**RELAÇÃO TEORIA-PRÁTICA NO ENSINO DA DENTÍSTICA CLÍNICA**

Renata Cristina Sobreira França¹

Rosenês Lima dos Santos²

 Germana Coeli de Farias Sales³

1. Monitor Voluntário
2. Professor Orientador
3. Professor Colaborador

Centro de Ciências da Saúde / Departamento de Clínica e Odontologia Social/ Programa de Monitoria

**Introdução:**

 A aparência dentofacial pode ter efeitos em julgamentos pessoais e sociais, e é importante dada a mudança de ênfase no conceito de saúde, o qual tem sido definido como o estado completo de bem-estar físico, mental, social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Esse fato é facilmente compreendido quando se observa que a busca por tratamento odontológico por parte de pacientes adultos é, na maioria das vezes, motivada pelo desejo de melhorar a autoimagem independentemente das considerações estruturais ou funcionais (FREITAS; COSTA; PINHO, 2007).

A odontologia restauradora tem como objetivo promover a prevenção. Quando isso não é possível, procura reestabelecer a função e a estética dos dentes de forma conservadora. Para tanto, as resinas compostas têm sido empregadas em diversos procedimentos odontológicos e hoje são consideradas a primeira opção para um tratamento restaurador estético (BOLANHO, 2007).

Restaurações de resina composta e amálgama de prata, indicadas para substituição nas atividades clínicas das disciplinas de Dentística II (3a série) e Clínica Integrada (4a série), do Curso de Odontologia da UNIPAR – Umuarama, foram avaliadas clínica e radiograficamente durante o período de 12 meses. Foram avaliadas 352 restaurações, sendo 201 de amálgama de prata e 151 de resina composta. Entre as restaurações de amálgama substituídas, 60 (29,85%) foram realizadas por reincidência de cárie, 45 (22,38%) por contorno e anatomia deficientes, 45 (22,38%) por degradação marginal, 44 (21,9 %) por fratura (região de istmo ou corpo da restauração), 3 (1,5%) por razões estéticas, 3 (1,5%) por corrosão e 1 (0,49 %) por outras razões não especificadas. Das 151 restaurações de resina composta substituídas, 72 (47,7%) foram por manchamento na interface, 46 (30,46%) por manchamento do corpo da restauração, 28 (18,54%) por reincidência de cárie, 4 (2,64%) por contorno e anatomia deficientes e 1 (0,66%) por outras razões não especificadas. Em relação ao material restaurador utilizado para substituição, das 201 restaurações de amálgama de prata 88 foram substituídas pelo mesmo material e 113 por resina composta. Por sua vez, das 151 restaurações de resina composta substituídas, 3 utilizaram amálgama de prata e em 148 foi utilizado o mesmo material restaurador, resina composta (DUBINSKI; CARDOSO; HOEPPNER, 2005).

 Para Nunes (1988) e Mondelli *et al,* (1990), as ações clínicas do profissional têm implicações diretas no sucesso das restaurações. Das 151 restaurações com material estético substituídas, 3 foram restauradas com amálgama de prata e 148 com resina composta, confirmando o aumento na busca pela estética, tanto dos futuros profissionais quanto dos pacientes. De acordo com Christensen (1998), é preciso que os pacientes estejam conscientes das vantagens e desvantagens desse material estético que é a resina composta. Cabe ao profissional dar maior ênfase à prevenção e aos critérios de avaliação, pois existem falhas clinicamente aceitáveis em uma restauração, e se essa não puder ser reparada, os fatores que levaram a tal diagnóstico merecem atenção especial a fim de serem corrigidos, evitando procedimentos clínicos desnecessários (DUBINSKI; CARDOSO; HOEPPNER, 2005).

 O atual padrão de estética também leva os pacientes a darem importância significativa a cor dos dentes. Dessa forma, pacientes que possuem dentes escurecidos, principalmente no segmento anterior buscam o profissional da odontologia com o intuito de resolver a desarmonia de cor. Mesmo sabendo ser possível resolver tais casos de maneira restauradora direta ou indireta, com materiais resinosos e cerâmicos, no entanto, é de nosso entendimento a maior complexidade desses procedimentos. Por isso, sempre que indicado o clareamento dental deve ser a primeira alternativa, pois é uma técnica segura, minimamente invasiva, e de custo reduzido quando comparado a procedimentos restauradores estéticos (CONCEIÇÃO, 2005).

 Há muito tempo, dentes que apresentavam anomalias de cor eram desgastados para, em seguida, serem reconstruídos com materiais restauradores diretos ou indiretos. Embora com esses procedimentos uma estética satisfatória fosse obtida, as substituições desses materiais restauradores eram freqüentes, uma vez que ainda não possuímos, no mercado odontológico, um material com propriedades e características idênticas à estrutura dental. Procurando realizar um tratamento estético conservador, McCLOSKEY (1984), embasado em trabalhos de Dr. Walter Kane, de Colorado Sprigns (USA), associou o emprego do ácido clorídrico a 18% à ação abrasiva da pedra-pomes. Da mesma forma, com a finalidade de solucionar alterações de cor intrínsecas presentes na superfície do esmalte dental e que proporcionasse a obtenção de resultados permanentes e uma perda insignificante de tecido adamantino, CROLL & CAVANAUGH, em 1986, também propuseram o emprego de uma mistura de ácido clorídrico a 18% e pedra-pomes, que era aplicada no esmalte dental, com firme pressão, através de uma espátula de madeira. Essa técnica, denominada de microabrasão do esmalte dental, que possibilita a realização de procedimentos mais conservadores através do emprego de diferentes abrasivos associados a soluções químicas, é comumente indicada, não somente para a remoção de manchamentos adamantinos intrínsecos, de qualquer coloração e etiologia, como também para a correção de irregularidades superficiais presentes no esmalte dental, quer por amelogênese imperfeita, ou pelas adquiridas pós-remoção de braquetes ortodônticos; no entanto, essas alterações deverão estar localizadas nas camadas superficiais do esmalte dental (SUNDFELD; CROLL; KILLIAN, 2002).

**Objetivo:**

 Verificar a variabilidade dos procedimentos clínicos estéticos realizados na clínica da disciplina de Dentística Clínica II como instrumento de avaliação para auxiliar na programação didático-pedagógica.

**Metodologia:**

 Foi feito um levantamento qualitativo de procedimentos odontológicos estéticos realizados nos períodos 2012.2 e 2013.1 em 142 fichas clínicas dos pacientes atendidos, para verificar a frequência da realização dos procedimentos estéticos desenvolvidos pelos alunos da disciplina de Dentística Clínica II, com o intuito de correlacionar o conteúdo prático e teórico. Este método foi desenvolvido pela monitoria para averiguar a relação da teoria com a prática da Disciplina em tela dentro do projeto político pedagógico do curso de odontologia.

**Resultados:**

 Foram atendidos 142 pacientes na clínica da disciplina e nestes foram realizados os seguintes procedimentos estéticos referentes aos conteúdos teóricos, apresentados de acordo com suas quantidades, em ordem decrescente:

|  |  |
| --- | --- |
| Restauração com resina composta em dentes posteriores  | 142 |
| Restauração com resina composta em dentes anteriores | 60 |
| Clareamento dental | 30 |
| Microabrasão do esmalte  | 10 |
| Faceta laminada direta | 3 |
| Remoção de diastema | 2 |
| Reconstrução coronária anterior direta com pinos intra-radiculares não metálicos  | 1 |

**Conclusões:**

 Os procedimentos restauradores mais realizados na prática clínica da disciplina foram as restaurações com resina composta em dentes posteriores e anteriores, seguidos de clareamento dental, microabrasão do esmalte, faceta laminada direta, remoção de diastema e reconstrução coronária anterior direta com pinos intra-radiculares não metálicos. Diante disso, verificamos a importância de realizar uma triagem de pacientes que necessitem desses procedimentos que foram menos realizados, para que o estudante tenha a oportunidade de praticar de uma forma geral todos os assuntos teóricos abordados. Visto que eles são importantes para o sucesso profissional, pois a estética é exigida pela maioria dos pacientes atualmente.

**Referências:**

BOLANHO, A. **Estudo da degradação de resinas compostas pela ação de bebidas alcoólicas: análise de fluorescência e rugosidade superficial.** São José dos Campos, 2007, 161p. [tese] - Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - Universidade Estadual Paulista.

CONCEIÇÃO, E. N. **Restaurações estéticas – Compósitos, cerâmicas e Implantes.** Porto Alegre, 2005.

DUBINSKI P.; CARDOSO, S. A.; HOEPPNER, M. G. Avaliação das causas das substituições de restaurações nas disciplinas de dentística II e clínica integrada do

curso de odontologia da UNIPAR – campus Umuarama. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 7-14, mar. 2005.

FREITAS, R. Z.; COSTA, C. P.; PINHO, S. Estética Facial. **25º CIOSP,** São Paulo. 2007.

MCCLOSKEY, R. J. A technique for removal of fl uorosis stain. **J Am Dent Assoc**, v.109, p.63-64. 1984.

MONDELLI, J*.*; ISHIKIRIAMA, A.; JUNIOR, J.G.; NAVARRO, M.F.L. **Dentística Operatória**, 4a. ed. São Paulo: Savie, 1990. 254p.

NUNES, O. B. C. Avaliação clínica das restaurações de amálgama: revisão da literatura. **Odontologia Moderna**, v.5, n.6, p.22-23, 1988.

SUNDFELD, R. H.; CROLL, T. P.; KILLIAN, C. M. Recuperação do sorriso – A comprovação da eficiência e versatilidade da técnica da microabrasão do esmalte dental. **JBD**, Curitiba, v.1, n.1, p.77-86, jan./mar. 2002.