritária.<sup>(6)</sup>
- **Manutenção Oclusal.** A Prótese provisória em Prótese fixa deve também manter os dentes preparados na sua posição inter-intra arcada, de forma a conservar as dimensões da prótese durante as etapas do plano de tratamento.<sup>(7)</sup>
- Restabelecer as funções de **Mastigação, Deglutição e Fonação**, essencialmente no caso dos dentes anteriores destruídos.<sup>(8)</sup>
- Particularmente importante para os dentes anteriores, as restaurações provisórias devem ter um aspeto, suficientemente, **Estético** para assegurar uma vida social normal ao paciente. A estética é muitas vezes a expectativa primordial dos pacientes.<sup>(2,9)</sup>
- Serve também de **Modelo de estudo** para os tratamentos de grande extensão onde as restaurações transitórias permitem integrar progressivamente as mudanças desejadas (forma, posição tamanho dos dentes, critérios funcionais ou estéticos). No final, a restauração provisória deve prefigurar a restauração definitiva para a qual poderá servir de modelo.<sup>(10)</sup>

Para executar bem estas funções o Médico Dentista deve ter atenção a alguns critérios.

### 1.3-Critérios a considerar na execução de uma restauração provisória

- Uma **boa adaptação marginal** depende de muitos fatores como; a preparação do dente, o método usado, a qualidade das impressões, e o material usado. Idealmente a transição entre a zona dentária não preparada e a prótese deve ser o mais curto que possível (de preferência inferior a 120 micrómetros) evitando que o cimento

tenha demasiada exposição o que provocaria, portanto, a sua dissolução e um deslocamento precoce da RP. Esta zona também não deve comportar uma sobre-extensão ou uma sub-extensão, que pode aumentar o risco de acumulação de placa bacteriana à volta da linha de acabamento e assim provocar uma inflamação do periodonto, levando a uma recessão gengival á posteriori. <sup>(11)</sup>

- A RP em prótese fixa **não deve invadir o espaço biológico**, para evitar uma inflamação ou recessão gengival. Se o limite cervical for intra-sulcular, é aconselhável localizá-lo no máximo 0,5 mm abaixo da margem gengival. <sup>(5)</sup>
- Pontos de contactos são muitos importantes para **evitar uma acumulação alimentar** na zona interdentária, para evitar as mudanças de posição do dente preparado e de seus dentes adjacentes, verificar que o ponto não é uma superfície de contacto o que poderia provocar irritação das papilas, é igualmente importante verificar a possibilidade de higienização interdental com a ajuda de fio dental. <sup>(5)</sup>
- **Excelente acabamento e polimento** da superfície, para evitar adesão de placa bacteriana, a irritação dos tecidos moles adjacentes e fornecer um aspeto mais agradável. <sup>(12)</sup>
- A **Estética** e a morfologia da prótese devem aproximar-se o máximo possível ao dente inicial <sup>(2)</sup> embora a gama de cores á disposição seja pobre. <sup>(10)</sup>
- A **Oclusão** deve ser revista sempre com papel articular. <sup>(4)</sup> Nos casos mais complexos com problemas de oclusão como o bruxismo ou outros, o medico dentista deve privilegiar um método dito de wax-up, onde a prótese provisoria será confeccionada em laboratório com um estudo da oclusão mais completo. <sup>(13)</sup>

## 2-Objetivo

O presente estudo tem por objetivo analisar as restaurações Provisórias em Prótese Fixa, evidenciando as indicações, as vantagens e as desvantagens do seu uso, o que ajuda o Médico Dentista a familiarizar-se com os materiais e as técnicas mais usadas, de modo a facilitar a escolha do melhor protocolo para cada caso clínico.

## 3-Material e métodos

Para a elaboração da presente revisão bibliográfica foi realizada uma pesquisa com recurso às bases de dados PubMed, network Research Gate e ao ScribD.

As palavras-chave utilizadas foram as seguintes: "Prótese fixa", "restaurações provisórias em prótese fixa" e "Materiais provisórias em prótese fixa".

Critérios de Exclusão: "inlays", "onlays" provisórios, CFAO, os provisórios por CAD-CAM, os provisórios sobre implantes, as facetas provisórias e os artigos incompletos ou em outras línguas que não o português, francês e o Inglês.

#### 4- Estado atual do tema.

##### 4.1-Materiais

###### 4.1.1-As propriedades do material ideal

O material ideal deve ser biocompatível, não irritante, de baixa exotermia, estável, resistente às tensões mecânicas e as agressões químicas, durável, excelente estética, fácil manuseio e manipulação, com textura lisa e fácil a polir, de fácil conserto, com uma vasta gama de cores e barato.<sup>(12,14)</sup>

Nesses materiais Temporários podemos distinguir três tipos: <sup>(12)</sup>

- Resinas acrílicas
- Resinas compostas
- Coroas prefabricadas

###### 4.1.2- Resinas acrílicas

As resinas acrílicas PMMA (Polimetil-metacrilato) e PEMA (polietilo-metacrilato) são os materiais mais usados. Apresenta-se na forma de um pó (polímero) que deve ser misturado com um líquido (monômero) para desencadear uma reação de presa, "endurecimento" que é na verdade uma polimerização o que provoca uma liberação de energia (exotérmica) e de monômero livre tóxico, que pode ser agressivo para polpa e para o periodonto. Deve-se ter cuidado ao usar essas resinas nos dentes vitais e periodontos frágeis. <sup>(15)</sup>

Para evitar o risco de necrose ou inflamação da polpa devido a esta aumento de temperatura intra-pulpar, os Médicos Dentistas **Moulding e Loney** realizaram um estudo in vitro, que mostra que com a utilização dos três métodos que denominaram "Remoção",

“On / Off” e “In Situ” obtemos uma diminuição da temperatura intrapulpar durante a polimerização da resina acrílica, em comparação ao dente-controle onde a restauração ficou até sua polimerização completa. O método de “Remoção” oferece bons resultados, com uma utilização fácil, pois consiste em remover e colocar a RP várias vezes durante a primeira fase de polimerização, quando a sua consistência parece de borracha e a temperatura fica elevada, o médico Dentista deve verificar num pouco de resina acrílica guardada como “controle”. Também o isolamento do dente com vaselina e o jato de ar na direção do dente pilar pode ajudar a diminuir o efeito do aumento da temperatura. <sup>(16)</sup>

Os PMMA apresentam maior longevidade e melhor resistência a abrasão que o PEMA, mas apresentam exotermia e contração como desvantagem, <sup>(17)</sup> como vantagens podemos enumerar a fácil utilização, o fácil conserto, fácil rebasamento e modificação, boa solidez e bom polimento da superfície e o baixo custo. Como desvantagens apresentam reação exotérmica, liberação de monómero livre tóxico e a contração do material durante a reação de polimerização. A principal indicação são as restaurações unitárias ou pontes sempre com os cuidados necessários nos dentes vitais. <sup>(12)</sup>

#### 4.1.3-Resinas compostas.

- **Resinas compostas bis-acril (bis-GMA)** apresentam-se sob a forma de duas pastas acondicionadas em cartuchos ou seringas auto-misturadoras. Esta apresentação garante uma manipulação simples, limpa, rápida e uma mistura ideal com tempo de trabalho aproximado de uns minutos, para um endurecimento total em 4 minutos. <sup>(15)</sup>

Comparada com as resinas acrílicas, oferecem vantagens estéticas, uma superfície mais fácil de polir, um sabor menos desagradável para os pacientes e menos exotermia. Pelo contrário, são difíceis de rebasar e consertar, o que é uma desvantagem importante, e têm um preço mais elevado. <sup>(15,18)</sup>

Devido à sua facilidade de utilização e às suas propriedades estéticas aumentadas em comparação com as resinas acrílicas, elas são mais indicadas para as restaurações anteriores e são também um dos materiais de referência para a realização de “make-up”. São um material de escolha no método direto sobre dentes vitais pelo facto da sua reação exotérmica reduzida. <sup>(15)</sup>

- **Resinas compostas à base de dimetilmetacrilato de uretano (UDMA)**, fotopolimerizáveis, têm a vantagem de não ter exotermia. Elas são também muito apreciadas por sua facilidade de polimento e de brilho, bem como pelas suas qualidades estéticas e a sua estabilidade de cor. Permitem também um controlo do tempo de trabalho. <sup>(18)</sup> Como a bis-GMA ela tem um preço elevado, fragilidade e dificuldade em rebasar.<sup>(12)</sup> E também mesmas indicações.

#### **4.1.4-Coroas preformadas.**

São coroas unitárias comercializadas em diferentes materiais e destinadas a ser diretamente adaptadas ao dente preparado. Por um preço razoável, elas são de utilização simples e rápida, sem necessidade de impressão prévia. Sua anatomia standard, muitas vezes, impõe modificações importantes para uma adaptação correta com o dente pilar. <sup>(4,19)</sup>

##### **- Policarbonato.**

Usado no sector anterior e pré-molar e em espaços unitários. A coroa é escolhida após a determinação do tamanho disto-mesial do dente preparado. Para enchimento usa-se uma resina acrílica auto polimerizável. O rebasamento é possível e importante para melhorar a adaptação cervical. Apresentam um bom polimento e brilho na superfície, por isso apresentam excelente estética e propriedades mecânicas satisfatórias. <sup>(5,6)</sup>

##### **- Alliage metal.**

Usados no sector posterior, pré-molar e molar devido a sua grande resistência às forças mecânicas. Foram as mais usadas em odontopediatria, embora, hoje em dia, já não são de primeira escolha. <sup>(1,12)</sup>

##### **- Acetato de celulose.**

São pré-formadas e transparentes que se enchem de resina fotopolimerizável. Quando a polimerização é concluída, o molde é removido, o que provoca uma diminuição circunferencial de aproximadamente 0.2mm, com perda de contacto com os dentes adjacentes, por isso não podem ser usadas por longos períodos. <sup>(12)</sup>



#### 4.1.5-Comparação de materiais provisórios para próteses fixas

Muitos estudos foram realizados sobre as propriedades das resinas usadas em RP. Critérios usados para comparação:

- **Polimerização**

**Kim e Watts**, relatam que as resinas compostas (BIS-acril) apresentam um melhor índice de polimerização em comparação com as resinas acrílicas tradicionais o que resulta numa maior resistência às fraturas. Referem também que dentro do mesmo grupo pode haver diferenças, de facto, o PEMA apresenta um melhor nível de polimerização que o PMMA, e por consequência apresente uma diminuição na liberação dos monómeros livres tóxicos. <sup>(20)</sup>

- **Resistência às fraturas**

O estudo Realizado por **Mehpour et al**, mostra que as resinas compostas têm uma flexibilidade maior do que as resinas acrílicas conferindo uma melhor resistência às fraturas, sobretudo nas pontes provisórias.<sup>(21)</sup> No entanto **Balkenhol et al** relatam um inconveniente, significativo, das resinas compostas, quando fraturam têm tendência a partirem-se em muitas peças, enquanto que as resinas acrílicas, geralmente, têm apenas uma fratura, o que facilita o seu rebasamento.<sup>(22)</sup> Iguualmente, um outro estudo de **Georgakis et al**, mostra uma melhor resistência às fraturas durante um período curto ou longo, das resinas compostas.<sup>(23)</sup>

- **Adaptação marginal**

De acordo com o estudo de **Givens et al**, sobre quatro materiais de RP, mostram que as resinas acrílicas e as resinas compostas (Bis-acryl) têm uma adaptação quase idêntica ao nível cervical. De facto, o "gap" marginal é quase idêntico para os dois. No entanto, na categoria das resinas compostas ou as resinas à base de dimetilmacrilato de uretano (UDMA) apresentam uma menor adaptação que as resinas bis-acryl.<sup>(24)</sup>

- **Acabamento e Polimento superficial**

O estado da superfície dos materiais depois do polimento é deveras importante. De facto, o excelente acabamento e polimento, além da estética, promove o a cicatrização periodontal

evitando a colonização bacteriana e a impactação alimentar, ao contrário do que poderia acontecer numa superfície rugosa.<sup>(25,26)</sup> De acordo com o estudo de **Diaz-Arnold et al**, as resinas compostas bis-acril apresentam mais fácil e melhor acabamento e polimento da superfície em comparação às resinas acrílicas (PMMA,PEMA).<sup>(25)</sup> Podemos relacionar este estudo com o trabalho de **Buergers et al**, que mostra uma quantidade muito inferior, em particular streptococcus mutans, sobre as resinas compostas em comparativo com às resinas acrílicas. Buergers, aliás, atribui este resultado ao facto de que depois do polimento, as superfícies das resinas compostas são mais lisas que as resinas acrílicas.<sup>(26)</sup>

#### - Estabilidade da cor

Esta propriedade é ainda mais importante para as restaurações anteriores que se prolongam no tempo. Este assunto apresenta divergência nos vários estudos. **Ergun et al** afirmam que as resinas compostas têm melhor estabilidade da cor em comparação com as resinas acrílicas (PMMA, PEMA) mas a cor da resina acrílica é mais estável em contacto prolongado com o café e a cor da resina composta é mais estável em contacto da saliva.<sup>(27)</sup> Pelo contrário um estudo realizado por **Haselton et al** relevam uma melhor estabilidade da cor para as resinas acrílicas. Não existe consenso e por isso só podemos dizer que a cor das resinas para RP muda com o passar do tempo.<sup>(28)</sup>

Em resumo podemos dizer que os materiais de resinas compostas têm melhores propriedades quando comparadas com as resinas acrílicas quer seja a nível das propriedades mecânicas, estado da superfície, polimento ou na adaptação marginal. As resinas Bis-gma têm propriedades mais adaptadas à prática dentária. A principal desvantagens é o preço elevado para este material provisório.<sup>(15,18,29)</sup> Um estudo comparativo in vitro realizado por **Young et al** mostra que as resinas compostas (bis -acryl, bis-gma) são significativamente melhores que as resinas acrílicas quer seja para os dentes anteriores ou posteriores.<sup>(30)</sup>

#### 4.1.6-Cementos provisórios (CP)

A cimentação provisória da prótese provisória ao seu suporte dentário é obtida por um cimento provisório. O material de cimentação de uma RP aumenta a retenção da prótese e

a estanqueidade. Ao contrário de um cimento permanente, as propriedades mecânicas devem ser baixas para permitir a separação do provisório, mais tarde. <sup>(31,32)</sup>

O CP ideal deve: <sup>(31,32,33)</sup>

- Ter uma boa impermeabilização para isolar o complexo dentino-pulpar do meio exterior
- Ser Biocompatível
- Ter uma boa retenção, mas ao mesmo tempo deve permitir um descolamento fácil da RP
- Ser pouco condutível a nível térmico e elétrico
- Deve resistir a saliva (não se diluir)
- Ser barato
- Ser de fácil manuseio

Como o CP ideal não existe, o Médico Dentista tem de escolher a melhor solução de acordo com o caso (vitalidade, tempo destinado do Provisório e de acordo com as forças que agem sobre os dentes pilares). É muito importante alisar, cortar o excedente de material do CP sobre a junção protética-dental para evitar inflamações, hemorragias ou recessão da gengival. <sup>(32, 33)</sup>

- **Cimento a base de óxido de zinco eugenol (OZE)**

É o material mais usado para a cimentação provisória que oferece uma boa estanqueidade e uma facilidade de utilização. <sup>(33)</sup>

- **Oxido de zinco eugenol**

O seu pH neutro associado às propriedades antibacteriana, anti-inflamatória, analgésica do eugenol fazem dele um bom material para diminuir o risco de irritação da polpa nos dentes vitais. No entanto mostram uma baixa resistência à compressão, e à abrasão, o que permite períodos curtos de uso. Uma das suas desvantagens é que o eugenol inibe a polimerização das resinas acrílicas e compostas usadas nas restaurações podendo complicar o rebasamento da RP, ou interferir no momento da selagem da prótese definitiva. <sup>(32,34)</sup> No entanto, um estudo dirigido por **Pinto et al** mostra que, depois de 7 dias, o eugenol no OZE não afeta a colagem da Prótese definitiva com materiais resinosos convencionais. Então é

uma boa alternativa para os dentes pilares vitais, mas o Médico Dentista tem que esperar no mínimo 7 dias antes de colocar a restauração definitiva. Para além disso, também é um cimento opaco e pouco estético. <sup>(34)</sup>

- **Oxido de zinco sem eugenol**

Pode ser uma boa alternativa ao OZE para evitar o problema de inibição das resinas ou no caso de pacientes alérgicos ao eugenol, no entanto a retenção é um pouco diminuída em comparação ao OZE. Este cimento também é opaco e por isso não é estético, então é de evitar para os casos de restaurações de baixa espessura como por exemplo nas facetas. <sup>(32,33)</sup>

- **Cimento com resina Acrílica**

São cimentos essencialmente indicados para as RP com espessura pequena, são mais estéticos que os cimentos com oxido de zinco, mas têm menos aderência, então são indicados para as próteses finas, estéticas, especialmente no sector anterior e para um período curto. <sup>(12,32)</sup>

- **Hidróxido de cálcio**

Um estudo dirigido por **Pereira et al**, onde há uma comparação da força de retenção entre diferentes CP mostra que o hidróxido de cálcio apresenta a melhor retenção, além das excelentes propriedades que permitem a proteção do complexo dentino-pulpar. <sup>(35)</sup> Permite também a formação de dentina cicatricial, por isso é indicado para as restaurações sobre dentes vitais que devem ficar durante um longo período. <sup>(31,35)</sup> **Rego e Santiago**, referem também uma melhor retenção das RP para o hidróxido do cálcio. <sup>(31)</sup>

#### **4.1.7-Materiais de consolidação**

Usados para melhorar as propriedades mecânicas dos provisórios. Os materiais resinosos para a realização de restaurações plurais, podem ser reforçados para melhorar a suas propriedades mecânicas. Esta precaução é ainda mais necessária quando as restaurações devam permanecer em boca durante um período relativamente longo ou quando o paciente tem parafunções. <sup>(12,36)</sup>

- Reforço com fibra**

Diferentes tipos de fibras podem ser incorporados na resina, durante a sua fase plástica, para aumentar a sua resistência à fratura. Podem ser fibras de vidro, de polietileno, kevlar, usadas para limitar a propagação de fissuras no caso de sobrecarga oclusal. <sup>(36)</sup>

#### **-Reforço com fio de aço**

Neste caso podemos criar uma fossa com uma broca na face oclusal ou lingual da RP, colocar o fio de aço inoxidável ajustado á fossa e preencher com a resina. O fio não deve interferir com a oclusão. O problema deste tipo de reforço é que não há adesão química entre o fio de aço e a resina existindo retração da resina a volta do metal e além disso não é estético. <sup>(12)</sup>

### **4.2- Métodos de execução dos Provisórios.**

#### **4.2.1-Método Directo**

- **Chave silicone ou Muralha**

1º-Antes de fazer a preparação do dente, o Médico Dentista tem que fazer uma impressão com silicone "putty", a fim de fazer uma chave que deve registrar a zona da RP estendendo, no mínimo, um dente e meio ao lado distal e mesial. Para facilitar a sua utilização será melhor cortar os excessos por vestibular, lingual, para melhor adaptação. <sup>(4,5,37)</sup>

2º-Após o preparo, os dentes são isolados com glicerina para limitar o risco de aderência, coloca-se a resina auto-polimerizável na chave, podendo ser PMMA, PEMA ( no caso de dente vitais) que é preparada adicionando pó ao líquido até que uma consistência cremosa seja obtida, mas suficientemente líquida para poder ser derramada na impressão ao nível do dente preparado ou bis-GMA no caso de dente anteriores <sup>(4,17,18)</sup>

3º- Após alguns segundos de espera para obter o início da presa da resina caracterizada por uma aparência de superfície opaca, a chave é reposicionada no dente preparado. <sup>(4,5,37)</sup>

4º- Após o endurecimento completo da resina, controlada sobre os restos no recipiente de mistura, a impressão é removida da arcada. A prótese provisória assim realizada é desinserida. <sup>(4,5,17,18)</sup>

5º- Os limites cervicais e pontos de contactos são anotados com lapiseira e cortando-se o excesso de resina, tendo o cuidado de não invadir o limite cervical. <sup>(4,5,37)</sup>

6º- Polir e verificar a oclusão com papel de oclusão. <sup>(4,5,37)</sup>

Esta técnica é adaptada para as restaurações unitárias onde a anatomia inicial não é muito degradada. Esta técnica, especificamente, só pode ser realizada de forma direta se o dente a ser trabalhado ou talhado estiver íntegro. <sup>(4,12,37)</sup>

**Vantagens:** fácil, barato, rápido, boa estética, boa anatomia do dente, oclusão adaptada. <sup>(4,15,17,37)</sup>

**Desvantagens:** anatomia do dente pilar inicialmente não deve ser muito destruído, dificuldade na desinserção da RP o que pode ocasionar uma pequena deformação, existência de exotermia com o uso de resina acrílica. Para além disso pode ser difícil de reposicionar bem a chave, por isso existem alternativas de chave silicone transparente o que facilita a sua reinserção. <sup>(4,15,17,37)</sup>

**Indicação:** RP indicado quando a anatomia do dente está íntegra, mas o Médico Dentista pode fazer uma reconstrução breve do dente antes de fazer a impressão embora adicione custos e tempo de cadeira. Dentes unitário ou pontes de pequena extensão (3 dentes idealmente), esta RP está prevista para uma utilização de curta duração. <sup>(4,15,17,37)</sup>

- **Coroas pré-fabricadas**

1º-A coroa pré-fabricada é selecionada de acordo com o tamanho mesio-distal do espaço edêntulo. <sup>(4,5,12,37)</sup>

2º- A parte cervical da coroa é retocada de modo que sua borda se adapte o melhor possível ao limite cervical do preparo. <sup>(4,5,37)</sup>

3º-A resina é preparada e colocada dentro da coroa pré-fabricada que é colocado no preparo, certificando-se de alinhá-lo com os dentes adjacentes. <sup>(4,12,37)</sup>

4º- Após a polimerização da resina, a prótese provisória é retirada e finalizada. Retirar os excessos de resina e adaptar a coroa, polindo o melhor possível. <sup>(4,5,37)</sup>

5º-Verificar a oclusão com papel articular <sup>(4,37)</sup>

**Vantagens:** simples, rápido, usa-se muito em emergências, boas propriedades mecânicas e estéticas (para as coroas pré-fabricadas em policarbonato). <sup>(4,12,37)</sup>

**Desvantagens:** só servem para restaurações unitárias, não podem ser usadas em pontes. O Médico Dentista deve ter várias coroas pré-fabricadas com tamanho e morfologia diferente. Estão disponíveis numa só cor, dificuldade para obter uma boa adaptação cervical por isso necessita de ajustar várias vezes. <sup>(3,4,12,37)</sup>

**Indicação:** Dente unitário com anatomia degradada ou até extensamente destruído. <sup>(12,37)</sup>

- **Bloco técnico**

Esta é uma técnica mais empírica (muito imprecisa) que pode ser proposta para os casos de próteses provisórias de emergência quando não temos indicações anatômica do dente a ser restaurado e principalmente sobre os dentes posteriores onde as coroas pré-fabricadas são difíceis de usar.<sup>(1,4,37)</sup>

1º-A resina é preparada e aplicada durante a fase plástica (quando ainda é deformável, mas mais pegajosa) na forma de uma bola no dente preparado. <sup>(3,37)</sup>

2º-A bola de resina é esmagada e modelado para prefigurar o volume do dente substituído. O paciente fecha a boca em oclusão de máxima intercuspidação (OIM) e de fazer vários movimentos para definir brevemente a oclusão. <sup>(1,3,37)</sup>

3º-Depois de endurecido, o bloco de resina é esculpido com broca de acrílico até obter a forma de um dente. Um rebasamento e adição de resina nos pontos de contato permitem aperfeiçoar o resultado. Este método envolve habilidade e um perfeito conhecimento da anatomia dentária. <sup>(4,37)</sup>

**Vantagens:** não necessita de material específico, protocolo simples, anatomia oclusal bem feita quando o paciente fecha a boca em OIM. <sup>(3,4,15,37)</sup>

**Desvantagens:** Requer alguma experiência e hábito de manipulação do Médico Dentista, um bom conhecimento da anatomia dentaria, não é propriamente estético e necessita de demasiado tempo de trabalho para esculpir a RP. <sup>(3,4,15,37)</sup>

**Indicação:** Geralmente reservada aos dentes posteriores destruídos, em situação de emergência e destinada para um período curto. <sup>(3,4,15,37)</sup>

#### 4.2.2-Método semi-directo

1º-Na primeira consulta antes de preparar os dentes, é feita uma impressão bimaxilar com alginato da arcada dentária do paciente a restaurar. Envio para o laboratório com a indicação do dente ou dentes a restaurar. <sup>(3,12,37)</sup>

2º-Etapa laboratorial: no modelo de gesso é adicionada cera, pela técnica "wax-up" permitindo ao protésico restaurar uma anatomia "idealizada" dos dentes delapidados ou

ausentes. Uma impressão com silicone é feita no modelo de gesso após a reconstituição da cera para confeccionar a chave de silicone. (3,12,37)

3º-Na segunda consulta, o Médico Dentista prepara o dente ou dentes e para confeccionar o provisório usa uma resina que é colocada na chave-de-silicone confeccionada no laboratório. (3,12,37)

4º-O excesso de resina é retirado e o provisório é polido antes de ser reposicionado na boca com o cimento provisório. (3,12,26)

**Vantagens:** melhor anatomia e estética. (3,15,37)

**Desvantagens:** dificuldade do reposicionamento da chave principalmente para as reabilitações de grande tamanho ou em dentes terminais. (3,15,37)

**Indicação:** É uma técnica indicada para a reconstruções de tamanhos médios, e para casos mais complexo onde a perda de substância e informações oclusais e estéticas são tais que tornam um método direto demasiado aleatório ou difícil. Se é necessário mudanças significativas ou uma longa duração do provisório, será preferível escolher a técnica indireta. (3,15,37)

#### 4.2.3-Método indirecto

Neste caso, com uma impressão dos dentes já preparados, o protésico recria os dentes com cera, cuja forma é memorizada usando uma impressão de silicone ou alginato no modelo de gesso. A cera é removida do modelo. A impressão é revestida com resina e pressionada sobre o modelo previamente isolado com glicerina. Após a polimerização da resina, o provisório é removido, ajustado e polido. (1,3,37)

Esta técnica assume que os provisórios de primeira intenção criado por técnica direta foram feitos para aguardar os provisórios elaborado no laboratório. (1,3,37)

**Vantagens:** esta técnica oferece uma RP com grande precisão, estética, resistência e uma grande durabilidade. (3,14)

**Desvantagens:** fica mais dispendioso, necessita de duas etapas então para a elaboração da prótese o que demora muito tempo e obriga o Médico Dentista a confeccionar uma prótese dita de primeira intenção com técnica directa, podem também existir dificuldade na inserção da RP. (1,3,14)



**Indicação:** Para os casos de reabilitação complexas de grande dimensão, reconstrução múltiplas ou de pontes ou bimaxilar, usada para modificação estética importante ou também para resolver problemas de oclusão e periodontal. <sup>(3,14)</sup>

## 5-Conclusão

O papel da RP é essencial em reabilitação Oral de forma a permitir uma excelente prótese definitiva. Ela permite proteger, facilitar a cicatrização e de experienciar o modelo protético ideal, servindo de maquete para a restauração definitiva. O Médico Dentista tem à sua disposição muitos materiais e técnicas para elaborar a RP. Não existe uma melhor técnica ou um melhor material. A técnica de chave de silicone com resinas auto-polimerizáveis (pmma, pema, bis-acryl) é simples, barata e oferece bons resultados enquanto a técnica indireta com elaboração da RP no laboratório apresenta melhores resultado estéticos, funcionais e mecânicos, mas será mais caro e exigirá mais tempo de trabalho. O Médico Dentista deve ter um perfeito conhecimento dos métodos e dos materiais para fazer a melhor escolha e a mais adequada ao caso clínico.

## 6-Bibliografia:

1. Singla M, Padmaja K, Arora J, Shah A. Provisional Restorations in Fixed Prosthodontics: A Review. *Int J Dent Med Res* 2014;1(4):148-51.
2. Richelme J, Casu JP, Vermrulen P. Du projet esthétique à la confirmation par les provisoires Quelles méthodologies?. *Strategie Prot.* 2011;12(3): 187-197.
3. Cristina BS. Temporary fixed prosthesis-single units. *Oral Heal Dent Man Black Sea Count.* 2006;5(1):57-61.
4. Assila L, El Figuigui L, Soualhi H, El Yamani A. La prothèse provisoire fixée par technique directe : une solution d'urgence. *Act Odont Stomat.* 2014;269:10-15.
5. Viargues P. Cervical margins placement in fixed prosthesis. A literature review : clinical results. *Rev Odont Stomat.* 2005;34:3-18.
6. Padoin K, Solda C. A importância do perfil emergencial em prótese fixa: revisão de literatura e relato de caso. *J Oral Invest.* 2018;7(2):79-88.
7. Wassell RW, George GS, Ingledew RP, Steele JG. Crowns and other extra-coronal restorations:Provisional restorations. *British Dent J.* 2002;192:619-30.
8. Somil M, Alkesh S, Rakesh M, Mina S, Alaap S, Nidhi J. Provisional restorative materials in fixed prosthodontics: a comprehensive review. *Bhavnagar Univ J Dent.* September 2013;3(3):49-57.
9. Turgut S, Bagis B, Ayaz EA, Ulusoy KU, Altintas SH, Korkmaz FM, et al. Discoloration of Provisional Restorations after Oral Rinses. *Int J Med Sci.* 2013;10(11):1503-9 .

10. Gaillard C. Interet du mock-up en dentisterie esthetique. Inform Dent. Mar 2012;10:1-5.
11. Trabi Z, Kouame K, Didia EL, Pesson D, Djeredou K. Etude critique des methodes d'évaluation de l'adaptation marginale des protheses fixees supra-dentaires. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac. 2015;22(2):10-7.
12. Millet C, Venet L, Ducret M. La temporisation en prothèse fixée. Prot fix. Nov 2016;5:101-28.
13. Pawah S, Pathak C, Garg M. The Diagnostic Wax-up in Full Mouth Rehabilitation-A Review. Heal Talk .2016;8(5):31-3.
14. Prasad k, Shetty M ,Alva H, Prasad A. Provisional restorations in prosthodontic rehabilitations-concepts, materials and techniques. Nitte Univ J Heal Sci. 2012 ;2(2): 72-7.
15. Strassler HE. Fixed Prosthodontics Provisional Materials: Making the Right Selection. Compend Contin Educ. 2013; 34 (1):22-6.
16. Moulding MB, Loney RW. The effect of cooling techniques on intrapulpal temperature during direct fabrication of provisional restorations. Int J Prosthodont. Jul 1991;4(4):332-6.
17. Bana A, Parker S, Braden M, Mangala P, Patel A. Study to investigate and compare thephysicomechanical properties of experimental and commercial temporary crown and bridge materials. Dent Mater. 2016;32: 200-10.
18. Hinet M, Nisky A. Temporisation avec des résines bis-acryl, procédures cliniques.Clinic. 2018;39:419-25.

19. Schulte A. Utilisation des couronnes préfabriquées sur la denture temporaire. *Rev Mens Suisse Odontostomatol.* 1999;109(3):255-61.
20. Kim SH, Watts D. Degree of conversion of bis-acrylic based provisional crown and fixed partial denture materials . *J Korean Acad Prosthodont.* 2008;46(6):639-43
21. Mehpour H, Farjood E, Giti R, Barfi Ghasrdashti A, Heidari H. Evaluation of the flexural strength of interim restorative materials in fixed prosthodontics. *J Dent Shiraz Univ Med Sci.* 2016;17(3):201-6.
22. Balkenhol M, Köhler H, Orbach K, Wöstmann B. Fracture toughness of cross-linked and non-cross-linked temporary crown and fixed partial denture materials. *Dent Mater.* 2009;25:917-28.
23. Georgakis G, Taylor PD . An investigation into the integrity of fit of provisional crowns made over a dental implant analogue using two current proprietary provisional crown materials compared to a proprietary 'snap on' provisional core. *J Dent Oral Disord Ther.* 2014;2(4):1-7.
24. Givens EJ, Neiv G, Yaman P, Dennison JB. Marginal adaptation and color stability of four provisional materials. *J Prosthodont.* 2008;17:97–101.
25. Diaz-Arnold A, Dunne J, Jones A. Microhardness of provisional fixed prosthodontic material. *J Prosthet Dent.* 1999;82(5):525-32.
26. Buergers R, Rosentritt M, Handel G. Bacterial adhesion of streptococcus mutans to provisional fixed prosthodontic material. *J Prosthet Dent.* 2007;98(6) :461-9.
27. Ergun G, Mutlu-Sagesen L, Ozkan Y, Demirel E. In vitro color stability of provisional crown and bridge restoration materials. *Dent Mater J.* 2005;24(3):342-50.
28. Haselton DR, Diaz-Arnold AM, Dawson DV. Color stability of provisional crown and fixed partial denture resins. *J Prosthet Dent.* 2005;93:70-5

29. Burns DR, Beck DA, Nelso SK. A review of selected dental literature on contemporary provisional fixed prosthodontic treatment: Report of the Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics. *J Prosthet Dent.* 2003;90:474-97.
30. Young HM, Smith CT, Morton D. Comparative in vitro evaluation of two provisional restorative materials. *J Prosthet Dent.* 2001;85:129-32.
31. Rego MRM, Santiago LC. Retention of provisional crowns cemented with eight temporary cements.comparative study. *J Appl Oral Sci.* 2004; 12(3): 209-12.
32. Abrams SH. Selecting the Right Temporary Cement. *Dent Today.* Sept 2009.
33. Silva FB, Cavalcante Nobre NE, Souza Costa FM, Wanderley HF, Acioly PH. Cimentos provisórios em prótese fixa: qual escolher? Uma revisão da literatura. *Jornada Odonto Acad Catolica.* 2016;2(2):1-6.
34. Pinto KT, Stanislawczuk R, Loguercio AD, Grande RHM, Bauer J. Effect of exposure time of zinc oxide eugenol restoration on microtensile bond strength of adhesives to dentin. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilo-Fac.* 2014;55(2):83–8.
35. Pereira JR, Valle AL, Scolaro JM, Ghizoni JS. Avaliação da retenção de coroas totais metálicas cimentadas com diferentes cimentos provisórios. *Rev Fac Odonto Univ Passo Fundo.* Jan-apr 2009;14(1):42-6.
36. Anding C. Ponts en composite renforcés par fibres de verre, confectionnés directement en bouche. *Rev Mens Suisse Odontostomatol.* 2008;118(7):628-32.
37. Regish KM, Sharma D, Prithviraj DR. Techniques of Fabrication of Provisional Restoration: An Overview. *Int J Dent.* 2011:1-5.

# CAPITULO II

## CAPÍTULO II – Relatório Das Atividades Práticas de Estágio Supervisionado

### 1-Introdução

As atividades práticas de estágio supervisionado são constituídas por 3 componentes, o Estágio Hospitalar, o Estágio em Clínica Geral Dentária e o estágio em Saúde Oral Comunitária. O estágio de Medicina Dentária é de uma importância na prática clínica porque dá a possibilidade ao aluno de praticar o que foi aprendido nos anos anteriores de estudo, dando a possibilidade ao estudante de ser seguido e bem enquadrado ao mesmo tempo por um profissional qualificado.

### 2-Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

- **O Estágio Hospitalar**

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Centro Hospitalar de Amarante. Este estágio decorreu num período de 3,5 horas semanais, às segundas-feiras das 9h00-12h30, entre 17 de setembro de 2019 a 3 de junho de 2019, perfazendo um total de 126 horas de trabalho. Foram supervisionados pelo Mestre Thiago Resende. A experiência de um atendimento clínico diverso, que só um ambiente hospitalar consegue proporcionar, tornou-se uma mais valia para a nossa formação. Pacientes polimedicados, portadores de doenças sistémicas, com limitações cognitivas e/ou motoras, com patologias orais, portadores de doenças oncológicas, foram algumas das complexas realidades clínicas encontradas no dia a dia de trabalho. Os atos clínicos executados como Operador (Op) e como Assistente (Ass) encontram-se na tabela I.

Tabela I: Atos clínicos executados

Atos clínicos	Exodontias	Endodontias	Restaurações	Destartarizações	Outros
Estágio	Op: 11	Op: 2	Op: 22	Op: 19	Op: 8
Hospitalar	Ass: 8	Ass: 5	Ass: 24	Ass:14	Ass: 4



- **Estágio em Clínica Dentária**

O Estágio em Clínica Dentária foi realizado na Clínica Universitária Filinto Baptista, no Instituto Universitário Ciências da Saúde, em Gandra-Paredes, num período de 5 horas semanais, às Sextas-Feiras das 19h00-24h00 (entre 14 de setembro 2018 a 14 de junho de 2019), perfazendo assim um total de duração de 144 horas com o intuito de proporcionar ao aluno a oportunidade de aplicação de conhecimentos em contexto da prática clínica, para dar autonomia e responsabilidade. Este Estágio foi supervisionado pela Mestre João Baptista. Os atos clínicos executados encontram-se na tabela II.

Tabela II: Atos clínicos executados

Atos clínicos	Exodontias	Endodontias	Restaurações	Destartarizações	Outros
Estágio clínica geral Dentária	Op: 2 Ass: 1	Op: 3 Ass: 1	Op: 5 Ass: 10	Op: 3 Ass: 4	Op: 2 Ass: 1

- **Estágio em Saúde Oral Comunitária**

A unidade de Estágio em Saúde Oral e Comunitária contou com uma carga horária semanal de 3,5 horas, compreendidas entre as 9h00 e as 12h30 de Terça-Feira, com uma duração total de 120 horas, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante. Foi dividido em numerosos desafios. O primeiro desafio consiste a ir no Estabelecimento Prisional de Paço de Ferreira. O objetivo foi oferecer as pessoas que vivem num ambiente desfavorável, uma oportunidade de ter cuidados dentários iguais para ajudar a inserção social e psicológica na sociedade. Foi realizado tratamentos num âmbito totalmente diferente. O segundo desafio foi no Hospital de Santo Tirso. O objetivo foi oferecer prestações de serviços aos pacientes circunscritos na área hospitalar. Os atos clínicos executados encontram-se na tabela III.

O terceiro desafio foi no Infantário na Famalicão. O objetivo foi a promoção da saúde oral em crianças entre 1 e 5 anos de idade. O último desafio foi de implementar um projeto na prevenção e promoção da saúde oral.

Tabela III: Atos clínicos executados

Atos clínicos	Exodontias	Endodontias	Restaurações	Destartarizações	Outros
Estágio em Saúde Oral e Comunitária	Op: 1 Ass: 9	Op: 1 Ass: 1	Op: 3 Ass: 0	Op: 1 Ass: 0	Op: 0 Ass: 0

### **3- Considerações finais das Atividades de Estágio**

Nas suas componentes integradas, o estágio permitiu-me a aplicação, solidificação, e aperfeiçoamento dos conhecimentos teóricos e práticos até então aprendidos. Este período foi muito importante para a minha formação académica e profissional, como futur médico-dentista.