

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

Alessandra da Silva Leite

**FACETAS DIRETAS COM RESINA COMPOSTA EM DENTES ANTERIORES  
SUPERIORES: ESTUDO DE CASO**

Santa Cruz do Sul  
2017

Alessandra da Silva Leite

**FACETAS DIRETAS COM RESINA COMPOSTA EM DENTES ANTERIORES  
SUPERIORES: ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz  
do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção  
do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Me. George Valdemar Mundstock

Santa Cruz do Sul  
2017

Alessandra da Silva Leite

**FACETAS DIRETAS COM RESINA COMPOSTA EM DENTES ANTERIORES  
SUPERIORES: ESTUDO DE CASO**

Este trabalho foi submetido ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.



---

*Prof. Me. George Valdemar Mundstock*

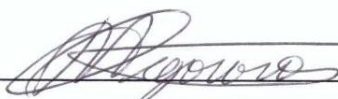
Professor Orientador



---

*Prof. Dr. Clovis Irigoyen Ferrer*

Professor Examinador



---

*Prof. Dr. Roque Alécio Pegoraro*

Professor Examinador

Santa Cruz do Sul

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus pela possibilidade de viver, por ter iluminado meu caminho e por Ele permitir que eu pudesse passar por tantos momentos de aprendizado, pessoal e profissional, nesses cinco anos.

Agradeço aos meus pais Alexandre e Magda, e ao meu irmão Cassiano, por acreditarem em mim e me proporcionarem a realização desse sonho, abrindo mão de muitas coisas para que este sonho se concretizasse. Ao meu namorado Tairo, por sempre estar do meu lado me incentivando e apoiando. Muito obrigada por todo amor, carinho e compreensão, amo muito vocês!

Aos meus familiares e amigos, agradeço por entenderem os momentos de ausência e pelas palavras de conforto e incentivo.

Agradeço ao meu Professor orientador George, por ter aceitado desenvolver comigo esse trabalho. Muito obrigada pela atenção e paciência comigo, e por ter contribuído fortemente para o meu aprendizado.

Aos professores do curso de Odontologia, pelos ensinamentos transmitidos por cada um de vocês, ao longo da minha trajetória acadêmica.

Me sinto muito feliz e realizada, muito obrigada a todos que estiveram ao meu lado durante esses cinco anos de realização.

*Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.*

*(Charles Chaplin)*

## RESUMO

A busca pela harmonia facial e dental está em constante crescimento. Os conceitos para estética são variáveis e dependem muito de um ponto de vista individual. O uso de resinas compostas é o mais rotineiro para restaurações estéticas em dentes anteriores. Além de apresentar resultados satisfatórios e imediatos, apresenta uma técnica conservadora e com boa longevidade. O objetivo desse estudo é descrever a indicação da resina composta em facetas diretas reforçadas com fita de fibra de vidro através de esplintagem, como possibilidade de tratamento em dentes anteriores superiores esteticamente comprometidos. Foi realizado um tratamento reabilitador imediato e provisório em um paciente do sexo feminino com 39 anos, a qual foi atendida no Projeto “Reabilitando sorrisos em busca de uma melhor qualidade de vida da população” do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul adjunto à exodontia, esplintagem e facetas diretas em resina composta. Através do acompanhamento do trabalho realizado, mesmo sabendo que é temporário e que necessita de alguns reparos, os resultados mostraram uma melhora, tanto na estética e saúde bucal, quanto na vida social dessa paciente. Conclui-se que através desse trabalho, pode-se obter a recuperação funcional e estética dos dentes, bem como, a recuperação da autoestima da paciente.

Palavras-chave: Restaurações estéticas. Tratamento reabilitador. Dentes anteriores.

## **ABSTRACT**

The pursuit of facial and dental harmony is constantly growing. The concepts for aesthetics are variable and are highly dependent on the individual's point of view. The use of composite resins is the most common procedure for aesthetic restorations in anterior teeth. In addition to presenting satisfactory and immediate results, it presents a conservative technique with good longevity. The objective of this study is to describe the indication of composite resins in fiberglass tape reinforced direct facets through splinting, as a possibility of treatment in aesthetically compromised upper anterior teeth. An immediate and provisional rehabilitative treatment was performed on a 39-year-old female patient, who was assisted in the Project "Rehabilitating smiles in search of a better quality of life of the population" of the Dentistry Course of the University of Santa Cruz do Sul adjunct to exodontia, splinting and direct facets in composite resin. Through the monitoring of the performed work, even though it is known that it is temporary and requires some repairs, the results showed an improvement, in both the aesthetics and oral health, as well as in the social life of this patient. It is concluded that through this work, the functional and aesthetic recovery of the teeth can be obtained, as well as, the recovery of the patient's self-esteem.

**Keywords:** Aesthetic restorations. Rehabilitator treatment. Anterior teeth.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Radiografia panorâmica	18
Figura 2 - Radiografias periapicais	19
Figura 3 - Aspecto inicial intraoral - vista frontal/vestibular	20
Figura 4 - Aspecto inicial intraoral - vista oclusal arco superior	20
Figura 5 - Modelo de estudo superior	21
Figura 6 - Modelo de estudo inferior	21
Figura 7 - Aspecto cirúrgico	23
Figura 8 - Recolocação e alinhamento dos elementos dentários 11 e 21 imediatamente após a cirurgia	23
Figura 9 - Recolocação e alinhamento dos elementos dentários 11 e 21 uma semana após a cirurgia	23
Figura 10 - Aspecto oclusal - Esplintagem com fita de fibra de vidro	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Figura 11 - Faceta direta em resina composta dente 12	26
Figura 12 - Faceta direta em resina composta dente 11	26
Figura 13 - Faceta direta em resina composta dente 21	26
Figura 14 - Faceta direta em resina composta dente 23	27
Figura 15 - Após um ano da confecção das facetas	27
Figura 16 - Um ano e seis meses após o término do trabalho	28
Figura 17 - Aspecto inicial extraoral	28
Figura 18 - Aspecto final extraoral	28
Figura 19 - Aspecto inicial intraoral	29
Figura 20 - Aspecto final intraoral	29



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>11</b>
2.1	Estética dos dentes anteriores .....	11
2.2	Resina composta .....	11
2.3	Facetas diretas em resina composta .....	14
2.4	Fita de fibra de vidro para Esplintagem .....	16
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
3.1	Tipo de estudo .....	17
3.2	Seleção do material bibliográfico.....	17
<b>4</b>	<b>RELATO DE CASO .....</b>	<b>18</b>
4.1	Exodontia e esplintagem.....	22
4.2	Facetas diretas em resina composta .....	25
4.3	Acompanhamento do caso .....	27
4.4	Aspectos éticos .....	29
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>33</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>37</b>
	<b>ANEXO B – Declaração da Coordenadora do Curso de Odontologia .....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com o passar do tempo, a preocupação com a aparência e com a apresentação pessoal tem aumentado visivelmente. Por esse motivo, a procura por tratamentos estéticos, que melhoram a aparência, vem crescendo nas clínicas e consultórios odontológicos. O interesse e a busca dos pacientes por tratamentos odontológicos inovadores vêm ocorrendo cada vez com maior frequência. Com isso, a área estética tem se tornado uma das divisões mais importantes da odontologia (ARANHA; MITSUI; MARCHI, 2003; SADOWSKY, 2006; DANTAS, 2012).

Muitas vezes, na procura pelo cirurgião dentista para realização de tratamentos estéticos, as necessidades do paciente não são somente de procedimentos simples, mas também de alterações significativamente extensas, que englobam tanto alterações estéticas, quanto funcionais. Essas alterações podem ser geradas por vários motivos, desde a falta de cuidado do paciente com sua saúde oral, desalinhamento dentário, falta de dentição, problemas periodontais e alterações oclusais, que resultam, na maioria das vezes na necessidade da intervenção com outras especialidades da odontologia em conjunto (MONDELLI, 2003).

O avanço dos materiais odontológicos, através das suas propriedades físicas, traz a possibilidade do desenvolvimento de novas técnicas minimamente invasivas e o alcance de resultados mais conservadores (LESAGE, 2009; DEVIGUS, 2011).

A utilização das resinas compostas em facetas diretas é recomendada pela possibilidade de máxima conservação dentária, uma vez que pode ser realizada com o mínimo desgaste estrutural possível. E também por apresentar resultados estéticos satisfatórios, boa longevidade e melhor custo benefício. São indicadas nos casos em que dentes anteriores podem apresentar alteração de forma e/ou de cor (SHIMOMURA et al., 2002; BERNARDON; BARATIERI, 2015; CAMPOS et al., 2015).

A facilidade e maior rapidez para realização do tratamento também são vantagens das facetas diretas. Já a presença da contração de polimerização das resinas compostas, pode ser um fator a ser considerado desfavorável, relacionado à durabilidade da restauração (CONCEIÇÃO et al., 2005).

Tendo em vista as propriedades evoluídas dos materiais restauradores, que promovem a harmonia dos elementos dentários e permitem o restabelecimento estético mais fidedigno destes, associados a fatores funcionais, as intervenções odontológicas podem causar variações no bem-estar do paciente. A satisfação com o

resultado do tratamento possibilita que a pessoa desenvolva um comportamento melhor, relacionado ao anterior ao procedimento realizado (PFEIFER et al., 2004; CAMPOS et al., 2015).

O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico, no qual foi restabelecida a estética e a função de dentes anterossuperiores, através de reabilitação oral provisória e imediata, com a realização de facetas diretas em resina composta, reforçadas com fita de fibra de vidro através de esplintagem, durante a reutilização dos elementos dentários, após suas extrações.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Estética dos dentes anteriores**

Com o passar do tempo, a busca pela harmonia facial e dental vem crescendo. Há uma exigência, vinda dos pacientes, para a realização da melhora do sorriso, tornando-se esteticamente agradável e funcionalmente ideal (CONCEIÇÃO et al., 2005).

Netto e Reis (2011) relatam que devolver o sorriso para o paciente é um trabalho um tanto desafiador. A odontologia restauradora e estética apresenta um papel fundamental e proporciona alternativas e soluções para realização da concretização buscada pelo paciente.

A harmonia facial deve ser avaliada com atenção, pelo fato dos dentes não serem elementos que se encontram sozinhos, deve-se observar a face na sua totalidade. Com isso, a satisfação tanto do paciente, quanto do profissional será atingida com maior facilidade (CARDOSO et al., 2011).

A visão do profissional que trabalha com estética deve ser ampliada, sendo essencialmente necessária para a avaliação dos fatores classificados como macro e microestética. Estes são fatores que visam avaliar a face em geral e a cavidade oral, bem como os dentes, que são o foco principal, considerando suas características específicas, respectivamente (CONCEIÇÃO et al., 2007; CARDOSO et al., 2011).

### **2.2 Resina composta**

As técnicas restauradoras têm apresentado um grande avanço relacionado à ampliação dos procedimentos adesivos e dos materiais restauradores. Apresentar as principais características dos dentes naturais, como cor e forma, são os principais objetivos do tratamento restaurador adesivo (HIRATA; AMPESSAN; LIU, 2001; MANFIO et al., 2006).

O condicionamento ácido surgiu na década de 50, mais precisamente no ano de 1955, onde Buonocore apresentou a possibilidade de condicionar o esmalte dentário, permitindo uma maior e melhor adesão dos compósitos resinosos com o dente. Passado um ano (1956) a incorporação de Bis-GMA às resinas compostas, proposta por Bowen, melhorou ainda mais a adesão do material com a superfície dentária. Em

1976, foi proporcionada uma técnica ainda melhor, surgiu através de Nakabayashi, o condicionamento ácido total, sendo realizado em esmalte e dentina, e com isso fez com que houvesse ainda mais sucesso na adesão da resina composta à estrutura dentária (SILVA et al., 2008; CAMPOS et al., 2015).

A realização segura, eficiente e minimamente invasiva das técnicas restauradoras em dentes anterossuperiores vem sendo aperfeiçoada através do refinamento na confecção de novas resinas compostas e na técnica do condicionamento ácido (NETTO; REIS, 2011).

Os compósitos são uma combinação de materiais como: matriz orgânica, matriz inorgânica e um agente de união. O agente de união, vai promover a união das partículas de carga para formar a resina (matriz do material). Já as partículas inorgânicas são responsáveis pela melhora das propriedades mecânicas e a redução da contração de polimerização, fatores essenciais para o desempenho clínico das restaurações (RIBEIRO et al., 2008; BACCHI et al., 2010; NOORT, 2010).

A odontologia estética depende muito do desenvolvimento dos materiais odontológicos. Com a evolução das técnicas e materiais adesivos, os procedimentos estéticos foram melhorados, tornando assim a odontologia estética diretamente ligada à odontologia adesiva (BUSATO; GONZALEZ-HERNANDEZ; MACEDO, 2002).

A maior conservação da estrutura dental sadia e durabilidade das restaurações diretas está relacionada com o tipo de resina composta utilizada adequada para aquele caso. Há disponibilidade de variados tipos de resinas e a escolha da mesma deve ser realizada através da recomendação, composição e limitação de cada uma delas. O uso das resinas compostas apresenta bastante vantagem, por ter uma relação e uma união adequadas à estrutura dental; e por apresentarem características estéticas e mecânicas adequadas, principalmente quando adjuntas ao uso de sistemas adesivos (SHIMOMURA et al., 2002; CONCEIÇÃO, 2005; CAMPOS et al., 2015).

Há disponível no mercado diferentes tipos de resinas compostas; elas se diferem na sua composição, limitações, classificações e indicações, e este conjunto de elementos tem influência direta com a lisura e o nível de polimento superficial. As partículas presentes em cada resina é o que mais tem sofrido alteração com o passar do tempo. As resinas macroparticuladas não são mais usadas atualmente, por apresentarem partículas inorgânicas com variações de tamanho de 8 a 12 micrômetros e devido ao tamanho destas partículas, apresentam rugosidade

superficial e dificuldade na obtenção do polimento. As resinas foram se aprimorando e sua indicação para odontologia estética foi aumentada, através das resinas microparticuladas. Estas apresentam um ótimo grau de polimento e possibilidade de reparo da superfície, sendo que suas partículas variam entre 0,01 e 0,04 micrômetros de diâmetro. Porém, as desvantagens apresentadas pelas resinas microparticuladas são a pouca resistência mecânica e o fato de promover contração de polimerização muito alta, devido à baixa quantidade de carga presente nelas (SILVA et al., 2008; HIGASHI et al., 2014; CAMPOS et al., 2015).

As resinas híbridas e microhíbridas surgiram com a finalidade de integrar os benefícios apresentados pelas resinas macro e microparticuladas. As resinas híbridas possuem partículas que variam de 0,6 a 1,0 micrômetros, com isso possibilitam maior resistência mecânica às forças oclusais e aceitável polimento superficial. Já as partículas presentes nas resinas microhíbridas são de 0,4 micrômetros, permitindo que a resistência mecânica destas, seja efetiva e em conjunto, apresentando ótima capacidade de polimento e manutenção da superfície (HIGASHI et al., 2014).

Seguindo a busca pelo aprimoramento e a melhora dos materiais restauradores odontológicos, surgiram as resinas compostas nanoparticuladas e as nanohíbridas. Apresentando partículas com carga entre 5 e 75 nanômetros, as resinas nanoparticuladas apresentam maior longevidade, ótimo polimento, lisura superficial e apropriada resistência mecânica, com isso, desenvolvendo menor desgaste das restaurações. Já as nanohíbridas, apresentam carga entre 0,04 e 0,3 micrômetros, contendo propriedades bem semelhantes às resinas microhíbridas, porém com a diferença em ter na sua composição nanopartículas. (ANDRADE et al., 2009; HIGASHI et al. 2014).

A seleção da cor é um fator muito importante para a realização de uma estética correta. A cor pode ser classificada em matiz, valor e croma. O matiz se caracteriza na diferenciação dos grupos de cores, diferenciando as resinas compostas em A (marrom), B (amarelo), C (cinza) e D (vermelho/alaranjado). O croma é a quantidade de pigmento ou saturação incorporado à um determinado matiz, sua classificação diferencia-se crescentemente pelos números de 1 a 4. Já o valor pode ser constatado na quantidade de preto e branco incorporado ao elemento, sendo a quantidade de iluminação que estará presente na cor (HIRATA; AMPESSAN; LIU, 2001; HIGASHI et al. 2014).

Outro fator essencial para adequação dos resultados estéticos está relacionado à estratificação dos efeitos ópticos das resinas compostas, como fluorescência e opalescência. Estes efeitos são atribuídos de dentina e esmalte, respectivamente. A opalescência está presente no terço incisal da coroa dentária e é caracterizada pela reflexão de ondas curtas de luz, através da absorção de ondas luminosas longas e naturais. Já o fenômeno em que ocorre a absorção de radiação ultravioleta e resulta na propagação de um aspecto azulado, é a fluorescência (CONCEIÇÃO et al., 2007).

### **2.3 Facetas diretas em resina composta**

As restaurações anteriores em facetas diretas permitem, através do surgimento das resinas compostas e dos sistemas adesivos, um tratamento conservador com o mínimo desgaste possível e uma compatibilidade de união das estruturas dentárias, não ocorrendo a necessidade de fazer desgaste estrutural extenso (BARATIERI, et al. 1998; BLANK, 2006; BACCHI et al., 2010).

De acordo com Goyatá et al. (2008), há a necessidade de realizar o planejamento de um tratamento para a obtenção de um equilíbrio entre a saúde, a estética e a função oral. Com a evolução e a tecnologia que vêm influenciando os sistemas restauradores, o uso das restaurações diretas ganha espaço como um dos métodos mais utilizados e que apresentam os requisitos para esse equilíbrio. Essa tecnologia e a união entre os fatores (material e técnica utilizada) têm permitido a durabilidade e a satisfação do paciente com o tratamento.

A quantidade e a qualidade da estrutura dental remanescente, são fatores que também devem ser considerados para realização de facetamento. A intensidade do manchamento e/ou a descoloração dental, a análise oclusal, higienização do paciente e o comprometimento biológico são aspectos que podem intervir na realização das facetas diretas e para isso deve ser bem avaliado no exame clínico e planejamento do caso (SÁ; PASCOTTO, 2004; CARDOSO et al., 2011).

As facetas de resina composta são identificadas como possibilidades restauradoras indicadas para dentes que possuam alterações de forma e cor, e para realização de reparos em restaurações deficientes. A utilização da resina composta apresenta vantagens, quando comparadas com facetas cerâmicas. A técnica utilizada nas resinas compostas é mais segura, mais rápida, mais eficaz; permite o reparo intraoral; apresenta menor custo; não promove desgaste do antagonista; não

necessita etapas em laboratórios, dispensando a confecção de provisório e moldagem (SOUZA et al., 2003; MAGNE; BELSER, 2003; CARDOSO et al., 2011; BARATIERI; MONTEIRO JUNIOR, 2015).

Outro motivo pelo qual devem ser indicadas as facetas diretas, ressaltando que devem ser respeitadas as indicações mecânicas, é quando o aspecto econômico for decisivo. A realização das facetas diretas em resina composta promove a reconstrução da forma, função e estética dentária através de um custo mais acessível (MAGNE; BELSER, 2003; MANFIO et al., 2006).

Quando são corretamente indicadas, as facetas diretas se tornam uma ótima escolha de tratamento. Para isto, é necessário que a técnica seja bem empregada pelo profissional, necessitando que o mesmo tenha conhecimento, também, das propriedades do material a ser trabalhado (LIMA et al., 2013).

A falha na adaptação da restauração com dente e o manchamento superficial apresentam-se como desvantagens nas facetas diretas em resinas compostas. Estes fatores podem ocorrer oriundos da contração de polimerização da resina composta, bem como do acabamento e do polimento deficientes da superfície da faceta, respectivamente (SILVA et al., 2008; CORRÊA NETTO et al., 2012).

A realização de um ótimo acabamento e polimento, promove à superfície da faceta direta, a lisura e o polimento necessários para aumentar a adaptação da interface dente/faceta, possibilitando manter a anatomia adequada. A qualidade e a longevidade das facetas diretas, também são fatores resultantes da utilização dessas técnicas (VENTURINI et al., 2006).

Está em constante discussão a longevidade das restaurações em resina composta, porém ainda não há conformidade entre autores sobre a durabilidade. Sabe-se que a durabilidade e longevidade das facetas em resina composta depende de variados fatores, como a localização da restauração, tipo de compósito utilizado, adequação da resina composta ao dente, oclusão dentária e indicação correta. Em função disto, é necessária a realização de todas as etapas operatórias cuidadosamente planejadas, para alcançar a maior longevidade possível (DRAKE; MARYNIUK; BENTLEY, 1990; DEMARCO et al., 2012; HIGASHI et al., 2014).



## 2.4 Fita de fibra de vidro para Esplintagem

As contenções ou esplintagens podem ser realizadas em dentes com mobilidade, com material metálico rígido que apresentam módulo de elasticidade baixo. Quando utilizadas associadas à resina composta pode ocorrer, na maioria dos casos, a ruptura do material em função da falta de adesão entre os materiais (STRASSLER; TOMONA; SPITZNAGEL JR, 2003).

O uso da fita de fibra de vidro impregnada com sistema adesivo e associada à resina composta apresenta uma melhor adaptação e união dos materiais por terem propriedades mecânicas correspondentes, facilitando a aderência de um ao outro. Outro fator que se deve considerar é que por apresentarem módulo de elasticidade parecidos, a tensão provocada sobre a fita de fibra de vidro associada à resina composta, é dissipada por toda área de contato de ambos materiais, melhorando o recebimento das forças na área contida (SEWÓN; AMPULA; VALLITTU, 2000).

As fitas de fibras de vidro apresentam um ótimo resultado estético, boa translucidez e uma excelente adesão/adaptação dental. As contenções que empregaram processo adesivo e aumento da área de contenção entredentes, com e sem reabsorção óssea, promovem a redução das deformações, causam uma melhor distribuição de tensões pela formação de corpo único entre os materiais e as estruturas dentais e conseqüentemente promoverão alta resistência à fadiga (SOARES et al., 2011).

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

O trabalho apresentado relata um Estudo de Caso, no qual o paciente foi selecionado através do Projeto “Reabilitando sorrisos em busca de uma melhor qualidade de vida da população” na Clínica do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

### **3.2 Seleção do material bibliográfico**

O material bibliográfico utilizado foi encontrado em livros e artigos. Os artigos foram pesquisados e localizados através das seguintes bases de dados:

- Portal de Periódico da Capes
- PUBMED: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>
- SCIELO: <<http://www.scielo.org/php/index.php>>
- ROBRAC: <<http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC>>

Para a pesquisa foram utilizadas as palavras-chave: resinas compostas, facetas diretas em resina composta, restauração estética em dentes anteriores, planejamentos reabilitadores estéticos odontológicos, prótese adesiva, esplintagem, e uso da fita de fibra de vidro. Os artigos foram pesquisados nos idiomas português e inglês. As referências abrangem o período de 1990 a 2015.

#### 4 RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 39 anos, compareceu ao Projeto “Reabilitando sorrisos em busca de uma melhor qualidade de vida da população” na Clínica do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, em 15 de abril de 2015, buscando uma melhora na estética e na função dos seus dentes.

Este projeto visa determinar e resolver da melhor forma possível as necessidades do paciente e, através da reabilitação estética e funcional, reinserir o paciente na sociedade.

Logo que chegou, na primeira consulta, foi realizada a anamnese, o exame clínico, a profilaxia, a moldagem dos arcos superior e inferior para confecção de modelos em gesso, a fotografia inicial da paciente e a avaliação do caso pelo professor coordenador do Projeto e pela acadêmica. O estudo do caso foi realizado através da avaliação dos modelos em gesso, avaliação clínica e análise do levantamento radiográfico (FIGURAS 1 e 2).

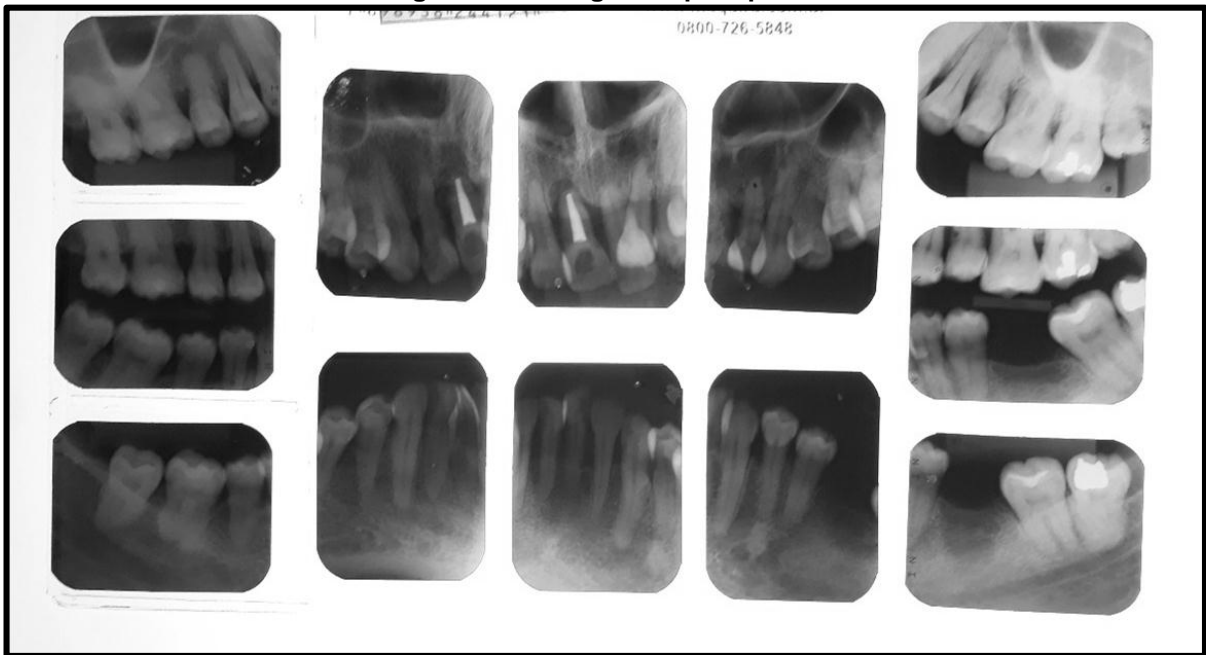
As principais queixas da paciente eram a grande mobilidade nos elementos dentários 11 e 21, o dente 22 estar em posição palatinizada com comprometimento estético. Relatou, devido a tais condições, apresentar dificuldades de alimentação pela mobilidade e a fonética prejudicada pela palatinização do dente 22, bem como a insatisfação em sorrir, o que interferia negativamente na capacidade de comunicação e expressão da paciente.

**Figura 1 - Radiografia panorâmica**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2015).

**Figura 2 - Radiografias periapicais**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2015).

Durante a realização do exame clínico, foi constatada a mobilidade elevada do dente 11 e mobilidade leve do dente 21, evidenciando uma doença periodontal. A paciente também relatou ter sofrido um acidente há anos, o qual teria acarretado a progressão de uma grande perda óssea na vestibular.

Foi visto também no exame clínico, que o dente 22 apresentava-se palatinizado e com lesão cariiosa. Foram diagnosticadas lesões de abfração nos elementos dentários 11, 12, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25 e 26 (FIGURAS 3 e 4).

No arco inferior, a paciente apresentava ausência do dente 36, dente 41 girovertido e lesões de abfração nos dentes 34, 35 e 44.

Para a documentação desse caso clínico, foram realizadas imagens fotográficas intra e extra orais da paciente, fotografia dos modelos de gesso e das radiografias, com a câmera fotográfica Canon EOS REBEL T1i (lente: Canon macro 100, FLASH MACRO RING LITE MR – 14EX; regulagem: velocidade 1/200; abertura: 32).

**Figura 3 - Aspecto inicial intraoral - vista frontal/vestibular**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

**Figura 4 - Aspecto inicial intraoral - vista oclusal arco superior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

Como citado anteriormente, para dar início ao planejamento do tratamento foi realizada moldagem preliminar dos arcos superior e inferior (FIGURAS 5 e 6). Para isto, foi utilizado alginato de presa rápida Jeltrate® Plus (Dentsply – Petrópolis, RJ) e moldeiras de tamanho número dois, sendo moldeiras de estoque em metal, do tipo Vernes (Tecnodont – São Paulo, SP). Para confecção dos modelos de estudo, a vazagem nos moldes de alginato, foram realizadas com gesso do tipo III (pedra) Herodent® (Vigodent – Rio de Janeiro, RJ).

**Figura 5 - Modelo de estudo superior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

**Figura 6 - Modelo de estudo inferior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

O planejamento do plano de tratamento foi realizado criteriosamente, através da avaliação dos modelos de estudo e com base no exame clínico.

Foram classificados como aspectos importantes para realização do tratamento: idade, condições de saúde, disponibilidade e condições financeiras da paciente.

Optou-se pela realização de um tratamento provisório e imediato, visando restabelecer a harmonia oral e facial e instaurar a saúde bucal. Foi proposta a exodontia dos elementos dentários com mobilidade (11 e 21) e do elemento dentário palatinizado (22). Após a exodontia, fez-se a reutilização dos elementos dentários 11 e 21 como pânticos autógenos reposicionados e alinhados conforme o arco dentário; a realização de uma esplintagem imediata com fita de fibra de vidro associada à resina composta como conecção rígida também foi necessária para a efetivação do tratamento. Logo depois da cicatrização da gengiva, deu-se início à confecção das facetas diretas com resina composta nos elementos dentários 11, 12, 21 e 23 e às

restaurações nas lesões de abfração dos dentes 11, 12, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25 e 26.

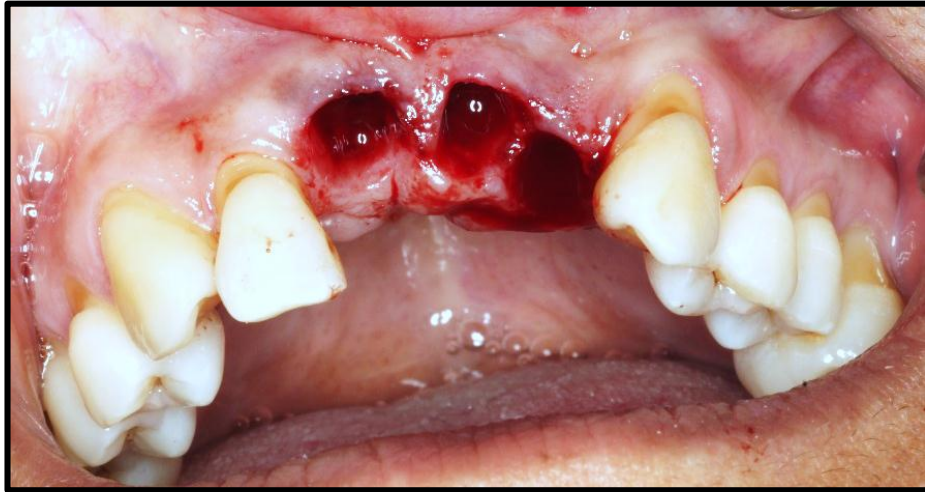
As lesões de abfração presentes nos dentes 13, 14, 15, 24, 25 e 26 foram realizadas pela acadêmica, paralelamente, na Disciplina de Estágio Supervisionado em Dentística e Endodontia, sob a supervisão do orientador.

Durante a realização do tratamento, em todos os atendimentos clínicos, foram utilizados equipamentos de proteção individual (EPI) completos; sendo jaleco, óculos de proteção, luvas para procedimentos de látex (Supermax® - Curitiba, PR), gorro e máscara (Descarpack® - São Paulo, SP).

#### **4.1 Exodontia e esplintagem**

Iniciou-se o tratamento com a extração dos elementos dentários 11, 21 e 22 em sessão única. Para realização do procedimento cirúrgico, utilizou-se a técnica anestésica infiltrativa, infiltrada no fundo de sulco vestibular, pegando a região apical dos dentes a serem extraídos. Para sindesmotomia, descolamento de papila e tecidos circundantes aos dentes, utilizou-se um sindesmótomo (Quinelato® - Rio Claro, SP), pela mobilidade já presente nestes dentes, para a extração dentária foi diretamente utilizado o fórceps nº 150 (Quinelato® - Rio Claro, SP). Os dentes extraídos foram embebidos em soro, enquanto era realizada a irrigação e curetagem dos alvéolos dentários. Para curetagem destes alvéolos, foi utilizada cureta Lucas 85 (Quinelato® - Rio Claro, SP). Optou-se por não realizar a sutura dos alvéolos. Os dentes 11 e 21, após terem seus ápices removidos, tiveram suas raízes seladas com resina composta Z350® (3M ESPE – São Paulo, SP) para então, os dentes serem recolocados nos seus respectivos alvéolos. A recolocação dos elementos dentários, foi escolhida para que fosse mantida a integridade das papilas e linha cervical dos elementos dentários. Foi realizada profilaxia com pasta profilática Herjos® (Vigodent – Rio de Janeiro, RJ) nos elementos dentários 11, 12, 21 e 23, para realizar a colagem provisória desses dentes, imediatamente após a cirurgia, através da aplicação de ácido fosfórico 37% em gel Acid Gel® (Villevie – Joinville, SC), sistema adesivo Single Bond® (3M ESPE – Sumaré, SP) e resina composta Z350® (3M ESPE – São Paulo, SP). O ajuste oclusal foi feito para que os dentes 11 e 21 não ficassem em contato com os antagonistas (FIGURAS 7, 8, 9 e 10).

**Figura 7 - Aspecto cirúrgico**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

**Figura 8 - Recolocação e alinhamento dos elementos dentários 11 e 21 imediatamente após cirurgia**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

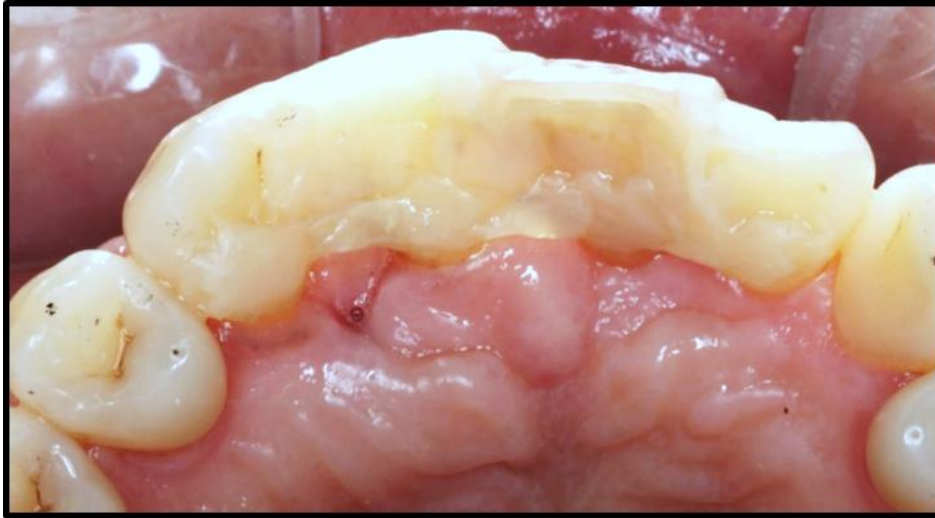
**Figura 9 - Recolocação e alinhamento dos elementos dentários 11 e 21 uma semana após a cirurgia**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).



**Figura 10 - Aspecto oclusal - Esplintagem com fita de fibra de vidro**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

Passados sete dias foi realizada a reavaliação da paciente, momento em que já havia uma boa cicatrização tecidual, o que possibilitou a realização da esplintagem com a fita de fibra de vidro.

Para a esplintagem, foi realizado isolamento relativo dos dentes anteriores, afastamento labial com afastador Arcflex® (FGM – Joinville, SC) e a secagem com jato de ar para manter a superfície palatina dos dentes 11, 12, 21 e 23 secas. Na altura do cíngulo, na face palatina, foi realizado condicionamento ácido com ácido fosfórico 37% em gel Acid Gel® (Villevie – Joinville, SC) por 15 segundos, em seguida lavagem abundante da superfície por 30 segundos e secagem. Aplicado em todos os dentes o sistema adesivo, Single Bond® (3M ESPE – Sumaré, SP) e sobre o adesivo a fita de fibra de vidro (Interlig - Angelus® - Londrina, PR) foi posicionada para então o adesivo ser fotopolimerizado por 20 segundos. Após a estabilização da fita de fibra de vidro (Interlig - Angelus® - Londrina, PR) sobre a superfície dentária, iniciou-se a colocação dos incrementos de resina composta. Foram utilizados dois incrementos de resina composta Z350® (3M ESPE – São Paulo, SP) associada à fita de fibra de vidro (Interlig - Angelus® - Londrina, PR), em cada dente pertencente a esplintagem (11, 12, 21 e 23). Foi realizado, por fim, o ajuste oclusal nos movimentos excursivos, deixando a esplintagem fora de contato com os dentes antagonistas (FIGURA 10).

## 4.2 Facetas diretas em resina composta

O início da confecção das restaurações ocorreu no terceiro atendimento após a cirurgia e a consulta de reavaliação. Primeiramente, foi realizada a escolha das cores A3B (corpo) e A3E (esmalte) da resina composta nanoparticulada Z350® (3M ESPE – São Paulo, SP), para realização de todas as facetas.

As facetas diretas foram realizadas em quatro atendimentos, uma a cada sessão, onde todas seguiram a mesma técnica.

A primeira faceta foi realizada no dente 12, iniciou-se a asperização da face vestibular, com a ponta diamantada 3195 (KG Sorensen® – Cotia, SP), pedra pomes (Maquira® - Maringá, PR) e escova de Robson. O isolamento relativo, o afastamento labial com afastador Arcflex® (FGM – Joinville, SC) e a colocação do fio afastador 00 Ultrapak® (Ultradent – Utah, USA), foram os passos seguintes. Com o fio afastador bem adaptado, continuamos com a técnica restauradora através do condicionamento ácido total por 15 segundos, realizado com ácido fosfórico 37% em gel Acid Gel® (Villevie – Joinville, SC), lavagem abundante com água por 30 segundos e secagem. O sistema adesivo utilizado foi Single Bond® (3M ESPE – Sumaré, SP) com fotopolimerização de 20 segundos (FIGURA 11).

Os incrementos da resina de corpo (A3B), foram os primeiros a serem aplicados sobre a face vestibular dentária. Isso ocorreu com o uso da espátula para resina composta Suprafill nº 2 (SS White Duflex® – Rio de Janeiro, RJ), esta resina foi polimerizada por 40 segundos. A próxima camada, colocada sobre a primeira, foi realizada com a resina de esmalte (A3E), sendo esta última polimerizada por 20 segundos.

Após a remoção do fio afastador, foi utilizada novamente a ponta diamantada 3195 (KG Sorensen® – Cotia, SP) e lâmina de bisturi nº 12 para o acabamento. O polimento da faceta foi realizado com discos de lixa Sof-Lex Pop On® (3M ESPE – São Paulo, SP), discos de feltro Diamond Flex® (FGM – Joinville, SC) associados à Pasta de Polimento Diamond Excel® (FGM – Joinville, SC) e escova de carbeto de silício Astrobrush® (Ivoclar Vivadent – Barueri, SP).

**Figura 111 - Faceta direta em resina composta dente 12**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

Da mesma forma, foram realizadas as facetas diretas nos dentes 11, 21 e 23, seguindo a mesma técnica citada acima (FIGURAS 12, 13 e 14).

**Figura 12 - Faceta direta em resina composta dente 11**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

**Figura 13 - Faceta direta em resina composta dente 21**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

**Figura 14 - Faceta direta em resina composta dente 23**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

### **4.3 Acompanhamento do caso**

Após um ano do término do tratamento, foi realizado uma reavaliação das facetas diretas (FIGURA 16).

**Figura 15 - Após um ano da confecção das facetas**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2016).

Depois, com um ano e seis meses passados da finalização das facetas, nova reavaliação e registro fotográfico (FIGURA 16).

**Figura 16 - Um ano e seis meses após o término do trabalho**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2017).

**Figura 17 - Aspecto inicial extraoral**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

**Figura 12 - Aspecto final extraoral**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

**Figura 19 - Aspecto inicial intraoral**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

**Figura 20 - Aspecto final intraoral**



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock (2015).

#### **4.4 Aspectos éticos**

Para realização do presente estudo de caso foi redigido um termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pela paciente, pela acadêmica e pelo professor orientador, onde foram explicados os motivos e necessidade para a execução do caso, bem como a autorização para disponibilização das fotos e informações dadas pela paciente (ANEXO A).

Pela coordenação do curso de Odontologia da UNISC, foi assinado um documento demonstrando, pela coordenadora do curso, ciência e autorização para realização do caso (ANEXO B).

## 5 DISCUSSÃO

A procura pela estética dentária vem aparecendo com bastante frequência nos consultórios dentários. Devolver o sorriso para o paciente, juntamente com a função, tem feito com que a odontologia restauradora busque novas possibilidades de tratamentos reabilitadores (CONCEIÇÃO et al., 2005).

Promover a reabilitação oral estética é um tanto desafiador. Para isso o desenvolvimento da odontologia restauradora e estética permitiu o aparecimento de técnicas que possam auxiliar na busca do belo, requisitada pelo paciente (CONCEIÇÃO et al., 2007; NETTO; REIS, 2011).

Quando houver uma avaliação minuciosa da harmonia facial, sem se deter exclusivamente aos dentes, o tratamento tem mais chance de apresentar sucesso, o que resultará na satisfação tanto do profissional, quanto do paciente (CARDOSO et al., 2011).

No caso clínico relatado, conforme iam ocorrendo os atendimentos odontológicos, percebeu-se uma melhora na autoestima da paciente e um cuidado maior com sua saúde bucal. Foi possível observar, no primeiro atendimento, que a paciente se mostrava introspectiva e com vergonha ao falar, colocando a mão na frente da boca. Já com a evolução do tratamento, a necessidade e o gosto por melhorar sua aparência pessoal começou a aparecer. A alegria e satisfação pela realização do trabalho pode ser percebida através dos sorrisos que a paciente distribuía pela clínica, ao chegar e ao sair do atendimento odontológico.

A necessidade de realizar um planejamento para que haja equilíbrio entre estética, saúde e função é indispensável (GOYATÁ et al., 2008). A utilização das resinas compostas em facetas diretas associada ao material adesivo, tem aumentado a durabilidade, longevidade e satisfação de técnicas restauradoras.

Os procedimentos com resina composta têm sido os mais indicados quando se trata de abordagens mais conservadoras, que permitem o restabelecimento estético, funcional e a facilidade de confecção (BLANK, 2006).

Compreender a técnica do material restaurador adesivo é extremamente importante para que haja sucesso funcional e para realizar o trabalho de forma correta. A odontologia estética tem dependência na evolução de técnicas e materiais adesivos; com isso, os procedimentos estéticos foram melhorados, tornando a odontologia

estética diretamente ligada à odontologia adesiva (BUSATO; HERNANDEZ; MACEDO, 2002).

Este caso clínico teve o objetivo de demonstrar a possibilidade da realização de uma reabilitação oral provisória, com facetas diretas em resina composta. Este tratamento restaurador foi escolhido de acordo com fatores econômicos da paciente, oclusão favorável, praticidade da técnica, indicação e bom desempenho das resinas compostas.

Há outros materiais e técnicas odontológicas que também poderiam ter sido desenvolvidas para este estudo de caso, porém, levando em consideração as necessidades e as características da paciente, o que mais se adequou à realização deste caso clínico foram as resinas compostas, através da técnica direta. As resinas compostas têm a capacidade de devolver forma, função e estética associados a um baixo custo, comparadas a outros tratamentos reabilitadores (MANFIO et al., 2006).

As resinas compostas podem apresentar falhas na adaptação com o dente, oriundas da contração de polimerização, bem como o manchamento superficial, resultante do acabamento e polimento defeituosos (SILVA et al., 2008; CORRÊA NETTO et al., 2012). Quando comparadas a outros materiais restauradores, podemos observar que a resina composta permite reparação intraoral, e com isso não havendo necessidade da troca total das restaurações (SOUZA et al., 2003; CARDOSO et al., 2011; BARATIERI; MONTEIRO JUNIOR, 2015). Com o acompanhamento do caso, foi possível visualizar o manchamento das superfícies restauradas, como também, perceber uma falha na restauração do dente 23. Porém, este último permitiu que fosse realizado o ajuste e o reparo intraoral.

A realização do acabamento e do polimento é classificada como uma fase do trabalho de extrema importância, pois a longevidade e a durabilidade do tratamento restaurador vão depender diretamente dessa técnica (VENTURINI et al., 2006).

A fita de fibra de vidro, foi escolhida para realização da esplintagem desse caso clínico, por ter boa adaptação com o dente, apresentar união com o sistema adesivo e a resina composta, e por desenvolver a melhor distribuição das tensões formadas por um corpo único (materiais adesivos e dente), promovendo assim, uma melhor resistência à fratura (SOARES et al., 2011).

O acompanhamento do caso clínico se faz necessário em função da necessidade de reparo e manutenção das facetas diretas em resina composta. Para que haja uma maior longevidade, os cuidados com o tratamento restaurador devem



ser mantidos após a finalização do trabalho. A paciente foi orientada, anteriormente ao início da reabilitação oral, sobre a importância de manter uma boa higienização e cuidados com o tratamento realizado. O retorno para realização do acompanhamento está ocorrendo periodicamente, para que haja ajustes e reparos, quando necessário, a fim de obter maior longevidade desse tratamento reabilitador provisório.

## 6 CONCLUSÃO

A partir da finalização do caso clínico e do referencial teórico descrito nesse estudo de caso, conclui-se que:

- a técnica direta é uma opção de fácil realização, conservadora, segura e com possibilidade de reparo;
- o tratamento restaurador com resina composta apresenta melhor aceitação, vinda do paciente, em função baixo custo;
- o uso da fita de fibra de vidro associada à resina composta apresenta uma ótima contenção rígida;
- há possibilidade de realizar trabalhos provisórios imediatos com qualidade;
- há a necessidade de acompanhamento periódico das restaurações para maior durabilidade e longevidade das mesmas;
- o cuidado apresentado pela paciente com a higiene dentária e com o tratamento restaurador foi importante para o sucesso do trabalho;
- existe a possibilidade de realizar trabalhos com resina composta que permita boa longevidade;
- a realização das facetas diretas em resina composta permitiu restabelecer a função e a estética oral, e com isso a melhora na autoestima e na vida social da paciente.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V. et al. Tendências das resinas compostas nanoparticuladas. *International Journal of Dentistry*, Recife, v. 8, n. 2, p. 153-157, 2009.
- ARANHA, A. C. C.; MITSUI, F. H. O.; MARCHI, G. M. Facetas diretas em resina composta pós-microabrasão – Relato de caso clínico. *Jornal Brasileiro de Dentística & Estética*, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 72-78, 2003.
- BACCHI, A. et al. Reparos em restaurações de resina composta – revisão de literatura. *RFO UPF*, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 331-335, 2010.
- BARATIERI, L. N. et al. *Estética: Restaurações Adesivas Diretas em Dentes Anteriores Fraturados*. 2. ed. São Paulo: Santos Ed., 1998.
- BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JUNIOR, S. *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. 2. ed. São Paulo: Santos Ed., 2015
- BERNARDON J. K.; BARATIERI, L. N. Facetas Diretas com Resina Composta. In: BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JUNIOR, S. *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. 2. ed. São Paulo: Santos Ed., 2015. p. 477-520.
- BLANK, Jeff T. Creating translucent edge effects and maverick internal tints using microhybrid resin. *Practical Procedures & Aesthetic Dentistry*, v. 18, n. 2, p. 131-136, 2006.
- BUSATO, A. L. S.; GONZALEZ-HERNÁNDEZ, P. A.; MACEDO, R. P. *Dentística: restaurações estéticas*. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- CAMPOS, P. R. B. et al. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. *RFO UPF*, Passo Fundo, v. 20, n. 2, p. 227-231, maio/ago. 2015.
- CARDOSO, P. C. et al. Facetas diretas de resina composta e clareamento dental: estratégias para dentes escurecidos. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 20, n. 55, p. 341-347, 2011.
- CONCEIÇÃO, E. N. et al. *Restaurações Estéticas: Compósitos, Cerâmicas e Implantes*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CONCEIÇÃO, Ewerton N. *Dentística: Saúde e Estética*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CORRÊA NETTO, L. R. et al. Restabelecimento estético-funcional de dentes anterossuperiores fraturados: relato de caso clínico. *Revista Dental Press de Estética*, v. 9, n. 2, p. 46-56, 2012.
- DANTAS, Euler Maciel. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto*, v. 40, n. 20, p. 41-48, 2012.

DEMARCO, F. F. et al. Longevity of posterior composite restorations: not only a matter of materials. *Dental Materials*, v. 28, n. 1, p. 87-101, Jan. 2012.

DEVIGUS, Alessandro. Minimally invasive dentistry. *The European Journal of Esthetic Dentistry*, v. 6, n. 2, p. 123, 2011.

DRAKE, C. W.; MARYNIUK, G. A.; BENTLEY, C. Reasons for restoration replacement: differences in practice patterns. *Quintessence International*, v. 21, n. 2, p. 125-130, Feb. 1990.

GOYATÁ, F. R. et al. Tratamento restaurador multidisciplinar – relato de caso clínico. *International Journal of Dentistry*, Recife, v. 7, n. 2, p. 142-146, 2008.

HIGASHI, C. et al. Resina composta para dentes anteriores. In: FONSECA, Antônio Salazar (Org.). *Odontologia estética: a arte da perfeição*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. p. 73-104.

HIRATA, R.; AMPESSAN, R. L.; LIU, J. Reconstrução de dentes anteriores com resina composta: uma sequência de escolha e aplicação de resinas. *Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia*, Curitiba, v. 5, n. 25, p. 15-25, 2001.

LESAGE, Brian P. Minimally invasive dentistry: paradigm shifts in preparation design. *Practical Procedures & Aesthetic Dentistry*, v. 21, n. 2, p. 97-101, 2009.

LIMA, R. B. W. et al. Reabilitação Estética Anterior pela Técnica do Facetamento – Relato de Caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 17, n. 4, p. 363-370, 2013.

MAGNE, P.; BELSER, U. C. Porcelain versus composite inlays/onlays: effects of mechanical loads on stress distribution, adhesion and crown flexure. *The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*, v. 23, n. 6, p. 543-555, Dec. 2003.

MANFIO, A. P. et al. Coroa Total de Resina Composta. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 27-30, 2006.

MONDELLI, José. *Estética e Cosmética: em clínica integrada restauradora*. São Paulo: Quintessence, 2003.

NETTO, L.; REIS, R. Reestabelecimento estético-funcional de dentes ântero-superiores com rara alteração de cor e forma. Relato de caso clínico. *Revista Dentísticaonline*, Santa Maria, n. 20, p. 50-53, jan./mar. 2011

NOORT, Richard van. *Introdução aos materiais dentários*. 3. ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2010.

PFEIFER, J. M. G. et al. Conceitos de estética envolvidos no fechamento de diastemas e reanatomização de dentes anteriores com resina composta. *Revista Ibero-americana de Odontologia Estética & Dentística*, v. 3, n. 10, p. 122-131, 2004.

RIBEIRO, J. C. R. et al. Shear strength evaluation of composite-composite resin associations. *Journal of Dentistry*, v. 36, n. 5, p. 326-330, 2008.

SÁ, M. P. N.; PASCOTTO, R. C. Faceta direta em resina composta com recurso de uma matriz de acetato – relato de caso clínico. *Revista Dental Press de Estética*, v. 1, n. 1, p. 101-111, 2004.

SADOWSKY, Steven Judd. An overview of treatment considerations for esthetic restorations: a review of the literature. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 96, n. 6, p. 433-442, 2006.

SEWÓN, L. A.; AMPULA, L.; VALLITTU, P. K. Rehabilitation of a periodontal patient with rapidly progressing marginal alveolar bone loss: 1-year follow-up. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 27, n. 8, p. 615-619, Aug. 2000.

SHIMOMURA, M. et al. Fechamento de diastema: técnica alternativa utilizando resinas compostas. *Revista da Associação Odontológica do Norte do Paraná*, Londrina, v. 12, p. 6-10, 2002.

SILVA, J. M. F. et al. Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. *Odonto*, v. 16, n. 32, p. 98-104, jul./dez. 2008.

SOARES, P. F. B. et al. Effect of bone loss simulation and periodontal splitting on bone strain. Periodontal splints and bones train. *Archives of Oral Biology*, v. 56, n. 11, p. 1373-1381, Nov. 2011.

SOUZA, M. H. S. et al. Avaliação da estabilidade de reparos em resina composta por testes de tração e cisalhamento utilizando diferentes tratamentos de superfície. *Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada*, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 196-200, 2003.

STRASSLER, H. E.; TOMONA, N.; SPITZNAGEL JR, J. K. Stabilizing periodontally compromised teeth with fiber-reinforced composite resin. *Dentistry Today*, v. 22, n. 9, p. 104-104, Sept. 2003.

VENTURINI, D. et al. Effect of polishing techniques and time on surface roughness, hardness and microleakage of resin composite restorations. *Operative Dentistry*, v. 31, n. 1, p. 11-17, 2006.

## ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### FACETAS DIRETAS COM RESINA COMPOSTA EM DENTES ANTERIORES SUPERIORES: ESTUDO DE CASO

O presente trabalho “Facetas Diretas com Resina Composta em Dentes Anteriores Superiores: Estudo de Caso” tem como intenção de realizar uma reabilitação imediata e provisória dos dentes anteriores superiores, objetivando uma melhora estética e funcional da saúde bucal do paciente, onde não apresentará risco à saúde do mesmo.

Os procedimentos que serão realizados:

- anamnese, exame clínico (avaliação bucal), análise radiográfica, tomada fotográfica inicial;
- moldagem superior e inferior (cópia das arcadas) para obtenção de modelos de estudo, avaliação do caso;
- exodontia (extração) dos dentes anteriores (11,21 e 22), dois com mobilidade e um localizado no palato (“céu da boca”);
- recolocação e alinhamento no arco de dois, dos dentes extraídos;
- esplintagem (contenção rígida) imediata dos dentes recolocados em boca;
- realização de facetas com resina composta nos dentes 11, 12, 21 e 23, acabamento e polimento das mesmas;
- tomada fotográfica final.

A coordenação do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, estará ciente dos resultados que serão adquiridos ao término da realização deste caso, para fins de estudo e informação aos acadêmicos deste curso.

Conforme o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de estudo - Relato de Caso, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos

que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando.

Os responsáveis por este Projeto de Estudo de Caso é o Professor Me. George Valdemar Mundstock e a acadêmica do curso de Odontologia Alessandra da Silva Leite, ambos podem ser contatados pelo telefone (51) 3717-7377. O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o paciente voluntário da pesquisa e outra com o pesquisador responsável.

Data 18/5/17

Alessandra da Silva Leite

Alessandra da Silva Leite - Acadêmica

George Mundstock

George Valdemar Mundstock - Responsável

Franci Meir Cardoso

Assinatura do Paciente Voluntário



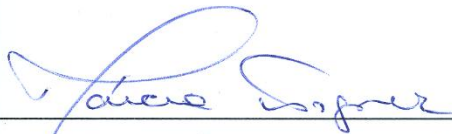
**ANEXO B – Declaração da Coordenadora do Curso de Odontologia**

Santa Cruz do Sul, 18 de maio de 2017.

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa – estudo de caso intitulado: “Facetas Diretas com Resina Composta em Dentes Anteriores Superiores: Estudo De Caso”, desenvolvido pelo(a) acadêmica Alessandra da Silva Leite do Curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação do professor Me. George Valdemar Mundstock, bem como os objetivos e a metodologia do estudo de caso e autorizamos o desenvolvimento na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa – estudo de caso e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,



Assinatura e carimbo do responsável institucional

**Profª. Dra. Márcia Helena Wagner\***  
Coordenadora do Curso de Odontologia