

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário Ciências da Saúde

**Ajuda na recidiva da descoloração de
dentes não vitais após o
branqueamento, com facetas
diretas em resina composta.**

Mauro Gaveglia

Orientador: Prof. Doutor Arnaldo Sousa

Declaração de Integridade

Eu, Mauro Gaveglia, 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: "Ajuda na recidiva da descoloração dos dentes não vitais após o branqueamento, com facetas diretas em resina composta".

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 individuo, 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, fevereiro 2019.

Orientado (Mauro Gaveglia)

Aceitação do Orientador

Declaração

Eu, " Arnaldo Barbosa Alves 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 "Ajuda na recidiva da descoloração dos dentes não vitais após o branqueamento, com facetas diretas em resina composta", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Mauro Gaveglia, 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, fevereiro 2019.

O orientador,

AGRADECIMENTOS

Ao Orientador Professor Doutor Arnaldo Sousa.

Aos meus companheiros com quem partilhei esta experiência e pela vossa amizade.

A minha família.

A todos os Professores que me acompanharam ao longo deste cinco anos, por todos os conhecimentos, sabedoria e experiência que me foram transmitidos.

.

RESUMO

Existem várias opções terapêuticas para os dentes tratados endodonticamente sujeitos a descoloração.

No caso de danos mínimos da estrutura dentária, podemos fazer facetas de cerâmica ou de dissilicato de lítio, para danos maiores, coroas.

Hoje em dia, com resinas compostas modernas e com possibilidade de branqueamento dentário, podemos superar esse problema optando por técnicas minimamente invasivas, principalmente no caso de pacientes jovens.

Isto é especialmente verdadeiro na descoloração assimétrica, de um único incisivo central, no caso de uma faceta indireta ou de uma coroa, é necessária uma redução simétrica dos dois incisivos centrais para obter o mesmo resultado estético.

O uso de facetas diretas de resina composta para restauração, após o branqueamento interno e/ou externo de dentes escurecidos, pode fornecer proteção contra a repetição da descoloração, além de ser o método de tratamento mais conservador e económico.

PALAVRAS-CHAVE: resina composta, branqueamento, estética, descoloração, prevenção, preservação.

ABSTRACT: There are several therapeutic options for endodontically treated teeth that are subject to discoloration.

In case of minimal damages to the dental structure, we can make ceramic or lithium disilicate facets, for greater damages, crowns.

Nowadays, with modern composite resins and with the possibility of tooth whitening, we can overcome this problem by opting for minimally invasive techniques, especially in the case of young patients.

This is especially true in asymmetric discoloration, of a single central incisor, where an indirect facet or a crown, a symmetrical reduction of the two central incisors is required to obtain the same aesthetic result.

The use of straight facets of composite resin for restoration, after internal and / or external bleaching of darkened teeth, may provide protection against repetition of discoloration, as well as being the most conservative and economical method of treatment.

Keywords: composite resin, bleaching, esthetic, discoloration, prevention, preservation.

INDICE GERAL

Declaração de integridade	I
Aceitação do orientador	II
Agradecimentos	III
Resumo	IV
Abstract	V
Indice Geral	VI

Capitulo I

1. Introdução	1
2. Objetivo do trabalho	2
3. Materiais e metodos	3
4. Desenvolvimento/Discussão	3
4.1 Branqueamento interno	4
4.2 Branqueamento externo	5
4.3 Sistemas adesivos	6
4.4 Resinas compostas	6
4.5 Longevidade	7

5. Caso clínico	8
6. Conclusão	14
7. Bibliografia	15

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

1. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado	17
1.1 Estágio em Clínica GeralDentária	17
1.2 Estágio em Clínica Hospitalar	17
1.3 Estágio em Saúde Geral e Comunitária	18
2. Anexos	19

CAPÍTULO I - Desenvolvimento da Fundamentação Teórica

1. INTRODUÇÃO

O sorriso é uma parte importante do estereótipo físico e da percepção de um indivíduo, e também é importante no julgamento que os outros têm de nossa aparência e personalidade.¹

O procedimento cosmético mais conservador para melhorar um sorriso é o branqueamento dos dentes, um tratamento que continua a ter um impacto significativo na prática da medicina dentária.²

A descoloração dentária, especialmente nas áreas anteriores, representa um desconforto psicológico para o paciente e, portanto, um pedido de clareamento é frequente.³

O tratamento também pode ser bem-sucedido para um dente que recebeu tratamento endodôntico não cirúrgico (TENC).⁴

É de grande importância observar que, no que diz respeito à descoloração, os agentes de branqueamento apenas atuam em estruturas dentárias e não em materiais restauradores estéticos. Daí a necessidade de substituir restaurações estéticas após o branqueamento dos dentes.

As restaurações diretas têm a vantagem de não necessitarem de etapas de laboratório para completar o trabalho. No entanto, o sucesso clínico depende, na maioria dos casos, dos materiais e das técnicas de restauração utilizadas. Além disso, a habilidade e o desempenho do praticante influenciam significativamente o resultado clínico dessas restaurações.⁵

As resinas compostas evoluíram nos últimos anos de tal forma, que podem ser usadas com bons resultados mesmo em situações clínicas que antes seriam tratadas exclusivamente com cerâmica.⁶

As resinas compostas na prática diária oferecem benefícios excepcionais. Elas permitem que os médicos sigam um protocolo de cadeira previsível, conservador e confiável para melhorar o sorriso do paciente e restaurar a estrutura dentária descolorida.

Combinados com os melhores protocolos de adesão, esses procedimentos podem ser usados com sucesso para obter excelentes resultados.⁷

Certamente, um dos objetivos da medicina dentária restauradora moderna é preservar a espessura do esmalte tanto quanto possível e evitar preparações que se estendem na dentina porque, como é sabido, a força de adesão ao esmalte é maior.

O uso das facetas tem diferentes indicações que vão desde o "mascaramento" de importantes descolorações dentárias resistentes ao branqueamento até a correção de defeitos de forma. Em particular, os defeitos dos dentes anteriores podem ser excessivos ou defeituosos no sentido vestibular e incisal.⁸

As facetas diretas em resina composta para restauração após o branqueamento interno de um único dente ou de mais dentes escurecidos, pode constituir uma proteção contra a repetição da descoloração.⁹

2. OBJETIVO DO TRABALHO

Este trabalho pretende fazer uma análise crítica de uma opção terapêutica minimamente invasiva e, portanto, muito conservadora para dentes tratados endodonticamente com necessidades estéticas, "a restauração com resina composta após branqueamento".

Verificar as várias etapas e materiais para a realização deste tratamento, com a apresentação dum caso clínico, e análise do resultado.

Ajuda na recidiva da descoloração dos dentes não vitais após o branqueamento, com facetas diretas em resina composta | Mauro Gaveglia | Orientador: Prof. Doutor Arnaldo Sousa

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: PubMed, Ebsco, Medline e em outras revistas científicas, utilizando as palavras-chaves: *resina composta, branqueamento, estética, descoloração, prevenção, preservação*; bem como as suas traduções em língua inglesa e italiana.

Foram utilizados artigos publicados entre Abril de 2008 e Dezembro de 2017, em Inglês, Português e Italiano, artigos gratuitos e com texto completo. . A seleção dos artigos foi feita primariamente através do título, em seguida foram analisados os resumos e escolhidos os artigos considerados de maior interesse. Utilizou-se ainda o manual de instruções da resina composta Enamel Plus Micerium

4. DESENVOLVIMENTO / DISCUSSÃO

O uso de branqueamento dentário combinado com técnicas adesivas permite salvar uma estrutura dentária considerável, obtendo um resultado estético excelente e duradouro especialmente em pacientes jovens, onde é essencial operar de forma conservadora, de acordo com o conceito de tratamento minimamente invasivo.¹⁰

Após décadas de desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico, as resinas compostas continuam a simplificar a prática da medicina dentária restauradora, oferecendo aos médicos dentistas a versatilidade, a previsibilidade e melhores propriedades físicas. Com uma ampla gama de produtos hoje disponíveis, as resinas compostas são uma opção de material restaurador de confiança, conservadora e multifuncional.¹¹

A medicina dentária adesiva, com o desenvolvimento dos modernos sistemas de compósitos estéticos, significa remoção mínima ou mesmo nenhuma, da estrutura dentária.¹²

Para obter tratamentos duradouros, é importante considerar os sistemas adesivos como elementos fundamentais. A evolução destes materiais permite a união dente- adesivo-restauração tanto em técnicas diretas quanto indiretas, alterando os conceitos clássicos de preparação dentária com base na formação de retenções mecânicas, com uma preparação mais conservadora eliminando o menos possível tecido dentário.¹³

É essencial que o clínico faça um diagnóstico correto e, para isso, é necessário um exame radiográfico detalhado (bite wings ou status radiográfico) e o uso de sistemas de ampliação. É indispensável trabalhar num periodonto são; os pacientes devem ser instruídos sobre os métodos de higiene oral e terem realizado uma higiene simples ou uma preparação periodontal não cirúrgica.¹⁴

4.1 Branqueamento interno

O branqueamento intracoronal envolve a porção coronal de elementos dentários tratados endodonticamente para remover pigmentações intrínsecas relacionadas à hemorragia da polpa, remoção incompleta do tecido necrótico, uso de materiais de obturação de canais à base de eugenol ou sais de prata. Este método é simples, conservador, com relação custo benefício vantajosa e é efetivo mesmo após muitos anos de terapia do canal radicular ou o aparecimento de descoloração. Depois de retirar os materiais de enchimento endodônticos da câmara pulpar e estabelecer uma proteção cuidadosa com materiais adesivos (cimento de ionômero de vidro) colocados 1-2 mm apicalmente na junção esmalte-cimento, pode ser colocado o agente de clareamento capaz de difundir no interior dos túbulos dentinários oxidando os pigmentos presentes.¹⁵

O branqueamento intracoronal também é chamado "walking bleach" (o agente de branqueamento é deixado in situ por alguns dias) é considerado o método de escolha porque requer menos tempo na cadeira, é mais seguro e mais confortável para o paciente.¹⁵

Durante esta fase do tratamento, a câmara pulpar é preenchida com o agente de branqueamento e não com um material restaurador aderente, portanto, não há estabilização interna do dente. O paciente deve ser informado sobre um risco aumentado de fratura.¹⁶

4.2 Branqueamento externo

No branqueamento externo, (extracoronal) aplica-se o princípio ativo na superfície do dente a ser tratado.

O tratamento no consultório representa o método de clareamento mais seguido pelos operadores, requer uma duração curta e garante resultados evidentes após apenas uma sessão. É indicado para o tratamento de pigmentações generalizadas das arcadas dentárias ou limitado a áreas específicas de um único elemento dentário, como no caso de alguns tipos de fluorose, e pode ser controlado pelo médico dentista ao longo do procedimento. Também tem a vantagem de poder ser interrompido a qualquer momento.¹⁵

Atualmente, as técnicas utilizadas envolvem o uso de peróxido de hidrogénio e peróxido de carbamida, tanto auto como foto-ativado. Esses produtos podem ser usados com diferentes tempos de aplicação e diferentes concentrações.¹⁶

O oxigénio libertado pelos agentes de branqueamento realiza a ação tanto durante a aplicação clínica do agente quanto nas horas/dias seguintes em virtude do fato de permanecer na forma ativa nas áreas interprismáticas do esmalte. Sabe-se, no entanto, que as moléculas de oxigénio tendem a interferir com os processos de polimerização dos monómeros de resina que constituem tanto os sistemas adesivos dentários quanto as resinas compostas.

A partir dessas considerações, é evidente que está contraindicado prosseguir com uma restauração adesiva de resina composta numa superfície de esmalte imediatamente tratada com manobras de clareamento, pois o risco é obter um desprendimento adesivo da própria restauração e, portanto, uma falha no nosso tratamento. A abordagem

Ajuda na recidiva da descoloração dos dentes não vitais após o branqueamento, com
facetadas direitas em resina composta | Mauro Gaveglia | Orientador: Prof. Doutor Arnaldo
Sousa

recomendada baseia-se na espera de alguns dias (geralmente sete dias) antes de proceder à restauração adesiva definitiva, de modo a permitir a neutralização e remoção dos peróxidos remanescentes a nível interprismático no esmalte.¹⁷

4.3 Sistemas adesivos

O tratamento contemporâneo com ácido ortofosfórico "H₃PO₄" 35% -37% de dentina e esmalte antes da aplicação do sistema adesivo de esmalte "DBAs" (técnica Total-Etch e isolamento da cavidade, Fusayama 1992) foi - nos últimos anos - questionados como consequência da introdução de sistemas adesivos self-etching.

No esmalte, o uso de "H₃PO₄" continua a ser a técnica eletiva destinada a produzir, através da gravura, das micro-irregularidades capazes de ser infiltradas pela resina fluida "Bonding" e criar uma ligação mecânica tenaz com a resina composta.

Este princípio expresso por Bonocore em 1955 permanece, após mais de 60 anos, perfeitamente válido e representa o "gold standard" de adesão ao esmalte, seja preparado pela ação de instrumentos rotativos (30 segundos de aplicação "H₃PO₄").¹⁹

4.4 Resinas compostas

O uso de materiais com alta performance no campo da medicina dentária conservadora oferece hoje a possibilidade de resolver casos complexos com métodos de adesão direta.²⁰

As técnicas diretas devem ser preferidas, sempre que possível, como restaurações mais conservadoras do que indiretas.²¹

A resina composta é um material básico popular porque é fácil de usar e satisfaz as demandas estéticas.²²

As resinas compostas utilizadas na medicina dentária são materiais que tendem a ser translúcidos, mesmo que os esforços feitos pelos fabricantes nos últimos anos permitiram a criação de resinas compostas com características cromáticas muito semelhantes aos tecidos dentários. Como resultado, encontramos resinas compostas que são capazes de simular a dentina nas fases de reconstrução e por isso são de cor amarela / marrom com diferentes graus de saturação de cores.

Obviamente, as resinas compostas usadas para simular a dentina terão de ser mais opacas e preparadas para não serem atravessadas pela luz, assim como a dentina na natureza.²³

Um compósito moderno deve ter massas de dentina de fluorescência calibradas no modelo de dente natural. Para obter um compósito de esmalte que se comporta como esmalte natural, é necessário que ele tenha uma alta translucidez e o mesmo índice de refração.²⁴

Para minimizar o efeito da cor de fundo, as resinas compostas de sombra opaca foram utilizadas como suporte usando uma técnica de camadas.²⁵

4.5 Longevidade

Os compósitos de última geração são nanofilled ou nanohybrid contendo enchimentos compostos de materiais como quartzo, sílica coloidal, cristais de sílica contendo bário, estrôncio, zirconia e resinas pré-polimerizadas. Embora a melhoria dos componentes de enchimento tenha tido um impacto fundamental na qualidade da resina, a composição da matriz de resina também foi melhorada ao longo do tempo.

O desenvolvimento de pesquisas sobre combinações de diferentes monómeros ou monómeros alternativos levou ao desenvolvimento de compósitos com menor contração de polimerização e conseqüente menor stress.

A duração dos compósitos nas restaurações anteriores é satisfatória e superior à observada com o compómero ou cimento de ionômero de vidro para reconstrução da classe IV com 14 anos de seguimento.

Ajuda na recidiva da descoloração dos dentes não vitais após o branqueamento, com facetas direitas em resina composta | Mauro Gaveglia | Orientador: Prof. Doutor Arnaldo Sousa

De fato, independentemente das características físicas das restaurações de compósito que afetam parcialmente a durabilidade, o fator mais importante é a qualidade com que a restauração é realizada: as restaurações em compósito realizadas por operadores experientes e reconhecidos duraram mais.²⁶

5. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, com 36 anos de idade, apresentou-se na Clínica Conservadora III desta Faculdade com a queixa principal de insatisfação com o seu sorriso (Fig.1).

Ao exame clínico, percebeu-se a existência de restaurações de resina composta, nos elementos 12, 11, 21 e 22 com alteração de forma e cor; os dentes 21 e 22 tiveram tratamento endodôntico e o 22 apresentava um espigão de metal (Fig.2,3,4).



Figura 1 - Aspeto inicial do sorriso



Fig. 2, 3, 4- Vista intrabucal das restaurações em resina com alteração de forma e cor e Rx periapical.

Foi proposto à paciente o seguinte plano de tratamento:

- Fase 1: branqueamento interno do dente 21, e branqueamento externo dos dentes 12,11, 21 e 22.
- Fase 2: restauração e cobertura das coroas com facetas diretas em resina composta.

Fizeram-se impressões para a realização dos modelos de estudo, para criar uma guia de silicone, indispensável para ter um suporte palatino estável para construir a parede palatina em falta (fig.5,6,7).

Foi também determinado, com a escala cores Vita, a cor atual: C3-C4.



Fig. 5, 6, 7 – impressões, modelos e mock-up.

Na primeira consulta da fase 1, após o isolamento absoluto, foi feito o acesso ao canal radicular do dente 21. O material de obturação temporário foi completamente removido e 2 mm de guta-percha também sob a junção amelo-dentinária para criar uma barreira de

Ajuda na recidiva da descoloração dos dentes não vitais após o branqueamento, com facetas diretas em resina composta | Mauro Gaveglia | Orientador: Prof. Doutor Arnaldo Sousa

proteção. Este rolhão em forma semi-lunar foi feito com um cimento de ionômero de vidro para proteger os ligamentos periodontais da difusão do agente de branqueamento.



Aplicou-se o agente de branqueamento (Opalescence Endo Ultradent) na câmara pulpar e condensou-se com um cotonete de algodão humedecido (Fig. 8).

Usou-se um cimento de ionômero de vidro como material temporário. Informou-se o paciente do aumento do risco de fraturas, que pode ocorrer entre as sessões de branqueamento; também foi recomendado mastigar com cautela, evitando morder alimentos duros.

Na segunda consulta, o agente de branqueamento foi substituído 4 dias após a primeira sessão.

Ao fim de quatro dias, na terceira consulta, efetuou-se branqueamento externo: feito isolamento absoluto (Fig. 9), e uma limpeza superficial com escova e pedra-pomes (Fig. 10), o agente branqueador (Blancone IDS 6% H_2O_2) foi aplicado nos dentes (Fig. 11), ativando com a lâmpada de fotopolimerização por 20 seg., repetindo o ciclo três vezes.

Após o término das sessões de clareamento dentário (Fig.12, 13, 14), aguardou-se um período de 15 dias para iniciar o tratamento restaurador.



Fig. 9, 10, 11 – Isolamento absoluto, limpeza com escova e pedra-pomes, aplicação agente clareador.



Fig. 12, 13, 14 – O primeiro aspeto após o branqueamento interno e externo.

As restaurações deficientes em resina composta foram removidas com o auxílio de uma ponta diamantada esférica.

Para a realização do procedimento restaurador dos dentes 12, 11, 21, 22, determinada a cor da resina composta, iniciamos a restauração com isolamento absoluto (Fig. 15), com pequenos incrementos de resina após a preparação dos dentes. Os incrementos foram polimerizados e analisados em condições favoráveis de iluminação.

A preparação minimamente invasiva realizada na parte do dente a ser restaurada com a faceta direta, para obter espaço suficiente para o compósito que conferiria uma cor mais clara à restauração. O bisel do ângulo cavosuperficial realizou-se com o auxílio de uma ponta diamantada de granulação ultrafina.

Os dentes, um de cada vez, depois de proteger os adjacentes com fita de Teflon, também útil para criar o ponto de contato interproximal, foram condicionados com ácido ortofosfórico a 35% (Etching Gel Vococid Voco) 30 segundos o esmalte (Fig. 16).

Após a remoção do ácido ortofosfórico, foi aplicado o agente adesivo (Futurabond U Voco) e fotopolimerizado por 20 segundos (Fig.17)



Fig. 15, 16, 17.

Para realizar as restaurações, utilizou-se o compósito para restaurações estéticas "Enamel Plus Hri Micerium", composto por dentinas para reproduzir a fluorescência e a opacidade das dentinas naturais e pelos esmaltes com o mesmo índice de refração do dente natural.

Fora da boca, uma fina camada de esmalte UE2 Hri foi aplicada diretamente sobre a chave de silicone. O material foi espalhado numa camada fina com uma escova seca. Ajustado cuidadosamente o compósito de esmalte na chave de silicone, foi colocado na boca, e com a escova, o compósito foi empurrado para as bordas da preparação; depois de verificar a boa adaptação do material à cavidade, foi fotopolimerizado por 40 segundos (Fig.18).

Construída a parede palatina, com o mesmo esmalte UE2 Hri, as paredes interproximais foram realizadas com pequenos incrementos de esmalte usando matrizes de acetato estabilizadas com uma cunha; após a obtenção da forma anatômica desejada, foi realizada a fotopolimerização.

Depois deste procedimento, a dentina foi estratificada. Utilizou-se o compósito UD2 para os mamelons e UD1 no terço mais terminal dos mesmos.

Foi adicionado um branco intenso (IWS) para imitar as descalcificações presentes.

A reconstrução foi completada com os esmaltes UE2 e UE3 (Fig.19).

Um por um, os dentes restantes foram reconstruídos (Fig.20), com o mesmo procedimento.



Fig. 18, 19, 20: adaptação mock-up, restauração completada dente 12, dente 11 a seguir.

Finalizamos a nossa restauração com acabamento, polimento e brilho, que representam um momento fundamental para o sucesso da restauração estética.

Utilizamos brocas diamantadas finas (anel amarelo) para acabamento e borrachas amarelas para polimento. Este foi completado usando uma escova de pelo de cabra com pasta de diamante ENAShiny A com 3 microns antes e ENAShiny B com 1 microns depois. Para o brilho final usamos pasta de óxido de alumínio ENAShiny C.

O resultado final do tratamento, com branqueamento interno, externo e facetas diretas, ficou muito satisfatório (Fig. 21, 22, 23).



Fig.21: situação final



Fig. 22, 23: antes e depois

6. CONCLUSÃO

O branqueamento de um dente com tratamento endodôntico escurecido, é uma boa opção num plano de tratamento estético.

O risco de uma nova descoloração após o branqueamento interno deve ser discutido com o paciente antes de iniciar o tratamento.

O uso de facetas diretas em resina composta para a restauração após o branqueamento interno e externo de um único dente descolorido pode constituir uma proteção contra a repetição da descoloração.

Os compósitos, tornaram-se materiais de escolha para pacientes jovens e todos o que pretendem uma abordagem muito conservadora.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Londoño MA, Botero P. The smile and its dimensions. RevFacOdontolUnivAntioq 2012; 23(2): 353-365.
2. Rosenberg JM¹.E Minimally Invasive Dentistry: A Conservative Approach to Smile Makeover. CompendContinEducDent. 2017 Jan;38(1):38-42.
3. I. Franchi, L. Generali, L. Giannetti, U. Consolo. Protocollo clinico per il trattamento cosmetico di sbiancamento interno. Hygiene Tribune Italy 2012 Apr.vol.1
4. MaciejZarow, DDS, PhD. Nonvital Tooth Bleaching: A Case Discussion for the Clinical Practice. CompendContinEducDent. 2016 Apr;37(4):268-76.
5. Monte-Alto RV, Santos GO, Gallito MA, Redon RT, Dias KRHC, Miranda MS. Esthetic restorative treatment using resin composite in anterior teeth associated to previous dental bleaching: clinical case report. Rev. dental press estét. 2011 abr.-jun ; 8(2): 66-76.
6. Dell'acqua f. Risoluzione di un caso estetico anteriore con restauri diretti addizionali. Casereport. DMildentistamoderno 2017 dic.vol.12
7. Margeas R. Composite resin: a versatile, multi-purpose restorative material. CompendContinEducDent. 2012 Jan;33(1):42-5.
8. Daniele S. Faccette senza preparazione tra limiti e false promesse. www.dentaljournal.it 2014 Mar.
9. MaciejZarow M., Szczeklik K. Faccette dirette in composito come prevenzione della discolorazione dopo lo sbiancamento di denti non vitali Case report. DM ildentistamoderno 2015 Set.vol.09.
10. Saracinelli M. Dyschromia in anterior teeth, a direct approach. Trouble, challenge or what else? www.styleitaliano.org 2017 Dec.
11. Margeas R. Versatile composite resins simplifying the practice of restorative dentistry. CompendContinEducDent. 2014 Jan;35(1):52-5.
12. Bruce L. Cambiare un sorriso, e la vita, con l'odontoiatria minimamente invasiva. DM ildentistamoderno 2012 Set.vol.09.

Ajuda na recidiva da descoloração dos dentes não vitais após o branqueamento, com facetas diretas em resina composta | Mauro Gaveglia | Orientador: Prof. Doutor Arnaldo Sousa

13. Alessandri A. Trattamenti diretti / indiretti, materiali adesivi e da ricostruzione in relazione alla perdita di tessuto dentale. www.odontoiatria33.it 2017 Ott.
14. Vanini L., Simoni F. Semplicità e innovazione in conservativa. *DM ildentistamoderno* 2015 Lug.vol.07.
15. Raciti N., Cozzolino F. Sbiancamento Dentale. www.zerodonto.com 2010 Nov.
16. Plotino G, Buono L, Grande NM, Pameijer CH, Somma F. Nonvital tooth bleaching: a review of the literature and clinical procedures. *J Endod.* 2008 Apr;34(4):394-407
17. Kaitzas V., Signore A., Benedicenti S. Lo sbiancamento dei denti vitali e non: luci ed ombre che l'operatore deve conoscere. www.odontoiatria33.it 2016 Dic.
18. Daniele S. Restauro adesivo post-sbiancamento: adesione immediata con bicarbonato o ascorbato di sodio. www.dentaljournal.it 2017 Ott.
19. Daniele S. I sistemi adesivi self-etching come scelta razionale al posto dell'acido ortofosforico nel trattamento adesivo della dentina. www.odontoiatria33.it 2017 Mag.
20. Berton F., Cadenaro M., Di Lenarda R. Riabilitazione estetica conservativa del gruppo frontale superiore. *DM ildentistamoderno* 2015 Lug.vol.07.
21. Favatà M. Restauri adesivi nel dente anteriore trattato endodonticamente. *Giornale Italiano di Endodonzia* (2011) 25, 53—64
22. Baba, Nadim Z. *Contemporary Restoration of Endodontically Treated Teeth: Evidence-Based Diagnosis and Treatment Planning*. Quintessence Publishing, 2013; 2: 51
23. Daniele S. Le determinanti cromatiche nelle ricostruzioni in composito anteriori : suggerimenti e procedure operative. www.odontoiatria33.it 2016 Nov.
24. Enamel Plus H₂O₂. Manuale d'uso. Micerium S.p.A.
25. Kim S.J., Son H.H., Cho B.H., Lee I.B., Um C.M. Translucency and masking ability of various opaque-shade composite resins. *Journal of dentistry* 37 (2009) 102–107
26. Benetti A.R., Pallesen U. Longevità delle ricostruzioni dirette in composito. *DM ildentistamoderno* 2014 Set.vol.09
27. Dietschi D. Riabilitazione conservativa del sorriso. *DM ildentistamoderno* 2010 Set.vol.09

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

1. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

O estágio de medicina dentária desenvolveu-se em três áreas distintas: Clínica Geral Dentária, Clínica Hospitalar e Saúde Oral Comunitaria.

1.1 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária foi realizado na Clínica Nova Saúde, no Instituto Universitário Ciências da Saúde, em Gandra, no período compreendido entre 25 de Setembro de 2017 e 03 de Agosto de 2018, com um total de 180 horas. A supervisão foi a cargo da Professora Doutora Filomena Salazar.

Este estágio revelou-se uma mais valia, pois permitiu a aplicação prática de conhecimentos teóricos adquiridos ao longo de 5 anos de curso, proporcionando competências médico-dentárias necessárias para o exercício da sua profissão. Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se discriminados no Anexo - **Tabela 1**.

1.2 Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Hospital Padre Américo – Vale do Sousa de Penafiel no período compreendido entre 26 de Setembro de 2017 e 29 de Maio de 2018, com uma carga semanal de 5 horas compreendidas entre as 09:00h-14:00h, fazendo um total de duração de 65 horas sob a supervisão do Professor Doutor Fernando Figueira. No período entre o 18 de Junho e o 03 de Agosto 2018, o estágio foi realizado com uma carga semanal de 25 horas compreendidas entre as 09:00h-14:00h, fazendo um total de duração de 75 horas. Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se

discriminados no Anexo -**Tabela 2**.

Ajuda na recidiva da descoloração dos dentes não vitais após o branqueamento, com facetas direitas em resina composta I Mauro Gaveglio I Orientador: Prof. Doutor Arnaldo Sousa

1.3 Estágio em Saúde Oral e Comunitária

O estágio em Saúde Oral e Comunitária decorreu no período de 28 Setembro de 2017 a 14 de Junho de 2018, à quinta feira das 9h às 12h30 com um total de 120 horas, e 76 horas complementarias sendo regido pelo Professor Doutor Paulo Rompante. Este estágio decorreu em ambiente escolar, nomeadamente na Escola EB1 de Susão (Valongo). No primeiro semestre, procedeu-se ao planeamento e desenvolvimento das atividades a aplicar em contexto escolar no IUCS, tendo por guia o Programa Nacional para a Promoção de Saúde oral da Direção Geral de Saúde, e no segundo semestre, estas foram apresentadas às crianças na escola previamente mencionada. Para Observar os alunos e recolher os respetivos dados epidemiologicos, seguiu-se a metodologia WHO 2013, sendo que posteriormente os dados foram introduzidos e avaliados esteticamente.

0-5 anos	<ul style="list-style-type: none">• <i>Atividade musical com incentivo à escovagem;</i>• <i>Atividades para colorir;</i>• <i>Fantoches</i>
6-7 anos	<ul style="list-style-type: none">• <i>Atividades didáticas e educação para a saúde oral;</i>• <i>Entrega de um caderno de atividades elusivas a saúde oral;</i>• <i>Atividade lúdica "Jogo da Memória", "Dente Triste/Dente Feliz"</i>
8-9 anos	<ul style="list-style-type: none">• <i>Atividades didáticas e educação para a saúde oral;</i>• <i>Atividade lúdica "PeddyPaper", "Jogo dos Tapetes";</i>• <i>Educacao sobre a alimentação e a sua importância na saúde oral</i>

Anexos

Tabela 1: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio em Clínica Geral Dentária.

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	3	3	6
Exodontias	4	1	5
Periodontologia	1	3	4
Endodontia	1	0	1
Outros	1	3	4

Tabela 2: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio Hospitalar.

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	14	13	27
Exodontias	19	17	36
Periodontologia	0	5	5
Endodontia	4	4	8
Outros	1	1	2