

**INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS –
ITPAC PALMAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ÁLEX RAFAEL LEHNEN
DÉBORA CRISTINA DE JESUS**

**FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA: SUGESTÃO DE PROTOCOLO
CLÍNICO – RELATO DE CASO**

ÁLEX RAFAEL LEHNEN
DÉBORA CRISTINA DE JESUS

**FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA: SUGESTÃO DE PROTOCOLO
CLÍNICO – RELATO DE CASO**

Artigo Científico de Relato de Caso apresentado à Faculdade de Odontologia do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos de Palmas – TO, em atendimento aos requisitos para aprovação no Módulo de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Pollyanna de Ulhôa Santos.

Co-orientador: Rodrigo Ventura Rodrigues.

PALMAS – TO

2023

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Imagem inicial do sorriso	09
FIGURA 2: Dentes anterossuperiores que apresentam a queixa do paciente	09
FIGURA 3: Registro da cor inicial	10
FIGURA 4: Kit de clareamento caseiro	10
FIGURA 5: Sessão de clareamento de consultório	11
FIGURA 6: Registro da cor A1 após o clareamento dentário	11
FIGURA 7: Registro do dispositivo Occlusense	12
FIGURA 8: Escaneamento intraoral	12
FIGURA 9: Enceramento digital	13
FIGURA 10: Impressão 3D do modelo	13
FIGURA 11: Conferência dos guias protéticos	14
FIGURA 12: Fios retratores inseridos	14
FIGURA 13: Desgaste seletivo realizado de acordo com os guias de silicone	15
FIGURA 14: Proteção do dente adjacente com fita teflon	15
FIGURA 15: Condicionamento dental com ácido fosfórico a 35%	16
FIGURA 16: Aplicação de adesivo	16
FIGURA 17: Confeção da concha palatina	17
FIGURA 18: Inserção da resina de dentina	17
FIGURA 19: Aplicação da resina de efeito	18
FIGURA 20: Aplicação da resina de esmalte	18
FIGURA 21: Incisivos centrais reconstruídos	19
FIGURA 22: Incisivos laterais reconstruídos	19
FIGURA 23: Caninos reconstruídos	20
FIGURA 24: Guia dos caninos esquerdos	20
FIGURA 25: Guia dos caninos direitos	20
FIGURA 26: Coloração das regiões de desgaste com lápis bicolor	21
FIGURA 27: Polimento dos elementos restaurados	22
FIGURA 28: Função e estética reestabelecidas de maneira satisfatória	22
FIGURA 29: Comparação do sorriso de antes e depois das restaurações	22
FIGURA 30: Sorriso final do paciente	23

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	05
RESUMO	06
ABSTRACT	07
1 INTRODUÇÃO	08
2 RELATO DE CASO CLÍNICO	09
2.1 Fotografias Iniciais e Registro de Cor	10
2.2 Clareamento Dentário	10
2.3 Verificação dos Contatos Oclusais e Escaneamento Intraoral	11
2.4 Enceramento Digital, Impressão 3D e Confeção dos Guias Protéticos	12
2.5 Conferências dos Guias Protéticos e Afastamento Gengival	13
2.6 Espaços Protéticos e Isolamento do Campo de Trabalho	14
2.7 Sistema Adesivo	15
2.8 Restauração em Resina Composta	16
2.8.1 Confeção da Concha Palatina	16
2.8.2 Inserção de Resina de Dentina	17
2.8.3 Aplicação de Resina de Efeito	17
2.8.4 Aplicação de Resina de Esmalte	18
2.9 Acabamento e Polimento	18
2.9.1 Confeção da Anatomia Primária	18
2.9.2 Anatomias Secundárias, Terciárias e Polimento Final	09
3 DISCUSSÃO	24
4 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE	36
ANEXO	39

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus por nos permitir chegar até aqui.

Obrigado à nossa família que mesmo longe, sempre se fez presente. Sem vocês, a realização do nosso sonho não seria possível.

Obrigado aos nossos amigos, a família que Deus nos permite escolher, vocês foram fundamentais para chegarmos a reta final. Um ciclo se encerra para iniciarmos outros, estamos muito felizes e orgulhosos da nossa trajetória.

Nosso respeito e carinho à professora Pollyana de Ulhôa Santos que esteve conosco como orientadora nessa reta final.

Agradecemos ao professor Rodrigo Ventura Rodrigues, nosso co-orientador, que esteve conosco no TCC I.

Obrigado por todos os ensinamentos ao professor Danilo Flamini, nosso mestre convidado para compor a banca, levaremos muito do seu conhecimento para a nossa vida clínica.

Agradecemos à professora Ketlin Lara Tosta Vanzo, responsável pela disciplina de TCC, sempre muito solícita.

E por fim, e não menos importante, a quem fez o nosso sonho se tornar realidade, sem você nada seria possível, Dr. Rafael da Rocha. Muito obrigado por nos instruir com maestria e muita paciência, dedicando feriado, final de semana e dia útil do seu trabalho para nos ensinar desde a composição de um material resinoso até a confecção final das restaurações estéticas. Nós somos muito gratos por todo o apoio e ensinamentos.

Atenciosamente, Álex e Débora.

RESUMO

As resinas compostas tornaram-se uma excelente alternativa para reabilitação estética e funcional em dentes anteriores. O objetivo do trabalho, por meio de um relato de caso, foi produzir um protocolo clínico com opções de materiais e dispositivos com o intuito de salientar ao profissional a importância da fidelidade dos passos para a execução. Paciente apresentava queixa estética dos elementos anterossuperiores. De início foi realizado registro fotográfico, seleção de cor e clareamento dental pela técnica mista. Após o escaneamento digital intrabucal, foi realizado o desenho dos dentes no Exocad e impressão 3D do modelo digital. Então, deu-se início à confecção dos guias protéticos para auxiliar no preparo dos elementos. Em seguida ao sistema adesivo, foram realizados incrementos de resina composta com auxílio do guia de silicone. Na sequência, os excessos foram removidos com pontas diamantadas e multilaminadas finas, verificação dos contatos oclusais e desenvolvimento da anatomia primária, dente a dente. Posteriormente, após a confecção dos dez elementos, foi realizado o desenvolvimento das anatomias secundária e terciária, seguidas de acabamento e polimento com borracha abrasivas, discos sof-lex e de feltro, associados à pasta polidora. Ao final do tratamento obteve-se um sorriso esteticamente harmônico e funcional. Ademais foi possível produzir um protocolo clínico afim de guiar profissionais que desejam realizar este tipo de restauração. Conclui-se que o respeito às técnicas utilizadas e o cumprimento do protocolo de execução de cada passo sobressaem à escolha de marcas, produtos de consumo e/ou tecnologias que podem vir a ser utilizadas.

Palavras Chaves: Resina composta; Facetas diretas; Protocolo clínico; Materiais restauradores.

ABSTRACT

Composite resins have become an excellent alternative for esthetic and functional rehabilitation of anterior teeth. The aim of this study, through a case report, was to produce a clinical protocol with options of materials and devices in order to emphasize to the professional the importance of faithful steps for the execution. The patient presented an esthetic complaint of the anterior maxillary elements. At first it was performed photographic registration, shade selection and tooth whitening by the mixed technique. After intraoral digital scanning, the teeth were drawn in Exocad and a 3D impression of the digital model was made. Then, prosthetic guides were made to assist in the preparation of the elements. After the adhesive system, increments of composite resin were made with the help of the silicone guide. Subsequently, the excesses were removed with diamond and thin multilaminated tips, checking the occlusal contacts and developing the primary anatomy, tooth by tooth. Subsequently, after the ten elements were made, the secondary and tertiary anatomies were developed, followed by finishing and polishing with abrasive rubber, sof-lex and felt discs, associated with polishing paste. At the end of treatment an aesthetically harmonious and functional smile was achieved. Moreover, it was possible to produce a clinical protocol to guide professionals who wish to perform this type of restoration. It can be concluded that respecting the techniques used and following the execution protocol of each step are more important than choosing brands, consumer products and/or technologies that can be used.

Palavras Chaves: Composite resins; Direct facet; Clinical protocol; Restorative materials.

1 INTRODUÇÃO

Para que o paciente se sinta bem, tanto no quesito emocional quanto no físico, sua aparência é um elemento fundamental. Na odontologia, a saúde geral do indivíduo está diretamente associada a fatores estéticos, funcionais e psicológicos (BARRETO et al., 2019).

A crescente procura pela odontologia estética tem redefinido o mercado odontológico com o desenvolvimento de materiais que apresentem propriedades funcionais e estéticas. Sendo assim, técnicas são desenvolvidas com melhoria em sistemas adesivos e fotopolimerização, melhorando características físicas e mecânicas, com o intuito de permitir ao profissional executar procedimentos mais conservadores (OLIVEIRA et al., 2019).

Hoje, as restaurações estéticas em dentes anteriores prezam pela preservação da estrutura dentária e pela naturalidade do sorriso, algo que já foi considerado um procedimento mais invasivo, já que os profissionais acreditavam que, quanto maior o desgaste, melhores seriam os resultados (SAVEDRA et al., 2019).

Com o avanço das técnicas e desenvolvimento de novos materiais, as propriedades ofertadas pela resina composta tornaram-a uma boa alternativa para restaurar dentes anteriores, com custo inferior aos laminados cerâmicos e resultados estéticos semelhantes. Em contrapartida, questionamentos surgem ao longo do tempo em relação à perda da estabilidade de cor e possíveis fraturas do material (BALDISSERA et al., 2013).

O desempenho clínico de restaurações anteriores se assemelha à restauração de posteriores, apresentando uma taxa anual de falha de até 4,1% (DEMARCO, 2015).

O sucesso do tratamento restaurador é certo quando as técnicas são empregadas em busca de procedimentos minimamente invasivos, o que tem uma melhor aceitação do paciente. Ao desejar padrões estéticos e funcionais ressalta-se a importância de se atentar aos parâmetros restauradores de forma conservadora e que ofereça resultados que se assemelhe a uma estrutura dentária hígida (PASCHOAL, 2014).

Assim como na literatura, o tratamento restaurador em dentes anteriores pode ser efetivo na prática desde que as propriedades físico-químicas dos materiais sejam dominadas pelo profissional, pois não basta que esses materiais apresentem eficácia sem que o cirurgião dentista tenha um conhecimento necessário do uso dos mesmos (DELGADO-MEJÍA, 2017).

Este trabalho tem como objetivo, por meio de um relato de caso, produzir um protocolo clínico para produção de facetas diretas em resina composta, assim como descrever diferentes opções de materiais, instrumentos e equipamentos, com intuito de salientar que a importância do respeito à fidelidade dos passos operatórios sobressaem à importância da tecnologia utilizada e/ou materiais de consumo.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente D. D. S, sexo masculino, 25 anos, compareceu à Clínica Odontológica do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC PALMAS) e apresentou-se com queixa de incômodo estético dos elementos anterossuperiores (Figura 1).

Ao exame clínico, foi possível constatar que o paciente possuía uma coloração amarelada dos elementos dentários, presença de fratura nos elementos centrais e múltiplos desgastes incisais, tornando o aspecto do sorriso desarmônico (Figura 2).

Assim, diante das possibilidades de tratamento, o paciente optou pela execução do clareamento dentário externo da arcada superior e inferior, seguido de confecção de facetas diretas em resina composta do elemento 15 ao elemento 25.

Figura 1: Imagem inicial do sorriso.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 2: Dentes anterossuperiores que apresentam a queixa do paciente.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.1 Fotografias Iniciais e Registro de Cor

Na primeira consulta foi realizado o registro fotográfico (Câmera Canon EOS R Mirroles) sendo fotos extraoral e intraoral para um correto planejamento. Na mesma consulta, foi feito o registro de cor dos dentes, utilizando como referência a escala Vita (Ivoclar Vivadent) e constatou-se que a cor inicial obtida foi a A2 (Figura 3).

Figura 3: Registro da cor inicial.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.2 Clareamento Dentário

Para a técnica de clareamento caseiro o paciente utilizou peróxido de carbamida a 16% (Whiteness Perfect; FGM) (Figura 4) associada à quatro sessões da técnica em consultório com gel clareador à base de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP; FGM) (Figura 5), ambas conforme as instruções do fabricante. Após o término do clareamento dentário, aguardou-se o prazo de 14 dias para estabilização da cor e liberação de oxigênio, pois pode ocorrer interferência na polimerização e no sistema adesivo das restaurações. Com o auxílio da escala Vita, sob luz natural, e também pela técnica de incremento de resina na face vestibular, foi realizado um novo registro da cor dos dentes, que passou a ser A1 (Figura 6).

Figura 4: Kit de clareamento caseiro.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 5: Sessão de clareamento de consultório.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 6: Registro da cor A1 após o clareamento dentário.

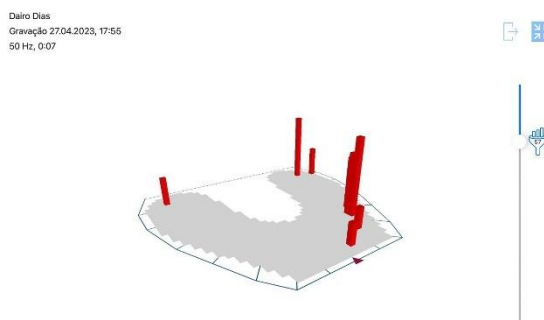


Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.3 Verificação dos Contatos Oclusais e Escaneamento Intraoral

Com auxílio de papéis carbonos dupla face (Detecto; Dentsply) e do dispositivo digital Occlusense (Bausch) os contatos oclusais foram verificados a fim de conferir quais os pontos oclusais precisariam ser devolvidos ao paciente (Figura 7). Na mesma sessão, foi realizado o escaneamento intraoral com o aparelho Heron IOS – 3DISC (Dabi) com o intuito de verificar a oclusão do paciente de uma forma mais detalhada, bem como realizar o enceramento diagnóstico digital no modelo escaneado (Figura 8).

Figura 7: Registro do dispositivo Occlusense.



Fonte: Occlusense – Bausch (2023).

Figura 8: Escaneamento intraoral.

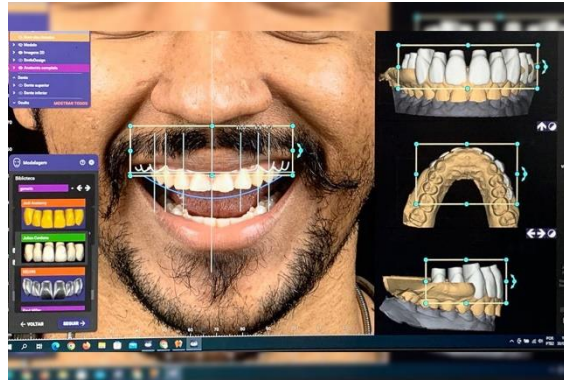


Fonte: Heron IOS – 3DISC – Dabi (2023).

2.4 Enceramento Digital, Impressão 3D e Confecção dos Guias Protéticos

Após o escaneamento intraoral, o enceramento digital foi realizado por meio da ferramenta de software Exocad (Figura 9), seguido da impressão do modelo digital 3D (Phrozen Sonic 4K Odontomega) (Figura 10) e confecção dos guias de preparo e guia palatino com silicone de condensação (Zetalabor) para auxiliar nas restaurações estéticas.

Figura 9: Enceramento digital.



Fonte: Exocad (2023).

Figura 10: Impressão 3D do modelo.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.5 Conferência dos Guias Protéticos e Afastamento Gengival

Ao iniciar o tratamento restaurador, realizou-se a conferência dos guias protéticos de acordo com os planos-guia (incisal, médio e cervical) na face vestibular (Figura 11).

O afastamento gengival foi realizado com fio retrator #000 (Ultrapak; Ultradent), embebido em solução hemostática (Hemoliq; Maquira), promovendo o controle do fluido gengival e hemostasia temporária (Figura 12).

Figura 11: Conferência dos guias protéticos.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 12: Fios retratores inseridos.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.6 Espaços Protéticos e Isolamento do Campo de Trabalho

Os espaços protéticos, minimamente invasivos, foram obtidos por meio de desgastes seletivos de acordo com os guias, utilizando pontas diamantadas 2214 e 2215 e discos Sof-lex (PopOn; 3M) para regularização do bordo incisal (Figura 13) Após o preparo, foi realizado o isolamento da região anterossuperior com auxílio de um afastador labial OptraGate (Ivoclar Vivaent).

Figura 13: Desgaste seletivo realizado de acordo com os guias de silicone.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.7 Sistema adesivo

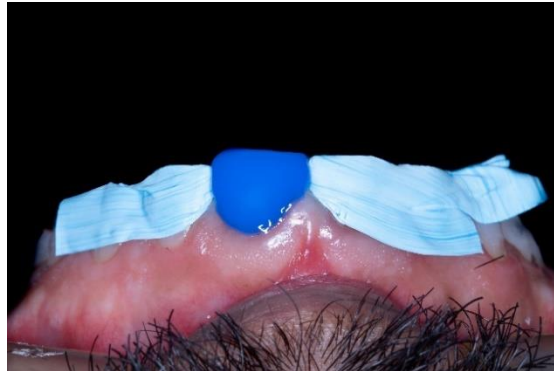
Após verificar que todo o substrato se encontrava em superfície de esmalte, o sistema adesivo foi realizado de maneira unitária, protegendo o dente adjacente com fita teflon isotape (Septodont; TDV) (figura 14). Iniciou-se com o condicionamento com ácido fosfórico 35% (Ultra-Etch), aguardando o tempo de 30 segundos e lavagem pelo tempo de 60 segundos (figura 15). Em seguida foi aplicado o adesivo OptiBond (FL; Kerr) (figura 16), remoção dos excessos com sugador e remoção da fita teflon, seguido de fotopolimerização com Grand Valo (Ultradent) por 20 segundos.

Figura 14: Proteção do dente adjacente com fita teflon.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 15: Condicionamento dental com ácido fosfórico a 35%.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 16: Aplicação de adesivo.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.8 Restauração em Resina Composta

Nesta técnica as restaurações foram confeccionadas uma a uma até a fase da anatomia primária.

2.8.1 Confeção de Concha Palatina

Utilizando o guia de silicone, a concha palatina foi confeccionada com resina composta Trans 30 (Empress Direct; Ivoclar Vivadent), seguida de fotopolimerização por 20 segundos e remoção do guia (figura 17).

Figura 17: Confeção da concha palatina.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.8.2 Inserção de Resina de Dentina

A resina de dentina foi utilizada somente em área de transição e para confecção de mamelos dentinários. Optou-se pela resina composta de corpo cor B1B (Forma; Ultradent) (Figura 18). Foi realizado também, fotopolimerização por 20 segundos.

Figura 18: Inserção da resina de dentina.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.8.3 Aplicação de Resina de Efeito

Para dar efeito de opalescência, lançou-se mão da resina composta Trans Opal (Empress Direct; Ivoclar Vivadent) para preencher os espaços entre os mamelos pré-confeccionados, seguido de fotopolimerização por 20 segundos. Para finalizar, aplicou-se pigmento branco (White NDT-Final Touch; Voco) em região de bordo incisal (Figura 19) com fotopolimerização por 20 segundos.

Figura 19: Aplicação da resina de efeito.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.8.4 Aplicação de Resina de Esmalte

Para finalizar a restauração estética, como última camada optou-se pela resina composta de esmalte Super-Brite 2 (Renamel; Microfill) em incremento único, seguido de fotopolimerização final de 1 minuto (Figura 20). Durante a aplicação da resina de esmalte se teve a intenção de confeccionar por meio de escultura a anatomia primária dos dentes.

Figura 20: Aplicação da resina de esmalte.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

2.9 Acabamento e Polimento

Imediatamente após a confecção da escultura de cada elemento restaurado, tanto a anatomia primária quanto o polimento inicial foram realizados de maneira unitária, dente a dente.

2.9.1 Anatomia Primária

Após a estratificação finalizada, os excessos foram retirados com auxílio de pontas diamantadas para acabamento 3195F e 3118F, discos de lixa Sof-Lex e borrachas abrasivas

(Kit Arbex 5.0; Dhpro Gold Quality) para acabamento e polimento inicial, a fim de demarcar áreas de espelho e sombra, bem como definição dos mameiros.

Foram confeccionados dois elementos dentários por sessão, seguindo o mesmo protocolo de passo-a-passo acima citado (Figuras 21, 22 e 23).

Em seguida foi utilizado o arco metálico Microcut (TDV) afim de remover excessos e dar acabamento interproximal. Assim, foi utilizado também fio dental para conferência de ponto de contato. Para ajuste da oclusão foi utilizado papel carbono dupla face para checagem dos pontos oclusais, bem como novas conferências pelo dispositivo Occlusense para verificar se os guias dos caninos teriam sido reestabelecidos (Figuras 24 e 25).

Figura 21: Incisivos centrais reconstruídos.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 22: Incisivos laterais reconstruídos.



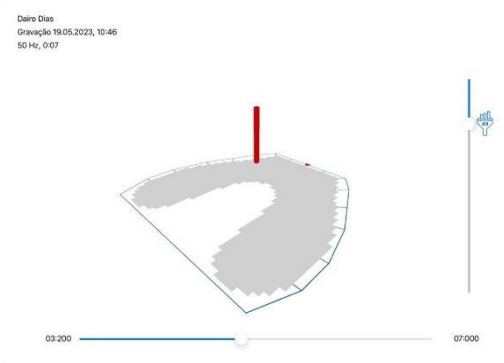
Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 23: Caninos reconstruídos.



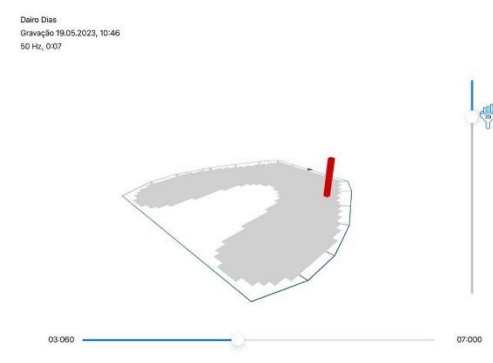
Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 24: Guia dos caninos esquerdos.



Fonte: Occlusense – Bausch (2023).

Figura 25: Guia dos caninos direitos.



Fonte: Occlusense – Bausch (2023).

2.9.2 Anatomias Secundárias e Terciárias e Polimento Final

Com o auxílio de lápis bicolor para marcação (Hots Pot) nas cores vermelho e azul, foram demarcadas as regiões de desgastes, onde a cor vermelha indica onde deverá ser desgastada e a cor azul área a área desejada, a fim de criar as áreas de espelho (Figura 26).

Na anatomia secundária foram definidos os sulcos de desenvolvimento e na anatomia terciária, delimitou-se as periquimácias.

No acabamento das restaurações estéticas, foram utilizadas brocas diamantadas F e FF, pontas multilaminadas, lixas diamantadas, discos abrasivos para remoção de excessos. Após essa etapa, buscamos alcançar com o polimento, superfícies lisas utilizando borrachas com diferentes formatos e granulações em ordem decrescente de abrasividade.

Para melhorar o acabamento e polimento proximal foi utilizado lixas abrasivas extrafinas (Epitex, GC).

No polimento final, foi utilizado pasta de polimento (Enamelize, Cosmedent) e disco de feltro (Diamond, FGM) com o objetivo de melhorar o brilho nos elementos restaurados (Figura 27). Se faz importante salientar que tanto a anatomia secundaria quanto a anatomia terciária, bem como o polimento final, foram realizados após a confecção de todos os dentes.

Após a finalização do tratamento, as expectativas do paciente foram atingidas, tanto a parte funcional quanto a estética foram reestabelecidas de maneira satisfatória. (Figuras 28, 29 e 30).

Figura 26: Coloração das regiões de desgaste com lápis bicolor.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 27: Polimento dos elementos restaurados.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 28: Função e estética reestabelecidas de maneira satisfatória.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 29: Comparação do sorriso de antes e depois das restaurações.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

Figura 30: Sorriso final do paciente.



Fonte: Rodrigues, Gabriel (2023).

3 DISCUSSÃO

Algumas alterações dentais de cor, forma e tamanho ocasionam em um sorriso desproporcional e pode acarretar problemas psicológicos, fazendo com que o indivíduo se sinta excluído, com baixa autoestima e comportamentos retraídos (KINA et al., 2015). O padrão de estética requer sorrisos belos e harmoniosos, o que estimula a busca por tratamentos odontológicos para corrigir imperfeições dentárias (CASTRO et al., 2008).

Para melhorar a estética do sorriso, tratamentos dentários com o uso de materiais resinosos estão sendo cada vez mais utilizados nos dias atuais. A reabilitação direta em resina composta consiste num tratamento de custo mais baixo, menos invasivo e de menor desgaste da estrutura dental sadia, porém devem ser trocados posteriormente, já que estão sujeitos à perda da anatomia devido ao desgaste. Esse tipo de tratamento também está mais suscetível a sofrer mudança de cor com o passar do tempo, em comparação às facetas indiretas de laminados cerâmicos. Já em relação a possíveis fraturas da restauração, mesmo apresentando características de resistência e durabilidade, ambas as técnicas podem apresentar essa desvantagem, mesmo sendo algo não corriqueiro. Dentes anteriores com alterações de forma e cor são passíveis de reabilitação direta por se tratar de um tratamento conservador e de custo mais baixo quando comparado à restauração indireta, garantindo funcionalidade e durabilidade da mesma forma (CAMPOS et al., 2021).

Como fatores que implicam em falhas e afeta a longevidade de uma restauração, a literatura atual aponta que os principais motivos dessa prevalência estão ligados tanto ao paciente, quanto ao operador. Os dentes anteriores apresentaram problemas de desempenho clínico que variam de 1% a 5% por ano. As causas de insucesso estão relacionadas à presença de cárie, idade, sexo, hábitos parafuncionais, situação socioeconômica e negligência do paciente e à atuação, treinamento, experiência, precisão do trabalho, material utilizado e técnica do operador. Por mais que restaurações diretas em resina composta apresentem um resultado eficiente, os fatores desfavoráveis mais predominantes em dentes anteriores, são as falhas estéticas (DEMARCO et al., 2017). Segundo estudos recentes, a longevidade clínica para o tratamento restaurador direto em dentes anteriores é comprovada, apresentando uma falha anual de até 4,1% (SCOTT et al., 2019).

As facetas dentárias são ótimas quando os problemas dentários são mínimos, portanto, é importante perceber até que ponto é aceitável um preparo irreversível da estrutura dental por um defeito mínimo ou simplesmente estético. Neste ponto encontram-se os principais equívocos, pois muitas vezes pacientes são submetidos a irreversibilidade de forma desnecessária e mal indicada. As facetas devolvem a estética em casos de anormalidades de

formas dentárias, que são geralmente: microdontia, dentes cônicos ou malformados, redução de diastemas, dentes desgastados ou rodados, problemas de textura superficial e cor, amelogenese imperfeita, dentes endodonciados. As restaurações estéticas dentais estão contraindicadas quando o paciente possui hábitos parafuncionais acentuados, coroa clínica reduzida, dentes consideravelmente vestibularizados e apinhamento excessivo (Pinto, 2019).

Ao se iniciar um tratamento restaurador em dentes que apresentam desarmonia, um protocolo clínico deve ser seguido a fim de chegar a resultados satisfatórios que alcancem as expectativas tanto do paciente quanto do profissional.

O registro fotográfico é um grande aliado para o planejamento clínico em casos de reabilitações estéticas, pois se trata de uma excelente ferramenta de planejamento, acompanhamento e condução do tratamento. Observar o rosto sob ângulos específicos na posição correta em diferentes amplitudes e inclinações buscam o sucesso do tratamento, correlacionando o rosto com o formato anatômico dos dentes. Cita-se também a importância desses registros com a finalidade de resguardar juridicamente, tanto o paciente quanto o profissional em relação ao tratamento ofertado (CRISPIM, SOUSA e SILVA 2016).

Após o registro fotográfico inicial, alguns casos necessitam de clareamento dentário e a literatura atual relata alguns tipos de clareamentos, que podem ser realizados de diversas técnicas. De maneira externa, o clareamento é realizado de duas formas, tanto pela técnica caseira quanto pela técnica de consultório, onde na primeira se utiliza o peróxido de carbamida em baixas concentrações (10 a 16%) e a segunda é realizada com peróxido de hidrogênio em concentrações maiores (20 a 38%) (DANTAS et al., 2017). Enquanto o peróxido de carbamida é capaz de se decompor em peróxido de hidrogênio, o peróxido de hidrogênio decompõe-se em oxigênio (princípio ativo) – que tem a capacidade de aumentar o PH do meio, em amônia – que aumenta a permeabilidade da estrutura dentária e em gás carbônico – que favorece a difusão de moléculas de pigmentos. Uma solução de 10% de peróxido de carbamida equivale a 3,6% de peróxido de hidrogênio, isso faz com que os agentes clareadores à base de peróxido de carbamida tenham uma concentração menor do que os à base de peróxido de hidrogênio (SARMENTO et al., 2016). Ambas as técnicas de clareamento são efetivas, tanto o método caseiro quanto o de consultório. A técnica realizada no consultório, por usar um gel de concentração maior, ao final do tratamento, apresenta estabilidade de cor após 14 dias, sendo o tempo necessário para liberação de oxigênio, para que não ocorra interferência de polimerização e no sistema adesivo das restaurações (HIRATA, 2011).

Em reabilitações dentárias há necessidade também das verificações da oclusão, onde a modificação dessa oclusão é significativa, pois a maioria das superfícies incisais e oclusais

sofrem alterações, já que há grande reconstrução de estrutura dentária em resinas compostas. A ausência de guias nos movimentos excursivos podem trazer alguns malefícios ao paciente, tais como: lesões de abfração, desgastes da superfície oclusal dos dentes, hipertrofia muscular, propensão à cárie, problemas periodontais, sensibilidade pulpar, mastigação deficiente e estética desfavorável. Uma oclusão ideal se baseia em alguns princípios que devem ser respeitados, como a transmissão de forças, contatos dentários, DVO adequada e oclusão mutualmente protegida. Em pacientes com disfunção oclusal, é importante que se faça, previamente, a verificação dos contatos oclusais para que, com a reabilitação estética, sejam devolvidos os movimentos excursivos (ROSIN et al., 2022).

A odontologia digital demonstra-se uma ferramenta que melhora a eficiência do diagnóstico e do tratamento odontológico e gera uma maior previsibilidade nos resultados e aceitação dos pacientes perante aos tratamentos indicados. Em se tratando de restauração estética, o planejamento virtual vem se tornando cada vez mais indispensável, já que por meio de uma simulação, se pode ter noção de como ficará o resultado final do tratamento proposto (Xia et al., 2018). Estudos literários têm revelado sucesso em restaurações indiretas de dentes anteriores, e um planejamento com desenho digitalizado do sorriso está se tornando essencial, já que permite uma melhor elaboração do tratamento junto ao paciente (GONTIJO et al., 2021).

A estratégia do guia de silicone é utilizada para moldar, preparar e verificar a espessura das massas de resina composta, mapeando as tonalidades necessárias a fim de restaurar simetricamente os elementos dentários. Dentes superiores, principalmente os incisivos centrais são elementos anatômicos bilaterais e exigem simetria e coloração adequadas. Primeiro, as margens de um dente devem ser produzidas seguindo um desenho harmônico, dito que diferentes materiais, espessura e incrementos podem gerar resultados estéticos diferentes. O auxílio de um guia de silicone preparado antes do procedimento vem se tornando cada vez mais comum, já que com essa técnica é possível moldar toda a face palatina e a borda incisal, copiando a anatomia desejada (PAOLONE et al., 2021).

Para alcançar um resultado satisfatório, um enceramento diagnóstico é extremamente importante, pois auxilia na determinação do tamanho e forma dos elementos dentários. O planejamento digital também vem sendo muito utilizado para aperfeiçoamento e previsão do tratamento restaurador, já que é possível avaliar forma, tamanho e proporção de cada dente “fora da boca” do paciente. Contudo, o profissional deve dominar a técnica e, junto com um sistema adesivo aplicado de forma correta, o sucesso do procedimento é mais previsível (SCOTT et al., 2019).

As facetas diretas em resina composta são consideradas uma alternativa restauradora estética que tem como possibilidade minimizar o desgaste dentário necessário durante a fase do preparo, proporcionando uma melhor harmonia do sorriso (OURO, 2017). Esse tipo de restauração estética permite a realização de preparos mais conservadores, numa única sessão e sem etapas laboratoriais (SOUZA, 2020). Porém, se houver necessidade de preparo um bisel pode ser confeccionado afim de mascarar o limite da margem dente/restauração, além de melhorar o padrão de condicionamento ácido, e, consequentemente, favorecer a adesão e uma melhor vedação marginal (NAHSAN, 2012).

Pacientes odontológicos são mais propensos à aspirar ou engolir corpos estranhos – pequenos instrumentais – que entram em contato com a parte posterior da boca. O isolamento do campo operatório elimina este perigo e também permite um maior controle do uso de materiais, e previne que o paciente sinta o gosto de substâncias tóxicas, caracterizando assim, maior proteção. Outra – e uma das principais – vantagem do uso do isolamento absoluto, é a possibilidade de uma melhor visibilidade do campo operatório (PINTO, 2019)

Em se tratando da estrutura dentária, o esmalte é composto basicamente por hidroxiapatita e a dentina por matéria orgânica. O ácido tem a função de remover matéria orgânica e inorgânica que diminuem a permeabilidade dentinária, alterando a superfície lisa para uma irregular, duplicando a energia livre de superfície (Lopes, 2002). O adesivo é o material que se solidifica entre dois substratos – resina e estrutura dental – e possui capacidade de transferir carga de um substrato para o outro, promovendo a adesão. A união passou a ser mais efetiva depois da descoberta do condicionamento ácido, no esmalte tal tratamento torna a superfície acentuadamente irregular aumentando sua energia, e o resultado é que quando um material restaurador resinoso é aplicado, os monômeros são levados para dentro das irregularidades por atração capilar e copolimerizam-se entre si formando uma adesão micromecânica (BARATIERI e JUNIOR, 2015).

Com relação a adesão e a classificação dos adesivos, atualmente a mais aceita é a que os divide de acordo com a estratégia de aplicação, se condicione e lave, também chamados de adesivos convencionais ou estratégia autocondicionante e também de acordo com o número de passos de aplicação, salientando que os sistemas adesivos universais podem ser utilizados em ambas as estratégias (CALIXTO e EUSTÁQUIO, 2021).

Na técnica anteriormente relatada o adesivo utilizado foi o um adesivo puro, pelo fato de ser um padrão ouro de adesivo que oferece excepcional força de adesão a todas as superfícies e substratos, em qualquer técnica de condicionamento, podendo ser autocondicionante, de condicionamento seletivo e total. Essa técnica foi utilizada pelo fato do

preparo ser minimamente invasivo apenas em esmalte e além de obter agilidade do tempo clínico. Porém, a técnica convencionanl com adesivo universal, é igualmente aceita e indicada, oferecendo resultados de adesão de forma satisfatória.

Na reconstrução dentária, o conhecimento da anatomia dos dentes é extremamente importante, sendo necessário ser respeitada, a fim de se obter um sorriso final que apresente harmonia.

Os incisivos superiores apresentam um formato de pá e possuem três inclinações, sendo a face vestibular apresentada por uma área cervical mais convexa, em que a luz sofre uma deflexão por possuir esse formato. Na porção incisal possuem uma inclinação para palatina, o que confirma a inclinação da pá e também deflete um pouco de luz. Essa área é translúcida e permite a absorção de grande parte da luz pelo fundo negro da boca. Portanto, a área que não sofre deflexão de luz, por ser mais plana, e não absorve tanta luz, por ser clara, é a região do terço médio dentro da área de espelho e a região de maior reflexão e luminosidade é essa porção média da coroa vestibular, bem ao centro da área de espelho ou de brilho. A distância entre as cristas em um mesmo dente deve ser igual a seu dente homólogo, elas representam as linhas de brilho ou de transição e devem ser elaboradas de acordo com o efeito desejado, já que elas abraçam uma área de intensa reflexão — a área de espelho pode gerar sensação de aumento ou diminuição da largura ou comprimento do dente. A confecção da área de sombra ou penumbra ficam situadas imediatamente ao lado das linhas de brilho e sua espessura depende do efeito de ilusão que se deseja para o dente. Há ainda a área dinâmica que corresponde à porção proximal visível por vestibular. A base desse triângulo deve estar no terço cervical da coroa. A melhor maneira de se apresentar um dente é mostrar as características anatômicas e ópticas por todos os ângulos de observação. É muito importante saber expressar e reproduzir a morfologia dental e os efeitos causados quando a luz incide sobre ele. Não existe um dente igual ao outro, precisa ser compatível com os lábios e a face de cada paciente. Quando tudo isto se harmoniza na cavidade bucal, a reparação estética torna-se também funcional. Para reproduzir o formato natural de um dente verdadeiro, é importante ou essencial o conhecimento da morfologia, da função, da cor, da luz e da inter-relação entre todas elas (GOMES, 2018).

Para reproduzir a dentina artificial são necessárias resinas com características mais opacas. Na restauração devem ser usados materiais com intensidades diferentes, já que a dentina do terço cervical apresenta saturação maior que a do terço médio. Essas diferenças precisam ser respeitadas a fim de alcançar o aspecto original. Na recriação do esmalte incisal, o incremento do compósito deve ser único para minimizar a ocorrência de linha de união na face vestibular, e deve apresentar certa translucidez, que são perceptíveis em dentes naturais. Para

realizar uma restauração imperceptível em dentes anteriores que apresente suas características ópticas de forma natural, é importante que o operador tenha conhecimentos sobre coloração e translucidez das resinas compostas utilizadas (NAHSAN et al., 2012).

As resinas, atualmente, inseridas no mercado odontológico dividem-se em Macro-partículas, Micro-partículas, Micro-híbridas, Nanoparticuladas, Híbridas, Nano-Híbridas. Com relação aos tipos das massas resinosas, as resinas de esmalte convencional que simulam as características ópticas de translucidez de esmalte natural é que modularão a cor (valor) da camada de dentina adjacente, já as resinas de esmalte com translucidez de corpo podem alterar croma e valor sobre a dentina trabalhada, com aparência mais opaca. A massa de dentina é responsável por reproduzir na restauração as características de croma e opacidade da dentina natural, que o seu nível de opacidade pode variar bastante e são mais utilizadas no fundo da restauração sendo associadas a uma dentina de corpo para equilibrar a opacidade final. Citando as resinas de dentina de corpo (ou Body), foram criadas para substituir esmalte e dentina em um só material, sendo indicação para em restaurações de tamanho pequeno e médio, em preparos de grandes profundidades, fechamento de diastemas pequenos e médios, e restaurações de classe III e IV pequenas (CALIXTO e EUSTÁQUIO, 2021).

Estudos recentes comprovaram a eficácia das partículas nano-híbridas em resinas compostas apresentando sucesso em média de 90% dos casos. De modo geral, essas restaurações têm resultados excelentes quanto à sua permanência em boca, já que os compostos nano-híbridos foram criados para terem resultados melhores que os micro particulados, esteticamente e funcionalmente (ERGIN et al., 2018).

A resina composta nanoparticulada apresenta vantagens quando em comparação com às resinas microparticuladas e híbridas, destacando suas propriedades mecânicas, favoráveis aos tecidos dentários. Acrescenta-se a isto a grande quantidade de partículas de reforço com tamanho reduzido e um resultado estético de excelência, podendo se obter o polimento superficial satisfatório e apresentam boa longevidade (PEREIRA ET AL., 2016).

Resinas nano-híbridas e nanoparticuladas são as mais indicadas para restaurações diretas em dentes anteriores, pois apresentam propriedades satisfatórias semelhantes ao tecido dental (SCOTT ET AL., 2019).

Na técnica relatada, a resina composta utilizada para reconstrução da concha palatina foi a Trans 30 da Empress Direct, uma resina nano-híbrida com características de resistência às forças da mastigação. Essa resina poderia ser substituída pela resina Trans da Forma, por exemplo, uma resina micro híbrida com caracteristias igualmente satisfatórias, porém com custo inferior considerável (CALIXTO e EUSTÁQUIO, 2021).

Para recobrir a área de transição e confeccionar os mamelos dentinários a resina utilizada foi a B1B da Forma, uma resina micro híbrida com características opacificadoras. Para substituir essa resina, uma outra com características semelhantes, porém com um custo menor é a A2D da Opallis.

Com a intenção de criar efeito de opalescência na borda incisal, a resina utilizada foi a Trans Opal da Empress Direct, que pode ser substituída pela Incisal ou Trans da Forma, que são resinas com custo menor e boa capacidade de oferecer característica de translucidez.

Na estratificação da última camada – vestibular – foi utilizada uma resina micro particulada da Microfill na cor Superbrite 2, capaz de proporcionar excelente polimento e alto brilho. Com intuito de chegar a resultados semelhantes, porém com custo menos elevado, as resinas da Palfique WE ou BW, da Forma A1, A2 ou A3 poderiam ser utilizadas, que também são capazes de oferecer um satisfatório polimento final.

A fotopolimerização é um dos principais pilares para a longevidade das restaurações em resina composta, tendo como fatores principais a estabilização da ponta do aparelho ao ser utilizado para não gerar perda de feixe de luz principal sobre a região a ser polimerizada, deve-se aplicar a luz sem angulação, ou seja, perpendicular a área, não distanciar a fonte de luz da resina mais do que 5mm, ter refrigeração ou circulação de ar durante o processo (jato de ar ou sugador) para minimizar o calor emitido pela lâmpada, manter a bateria sempre carregada em nível próximo ao máximo, proteger a ponteira com filme plástico fino, espectro de onda monowave ou polywave, sua lente de cristal ou fibra óptica de vidro (evitar ponteira de plástico) (CALIXTO e EUSTÁQUIO, 2021).

O uso dos compostos resinosos ao longo dos anos tem se intensificado cada vez mais e, mesmo com suas limitações, as desvantagens não superam os benefícios que esses materiais proporcionam, principalmente em relação às suas propriedades estéticas, boa resistência, adesividade, baixo custo e tratamento conservador. A descoloração das resinas compostas está relacionada tanto às causas intrínsecas quanto extrínsecas. A alteração de cor pode ocorrer devido às reações e composição do próprio material, assim como fatores externos como alimentos ricos em corantes e higiene bucal deficiente (SILVA et al., 2017).

As etapas finais de acabamento e polimento são extremamente importantes e necessitam ser realizadas de forma correta, pois interferem diretamente no sucesso e durabilidade da restauração, já que promovem a lisura superficial, garantindo características estéticas. Uma superfície lisa proporciona uma melhor higienização, evitando o acúmulo de biofilme, o que confere baixa afinidade por manchas extrínsecas (NASSER, 2015).

A falha nas etapas de acabamento e polimento geralmente ocorre por negligência do profissional, onde fatores como o cansaço, dificuldade de acesso e visibilidade, dificuldade de distinção dos compósitos das margens dentais e a falta de afinidade com os materiais e técnicas empregadas fazem com que o profissional não dê a devida importância ao último passo operatório (BARATIERI, 2004).

O acabamento quando realizado de forma imediata, pode trazer deformidade plástica, pois a reação de polimerização ainda continua por 24h (NASSER, 2015).

Na literatura, alguns autores recomendam o polimento em outra sessão, onde pode-se realizar um melhor avaliação das restaurações e fazer reparos necessários (BARATIERI, 2004). Esse polimento tardio, também confere uma maior lisura superficial às restaurações, se forem comparados aos polimentos mediatos (SILVA et al. 2010).

4 CONCLUSÃO

Com base no caso clínico relatado foi possível concluir que as restaurações em resina composta são uma excelente opção de tratamento para quem deseja alcançar um sorriso harmônico e funcional. Ademais, o respeito às técnicas utilizadas e o cumprimento do protocolo de execução de cada passo sobressaem à escolha de marcas, produtos de consumo e/ou tecnologias que possam ser utilizadas. O trabalho demonstrou que é possível alcançar resultados satisfatórios com resinas compostas por meio de restaurações diretas, assim como listou materiais, instrumentos e manobras clínicas como opções alternativas para o alcance dos objetivos, ratificando a importância em não negligenciar os passos operatórios e respeitar a conduta clínica, pautada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

- BALDISSERA, R. A. et al. **Are there universal restorative for anterior and posterior teeth?** J Dent, v.41, n.11, p.1027-1035, nov.2013.
- BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia Restauradora: Fundamentos e Possibilidades.** São Paulo: Ed. Santos, 2004.
- BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades;** 2 edição, São Paulo: Santos, 2015.
- BARRETO, J. O. et al. **Impactos psicossociais da estética dentária na qualidade de vida de pacientes submetidos a próteses: revisão de literatura.** Arch Health Invest; 8(1):48-52, 2019.
- CALIXTO, R.; EUSTÁQUIO, J. **Direct:** Facetas em Resina Composta. SA publicações. 1ª edição, 2021.
- CAMPOS, K. M. et al. **Facetas diretas anteriores: Uma revisão de literatura.** Research, Society and Development, v. 10, n. 6, 2021.
- CASTRO, M. P. S. R. et al. **Reabilitação estética de sorriso através de fechamento de diastema associada ao controle da higiene bucal do paciente – Relato de caso.** Rev Odontol Univ Fed Bahia; 37:49-55, 2008.
- CRISPIM E. A. et al. **A importância da fotografia odontológica na odontologia contemporânea.** Jornada Odontológica dos acadêmicos da Católica-JOAC, 2(2), 2016.
- DANTAS, L et al. **Clareamento Dental e seus Efeitos na Morfologia do Esmalte Dental: uma Revisão da Literatura.** Rev. Unimontes Científica, Montes Claro, 19(1):160-169, 2017.
- DELGADO MEJÍA, E. **Una vista físico-química, de ciencia de materiales y biomimética en algunos problemas odontológicos.** Acta Odontol Col, 7(1): 137-138, 2021.
- DEMARCO F. F. et al. **Anterior composite restorations: A systematic review on long-term survival and reasons for failure.** Dental Materials v.31, p.1214- 1224, 2015.
- DEMARCO F. F. et al. **Should my composite restorations last forever? Why are they failing?** Brazil Oral Res.; 31(1): e 56; vol 31, 2017.
- ERGIN E, K. Z. B.; ÇAKIR F. Y. **Comparison of two different composite resins used for tooth reshaping and diastema closure in a 4-year follow-up.** Niger J Clin Pract; 21:9; 2018.
- GOMES, A. C. R.; Nascimento, R. **A importância do checklist estético para a harmonia do sorriso.** Prothes. Lab. Sci. 2018
- GONTIJO S. M. L. et al. **Digital smile design as a tool in the planning of porcelain laminate veneers restoration.** RGO, Rev Gaúch Odontol. 2021.
- HIRATA, R. **Tips – Dicas em Odontologia Estética.** São Paulo: Artes Médicas, 2011.

KINA, M. et al. **Tratamento restaurador estético minimamente invasivo através da técnica direta com compósito. Relato de caso clínico.** ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, 4(4), 2015.

LOPES G. C. et al. **Direct Posterior resin composite restorations: new techniques and clinical possibilities, case report.** Quintessence Int; 33:337-346, 2002.

NAHSAN, F. P. et al. **Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection.** J Appl Oral Sci, v.20, n.2, p. 151-156, 2012.

NASSER, B. P.; OLIVEIRA, T. J R. D. **Avaliação da Influência do Polimento Mediato ou Imediato sobre a alteração de cor de uma resina composta micro-híbrida.** Monografia (Bacharelado em Odontologia) – FAPI – Faculdade de Pindamonhangaba. Pindamonhangaba – SP, 2015.

OLIVEIRA A. S. et al. **Mascaramento de dentes escurecidos utilizando restaurações diretas: relato de caso.** Revista Diálogos Acadêmicos, 8(2): 35-41, 2019.

OURO, G. D. M. et al. **Facetas em resina composta ou cerâmica: desgaste ou não desgaste?** p.30, 2017.

PAOLONE, G. et al. **Direct Esthetic Composite Restorations in Anterior Teeth: Managing Symmetry Strategies.** Symmetry, 13, 797, 2021.

PARAVINA R. D. et al. **Color difference thresholds in dentistry. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry.** 27: S1-S9, 2015.

PASCHOAL M. A. et al. **Esthetic and function improvement by direct composite resins and biomimetic concept.** J Contemp Dent Pract; 15(5): 654-8, 2014.

PEREIRA, D. A. et al. **Reabilitação estética do sorriso por meio de procedimento restaurador direto com resina composta nanoparticulada: relato de caso.** Rev Odontol Bras Central. 2016

PINTO, S. **O outro lado da faceta dentária: erros de planejamento e de execução.** Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Porto/Portugal, 2019.

ROSIN, M. et al. **Guia canina- importância clínica: Revisão de Literatura.** Rev.Research, Society and Development, v. 11, n. 1, 2022.

SARMENTO, H. R. et al. **Dentística Restauradora - Do Planejamento à Execução.** Editora Santos Grupo GEN, 14:169-188, 2016.

SAVEDRA, G. et al. **Biological Restorations: A foreseeable possibility in the junction between dentistry and technology.** Brazilian Dental Science, 22(3): 413-424, LILACS, 2019.

SCOTT, C. K. et al. **Abordagem restauradora estética e conservadora para o fechamento de diastemas múltiplos após tratamento ortodôntico: relato de caso.** Clin Lab Res Den; 1-10, 2019.

SILVA J. M. et al. **Effect of different finishing times of surface roughness and maintenance in the polishing nanoparticles and composites microhybrid.** The European Journal of Esthetic Dentistry, Berlim, 5(3):298-288, 2010.

SOUZA, M. A. S. et al. **Faceta direta em resina composta: comparando-a com a faceta em cerâmica.** 2020.

XIA, J. et al. **Direct resin composite restoration of maxillary central incisors using a 3D-printed template: two clinical cases.** BMC Oral Health, 2018.

APÊNDICE

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CONFEÇÃO DE FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA:

ETAPAS	PROTOCOLO CLÍNICO	SUGESTÕES	DICAS E RECOMENDAÇÕES
1	Análise estética e funcional		- Verificar presença de desgastes incisais e oclusais (sinais de parafunção); - Avaliar DVO, MIH e movimentos de lateralidade e protrusão.
2	Registro fotográfico	- Câmera profissional; - Câmera do celular com iluminação apropriada.	Registrar com fundo escuro: dentes em oclusão, guias anterior e de lateralidade, ângulos de perfil e frontal (sorrindo e boca entreaberta)
3	Registro de cor	Escala de cor Vita	
4	Teste de cor (resina composta)	Pequenos incrementos de resina composta	Fotopolimerizar os incrementos na face vestibular
5	Moldagem de estudo	- Escaneamento digital intraoral; - Moldagem com silicone de condensação; - Moldagem com alginato;	Um bom alginato melhora a qualidade da moldagem
6	Obtenção do modelo de estudo	- Impressão 3D; - Gesso tipo IV.	Utilizar gesso especial melhora a qualidade do modelo
7	Verificação dos contatos oclusais	- Occlusense; - Papel carbono.	
8	Enceramento diagnóstico	- Enceramento digital; - Enceramento analógico (cera).	No enceramento analógico se deve utilizar compasso para avaliar as proporções dentárias bilaterais
9	Confeção de guias protéticas	- Silicone de adição - Silicone de condensação	- Copiar desde a região do palato até o último dente encerado; - Utilizadas para conferir profundidade dos preparos.
10	Conferência das guias	Usar as guias confeccionadas	Cortar excessos das guias para adaptação
11	Isolamento do campo de trabalho	- Isolamento total modificado; - Isolamento relativo com afastador labial.	- Com grampos nos PM sobre o lençol de borracha; - Pode ser total ou modificado com fio afastador.
12	Afastamento gengival	Fio retrator e hemostático	
13	Obtenção do espaço protético	Desgastes com brocas Diamantadas: -Esférica: 1013 -Tronco cônicas: 2135, 2135F ou 2135FF Multilaminada: 7204	Conferir aspereza no esmalte dos dentes com ponta diamantada fina, a fim de melhorar a adesão
14	Proteção do dente adjacente	Fita teflon	Retirar antes da fotopolimerização.

15	Sistema adesivo		
	Condicionamento com ácido fosfórico	- Ultra-Etch 35%; - Condac FGM 37%; - AllPrime 37%.	- Remover excessos com sugador de ponta fina; - Promover uma lavagem abundante.
	Aplicação do adesivo	- OptiBond FL Kerr; - Single Bond 3M; - Scotchbond 3M.	
	Jato leve de ar	5 segundos	- Espalhar o adesivo; - Se necessário, remover excessos com sugador de ponta fina.
	Fotopolimerização		Se for potente, usar jato de ar a 5cm para evitar o aquecimento da polpa
16	Selecionar materiais pra escultura	- Espátulas; - Pincéis siliconados; - Resina umidificadora (Modeling).	
17	Restauração		
	Confecção da concha palatina	- Trans 30 (Empress Direct); - Trans Forma (Ultradent); - WE Forma (Ultradent)	- Usar resinas de alta resistência; - Um pouco de modelador na espátula facilita a manipulação sobre o guia; - Espessura fina, seguindo o contorno incisal do guia.
	Inserção de resina de dentina (a cor selecionada dependerá da cor do substrato dental)	- Forma (Ultradent); - Tetric N-Ceram (Ivoclar); - Opallis (FGM).	Todos os dentes devem ter o mesmo nível de dentina gerando um mesmo espaço para o esmalte
	Aplicação de resina de efeito	- Trans Opal (Empress Direct); - Trans Estelite Ômega (Tokuyama); - Incisal ou Trans Forma (Ultradent).	Utilizar resinas de alta translucidez aplicada entre os mamelos
	Aplicação de resina de esmalte (a cor selecionada dependerá da cor do substrato dental)	- Renamel (Microfill); - Estelite Ômega (Tokuyama); - Palfique (Tokuyama). Forma (Ultradent)	- Começar pelos IC; - Alisar o material e adaptar às margens.
	Fotopolimerização	- Polywave; - Monowave; - 20 segundos em cada camada; - Final com o dobro do tempo.	- Indicado usar um fotopolimerizador polywave; - Recobrir os dentes com glicerina transparente e fotopolimerizar por 5 segundos no final (inibe a liberação de oxigênio).
18	Verificação dos contatos oclusais	- Occlusense; - Papel carbono.	- Seguir a referência de tamanho estabelecida pelo guia evitará grandes ajustes finais; - Ajustar MIH, protrusão e lateralidade.

19	Acabamento	- Discos de lixa; - Pontas diamantadas: 2135F, 1014F, 4137, 1190F e 3168F; - Multilaminadas: 9704; - Lápis bicolor; - Lâmina de bisturi nº12; - Lixa interproximal; - Fio dental.	- Inicial: avaliar o paciente de frente a relação das bordas incisais com o lábio inferior; - Final: ajustes de forma e brilho 10 dias após o procedimento (a resina estará em grau completo de conversão).
20	Polimento	- Polidores de borracha (disco, taça, lentilha, ponta e espiral); - Escova de carvão de silício; - Disco de feltro; - Pasta para polimento.	Seguir a sequência: polidores de borracha, escova siliconada, feltro.

Acadêmicos responsáveis: Álex R. Lehen e Débora C. de Jesus (T3 ITPAC-Palmas)

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu Daio Dias De Sousa, paciente (ou responsável legal do menor) _____, portador (a) do RG nº 1.233.500, CPF nº 061.352.823-35, residente a 1503 Sul A domo 39 lote 10, na cidade de Palmas, Tocantins, CEP 77006-730.

Declaro que estou sendo atendido (a) na Clínica Escola de Odontologia do ITPAC Palmas, e estou ciente que serei atendido (a) por alunos do Curso de Odontologia do ITPAC Palmas, sendo esses orientados por professores cirurgiões-dentistas.

Da mesma maneira, compreendo que por ser uma Clínica Escola, as consultas e os tratamentos propostos possuem características especiais, que se diferenciam de consultórios particulares, clínicas e unidades de saúde, como:

- o início do atendimento só poderá ocorrer com a autorização do professor responsável;
- os procedimentos diários poderão ser mais demorados;
- o tratamento poderá ser mais longo, necessitando, dependendo do caso, de mais de um semestre;
- duas faltas consecutivas do paciente, nos dias agendados, significará abandono de tratamento e perderei a vaga;
- se eu chegar com mais de 45 minutos de atraso na consulta, poderei não ser atendido.

Também informo que a ficha de anamnese, é respondida por mim, com o aluno (a) me questionando, e que todas as informações correspondem à verdade dos fatos. Especialmente no que diz respeito às minhas condições de saúde geral e bucal, não omitido ou suprimido qualquer dado à doenças pré-existentes e que sejam do meu conhecimento. Tão pouco relativo ao uso de medicamentos controlados ou não. Desta maneira, estou ciente, que a omissão desses fatos poderão interferir negativamente no planejamento e andamento dos tratamentos propostos.

Estou ciente, que após a avaliação clínica e eventuais exames complementares (raio x, exame de sangue, exames patológicos), o (a) aluno (a) me esclarecerá sobre o diagnóstico e o plano de tratamento (com alternativas de planos de tratamento, se houver), e que a minha colaboração, como não faltar, não desmarcar agendamentos e seguir fielmente as recomendações, irão contribuir para a execução do tratamento.

Sou ciente, da mesma maneira, que apesar de não haver cobranças das consultas e nem dos procedimentos odontológicos realizados, as prescrição de medicamentos pelo professor responsável, são da minha inteira responsabilidade em comprar e tomar conforme prescrição e recomendação por escrito (receita odontológica).

Da mesma forma, caso haja necessidade de trabalhos de laboratórios de próteses e/ou aparelhos ortodônticos, estes deverão ser pagos diretamente por mim (paciente) ao laboratório, não havendo intermediação do dinheiro pelo aluno (a) e/ou professor.

Estou ciente e fui esclarecido, que o ITPAC Palmas é um ambiente de pesquisa, e por isso, **poderá** haver a divulgação dos dados do meu prontuário com a finalidade de estudo, não havendo identificação dos meus dados pessoais (nome, endereço, telefone, CPF e RG).

Abaixo manifesto se permito a utilização do meu prontuário para uso em publicações científicas ou com finalidade acadêmica, permitindo a exibição de imagens e exames com finalidade didático-acadêmicas, conforme previsto no Código de Ética Odontológica:

☒ Sim ☐ Não

Este termo de consentimento pode ser revogado (inavaliado), sem qualquer ônus ou prejuízo a minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que formalizado perante a Instituição.

Por ser assim, firmo o presente documento, que poderá, inclusive, ser usado em decisões jurídicas.

Palmas, 10 de Março de 2023.

Daio Dias De Sousa
Paciente/Responsável