

**Valentina Marques Castilho de Araújo**

**Reabilitação estética e funcional do  
sorriso: uma abordagem de mínima  
invasividade**

Brasília  
2019



**Valentina Marques Castilho de Araújo**

**Reabilitação estética e funcional do sorriso: uma abordagem  
de mínima invasividade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Leandro Augusto Hilgert

Brasília

2019



## DEDICATÓRIA

A toda minha família em especial ao meu pai Paulo Araújo.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a minha família, que é meu maior pilar. Obrigada pela força, apoio e essencialmente por acreditarem em mim. Por enfrentar as dificuldades diárias junto comigo e sempre me motivar a seguir.

Agradeço ao meu pai, Dr. Paulo Araújo, que por longo dessa trajetória, além de ser um pai maravilhoso, foi professor, orientador e chefe. Ele é a inspiração de todo meu esforço e com certeza ele foi o diferencial na minha formação.

Agradeço aos amigos que fiz, que juntos conquistamos cada dia da graduação. Aos professores, pelos ensinamentos passados e oportunidades oferecidas e principalmente agradeço àqueles que além de professores tornaram-se amigos.

Agradeço ao ensino especializado Integrato e ao Dr. Claudio Pinho pela oportunidade de fazer um curso que mudou completamente minha cabeça e me fez ter outro olhar dentro da odontologia.

Por último agradeço a Universidade de Brasília pelo curso oferecido e pelas oportunidades que tivemos enquanto estávamos cursando.





## **RESUMO**

DE ARAÚJO, Valentina Marques Castilho. Reabilitação estética e funcional do sorriso: uma abordagem de mínima invasividade. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Este trabalho descreve uma abordagem minimamente invasiva para a reabilitação de um caso de traumatismo dentário envolvendo os dois incisivos centrais superiores. Por meio de um adequado planejamento, procedimento de clareamento dentário não-vital e aplicação de resinas compostas de uso direto foi possível reestabelecer o equilíbrio estético e funcional do paciente. O objetivo do presente artigo é revisar a literatura mais relevante que concerne os tópicos traumatismo dentário, clareamento não-vital e restaurações com resinas compostas e apresentar um relato caso clínico que integra esses conceitos.



## **ABSTRACT**

DE ARAÚJO, Valentina Marques Castilho. Smile aesthetic and functional rehabilitation: a minimal invasive approach. 2019. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.



## SUMÁRIO

Artigo Científico	15
Folha de Título	17
Resumo	18
Abstract	20
Introdução	21
A importância da estética nos tempos atuais	22
A nova era da Odontologia Restauradora	23
O traumatismo dentário	25
Clareamento dental	26
Relato de caso	28
Discussão	45
Considerações finais	49
Referências	49
Anexos	53
Normas da Revista	53



## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

de Araújo, VMC; Hilgert, LA. Reabilitação estética e funcional do sorriso: uma abordagem de mínima invasividade.

Apresentado sob as normas de publicação da **Revista Clínica**.





## FOLHA DE TÍTULO

**Reabilitação estética e funcional do sorriso: uma abordagem de mínima invasividade.**

***Smile aesthetic and functional rehabilitation: a minimal invasive approach***

Valentina Marques Castilho de Araújo<sup>1</sup>

Leandro Augusto Hilgert<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Professor Associado de Dentística da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. Leandro Augusto Hilgert  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

## RESUMO

### **Reabilitação estética integrada com resina composta: uma abordagem de mínima invasividade**

#### **Resumo**

Este trabalho descreve uma abordagem minimamente invasiva para a reabilitação de um caso de traumatismo dentário envolvendo os dois incisivos centrais superiores. Por meio de um adequado planejamento, procedimento de clareamento dentário não-vital e aplicação de resinas compostas de uso direto foi possível reestabelecer o equilíbrio estético e funcional do paciente. O objetivo do presente artigo é revisar a literatura mais relevante que concerne os tópicos traumatismo dentário, clareamento não-vital e restaurações com resinas compostas e apresentar um relato caso clínico que integra esses conceitos.

#### **Palavras-chave**

Clareamento dental; Estética dentária; Resinas compostas; Traumatismos dentários.

#### **Relevância Clínica**

A associação de clareamento dentário e resinas compostas de uso direto é uma opção de tratamento para alguns casos de

traumatismo dental que possibilita bom resultado funcional e estético com mínima invasividade.

## ABSTRACT

*Smile aesthetic and functional rehabilitation: a minimal invasive approach*

### **Abstract**

This paper describes a minimally invasive approach to the rehabilitation of a case of dental trauma involving the two upper central incisors. Through proper planning, non-vital tooth whitening procedure and application of composite resins for direct use it was possible to reestablish the aesthetic and functional balance of the patient. The aim of this article is to review the most relevant literature on the topics of dental trauma, non-vital whitening and composite resin restorations and to present a case report that integrates these concepts.

### **Keywords**

Tooth Bleaching; Esthetics, Dental; Composite Resins; Tooth Injuries.

## INTRODUÇÃO

O conhecimento e domínio dos princípios estéticos faciais, gengivais e dentários tornaram-se imprescindíveis e básicos na prática da Odontologia contemporânea. A evolução dos materiais disponíveis e aprimoramento das técnicas operatórias tem proporcionado resultados altamente favoráveis na busca da melhoria da autoimagem e da harmonia do conjunto<sup>1</sup>.

Temos como um dos grandes problemas de saúde pública o traumatismo dentário isso devido a alta prevalência e ao impacto que causa na vida de quem sofre. Podendo originar-se de problemas sociais, psicológicos, comportamentais, funcionais, estéticos e até financeiros. Sendo crianças e adolescentes os mais afetados<sup>2</sup>.

Os dentes anteriores superiores são mais propensos ao trauma e as fraturas mais comuns são as que envolvem apenas esmalte e esmalte-dentina sem exposição pulpar<sup>2</sup>. A abordagem menos invasiva para a reabilitação de dentes traumatizados, seria a colagem do fragmento fraturado. Quando essa técnica não é possível, restaurações diretas em resina composta ou restaurações indiretas cerâmicas tornam-se uma opção<sup>3</sup>. A escolha entre restauração indireta e direta está baseada nos quesitos: tamanho da estrutura dental remanescente, idade do paciente, quantidade de necessidade de desgaste dental e aspectos financeiros<sup>4</sup>.

Optando-se por restaurações diretas, hoje tem-se o conhecimento que a evolução das resinas compostas e dos sistemas adesivos tem proporcionado maior longevidade e

previsibilidade das restaurações<sup>5</sup>. Assim, o aprimoramento e o maior entendimento dos cirurgiões dentistas quanto às características ópticas dos dentes naturais e também dos materiais resinosos, tem permitido a obtenção de resultados estéticos favoráveis.

Porém, ainda hoje, a reabilitação estético-funcional dos dentes anteriores com resinas compostas é um grande desafio para o cirurgião-dentista. É importante ressaltar que além da necessidade de técnica apurada e de bons materiais, o procedimento a ser realizado irá interferir diretamente na autoestima do paciente<sup>1</sup>. O estabelecimento de um plano de tratamento adequado e uma correta execução dos tratamentos reabilitadores são a chave para um trabalho de sucesso na qual visa-se melhorar a qualidade de vida e a satisfação do paciente.

O foco desse relato de caso é o detalhamento do planejamento, do clareamento em dentes não vitais e das restaurações minimamente invasivas em resina composta orientadas por um enceramento diagnóstico prévio.

## **A IMPORTÂNCIA DA ESTÉTICA NOS TEMPOS ATUAIS**

Nos dias de hoje, vemos cada vez mais a influência do bem-estar no aumento da autoestima e na qualidade de vida das pessoas. O sorriso é capaz de elevar a autoestima, transmitindo confiança e personalidade<sup>6</sup>.

A procura pela estética mostra-se bem presente nos modernos meios de comunicação. Isso proporcionou uma procura constante e significativa por tratamentos que antes não eram tão

solicitados na odontologia<sup>7</sup>. “Um sorriso expressivo é uma forma altamente saliente de comunicação não verbal e possuir um sorriso que deixa uma impressão agradável é naturalmente bastante desejável”<sup>8</sup>.

Segundo Kina et al, ao longo de toda a história da humanidade a beleza tem se mostrado uma das principais preocupações e centros de discussões filosóficas<sup>9</sup>.

## **A NOVA ERA DA ODONTOLOGIA RESTAURADORA**

O avanço dos sistemas adesivos e a melhoria dos materiais restauradores, associados a técnicas cada vez menos invasivas, nas quais a conservação de estrutura dental sadia é de primeira importância, permite a obtenção de resultados satisfatórios com longevidade, tanto no quesito da estética quanto no quesito funcional<sup>1,5,7,9</sup>.

A odontologia minimamente invasiva possui a capacidade de desacelerar um processo, que infelizmente é muito comum, chamado de espiral da morte do dente. Um ciclo restaurador repetitivo, que centra na substituição e realizações de restaurações e procedimentos odontológicos que se tornam cada vez mais invasivos<sup>10</sup>.

Assim, para conseguir traçar uma linha para um tratamento de sucesso, deve-se, em primeiro lugar, obter uma boa anamnese, sabendo ouvir a queixa dos pacientes e avaliar as suas perspectivas para adequar o que o cirurgião dentista consegue oferecer ao que o paciente procura. Somente após essa análise subjetiva, devemos, com o conhecimento técnico-científico e com

amplo domínio dos princípios estéticos orofaciais, propor alternativas de tratamento com previsibilidade. O sucesso está diretamente relacionado a um correto e eficaz planejamento.

O planejamento reverso das reabilitações estéticas por meio de planejamento virtual, enceramento diagnóstico e ensaios restauradores são ferramentas que auxiliam na execução dos procedimentos restauradores. Estas técnicas possibilitam a previsibilidade do tratamento, tanto para o paciente quanto para o cirurgião-dentista, permitindo também que o profissional trabalhe com mais segurança, minimizando os riscos de erros<sup>11</sup>. No caso das restaurações diretas, o mock-up proporciona a projeção do resultado final permitindo que o paciente adeque suas expectativas ao tratamento proposto<sup>12</sup>.

Na parte reabilitadora, as restaurações diretas em resina composta têm se destacado devido as vantagens estéticas, maior preservação de estrutura dental sadia, adesão favorável e capacidade de mimetização da estrutura dentária. Além disso, quando comparada aos procedimentos indiretos, as restaurações em resina composta apresentam ainda como vantagens a não necessidade de restaurações provisórias, menor tempo clínico, ausências de etapas laboratoriais e menor custo<sup>4</sup>.

As resinas compostas são materiais restauradores constituídos por quatro principais componentes: matriz orgânica, partículas de carga de natureza inorgânica, agentes de união e um sistema iniciador e acelerador de polimerização. Sua composição tem evoluído significativamente desde que os primeiros materiais foram introduzidos na odontologia há mais de 50 anos<sup>13-14</sup>.



Devido a sua capacidade de mimetizar as características ópticas e mecânicas de um dente hígido, em virtude dos diversos tipos de cores, efeitos e características microestruturais, as resinas são usadas em diversos tipos de tratamentos como em casos de lesões de cárie, selantes de fissuras, inlays, onlays, coroas, restaurações provisórias e restaurações de dentes fraturados devido ou não a trauma na cavidade oral<sup>13</sup>.

O sistema adesivo também obteve avanços ao longo do tempo. Sua evolução trouxe uma nova classificação e novas técnicas operatórias, sendo classificados em adesivos etch-and-rinse e self-etch. A técnica etch-and-rinse consiste em 3 passos (ataque ácido, primer e adesivo) ou 2 passos (adesivo e primer num só frasco e ataque ácido) já a técnica self-etch consiste em 2 passos (primer acidificado e adesivo) ou 1 passo (ácido, primer e adesivo num só frasco). A diferença entre essas duas técnicas baseia-se na incorporação ou não da lama dentinária que é estabelecida pelo uso do ácido fosfórico. Esse ácido possui a capacidade de desmineralizar a dentina, retirando a lama dentinária e expondo as fibras de colágeno. Ao se comparar as técnicas, os adesivos universais (self-etch) são mais fáceis de usar, seu procedimento de aplicação é mais rápido e é menos suscetível as diferenças técnicas do operador<sup>15</sup>.

## **O TRAUMATISMO DENTÁRIO**

A cavidade oral abrange 1% da área total do corpo. Apesar da pequena área, as lesões orais representam 5% de todas as

lesões corporais em todas as idades. Sendo o traumatismo dental uma das maiores emergências odontológicas<sup>2,16</sup>.

Pesquisas epidemiológicas apontam que dentre os dentes que sofrem trauma, os incisivos centrais superiores são os mais acometidos, tanto na dentição primária quanto na dentição permanente, chegando a 66,7% do total. O traumatismo decorre, usualmente, de um acidente, prática desportiva ou violência e pode ser classificado desde uma simples fatura no esmalte até a perda total do elemento dentário<sup>16</sup>.

A fratura de dentes permanentes pode ser uma experiência trágica ocasionando, dependendo da gravidade do trauma, desconforto psicológico, dor, perda de função e uma perda estética. Várias são as sequelas que ocorrem posteriormente ao trauma, sendo elas imediatas como luxações, avulsões, concussões e fraturas coronárias ou mediatas como necrose pulpar, anquilose e reabsorção radicular<sup>16,17</sup>.

Assim sendo, é de suma importância realizar um exame imediato e um acompanhamento periódico dos dentes após o traumatismo. A necrose pulpar, a hemorragia intrapulpar, remanescentes de tecido pulpar endodôntico e materiais endodônticos podem ser destacados como motivos locais da descoloração dos dentes não vitais do tipo intrínseco<sup>18</sup>. Esse escurecimento leva a procura de tratamentos que devolvam a cor natural dos dentes para o reestabelecimento da harmonia do sorriso.

## **CLAREAMENTO DENTÁRIO**

Há diversos tratamentos indicados para dentes escurecidos quando esses são desvitalizados e vão dos mais conservadores, como o clareamento dental, aos procedimentos restauradores mais complexos, como coroas. Os tratamentos restauradores além de terem um custo mais alto, exigem um desgaste grande de estrutura dental sadia para se obter um espaço eficaz para o material restaurador. Já as técnicas de clareamento interno, são conservadoras pois consistem apenas na remoção do material obturador que ocupa o acesso endodôntico e a câmara pulpar<sup>18</sup>.

Nos dias de hoje, temos diversas técnicas para o clareamento de dente não-vital, dentre elas destacam-se o walking bleach e o inside-outside. Todos utilizam como princípio ativo o peróxido de hidrogênio que, pelo seu baixo peso molecular, por um processo de difusão, consegue penetrar na estrutura dental e oxidar os cromóforos, moléculas orgânicas responsáveis pelo cora, que uma vez oxidadas reduzem o aspecto clínico do escurecimento dental<sup>18-19</sup>.

O protocolo do clareamento de dentes não vitais pela técnica inside-outside consiste num selamento cervical a nível do limite amelo-cementário, entre a guta-percha e o espaço da câmara pulpar, e a utilização de um gel clareador. Esse gel é aplicado no interior da câmara pulpar acompanhado com uma moldeira plástica modificada e sendo replicado pelo próprio paciente, em casa<sup>20</sup>. Após o clareamento interno, é feito o clareamento externo com o auxílio de novas moldeiras plásticas nos dentes vitalizados.

Além da segurança e da efetividade, o custo benefício dessa técnica também ganha visibilidade. Uma vez que a troca do material clareador é feita pelo próprio paciente, não necessitando assim de várias sessões clínicas, seu custo cai consideravelmente quando comparado as outras técnicas como a do walking bleach<sup>18</sup>.

## **RELATO DE CASO**

O paciente VO, 24 anos de idade, sexo masculino, compareceu ao consultório odontológico com queixa dos incisivos centrais superiores fraturados que comprometiam a sua estética. Paciente relatou ter sofrido uma queda quando criança que ocasionou a fratura incisal dos dois incisivos centrais superiores. Durante o exame clínico foi observado além da fratura, o escurecimento do elemento 11, devido ao trauma e ao tratamento endodôntico posteriormente feito. O paciente relatou ter realizado a restauração desses elementos diversas vezes após a queda, porém a fratura era recorrente. Ainda no exame clínico, foi observado sua oclusão e diagnosticado o apertamento e protrusão mandibular. Notou-se hábitos de higiene oral satisfatórios e saúde periodontal.

Na anamnese foram realizadas radiografias periapicais para análise da condição endodôntica do elemento 11 e da condição óssea e estrutural dos dentes em geral assim como uma tomada fotográfica para análise do sorriso e dinâmica labial (Fig. 1,2,3 e 4). Considerando os exames realizados e as informações coletadas, foi feita uma análise criteriosa e estabelecido o plano

de tratamento: clareamento inside-outside e restaurações minimamente invasivas de resina composta.



Figura 1: Análise lábios selados.



Figura 2: Análise lábio em repouso.



Figura 3: Aspecto inicial do sorriso.



Figura 4: Visão intraoral inicial.

A segunda consulta foi destinada a adequação da saúde bucal, instrução de higiene oral e moldagem. Uma profilaxia com ultra-som (Jet-Sonic Plus, Gnatus, Brasil) foi realizada assim como a escovação com pasta profilática (Herjos, Coltene, Suíça) e moldagem com alginato Hydrogum 5 (Zhermack, Itália), para confecção do modelo de estudo e montagem no articulador semi-

ajustavel para um enceramento diagnóstico, no qual determinamos as formas e proporções adequadas para a obtenção de harmonia do sorriso (Fig. 5).



Figura 5: Modelo em articulador.

A terceira consulta foi destinada ao mock-up, com o intuito de simular para o paciente o que foi proposto (Fig. 6). O enceramento foi copiado com o material Platinum 85 (Zhermack, Itália) para a confecção da muralha de silicone, e o mock-up, realizado com a resina bisacrílica Structur 2 (Voco, Alemanha). Com a simulação aprovada, o próximo passo foi o clareamento. Optando-se pelo clareamento caseiro de peróxido de carbamida a 10% com a técnica inside-outside.



Figura 6: Mock-up em boca.

Na consulta de clareamento, quarta consulta, a restauração palatina do elemento 11 foi removida até a exposição da obturação endodôntica. Com a ajuda de uma sonda periodontal, foi medido a distância do limite amelo-cementário a borda incisal e somado 3mm servindo assim de referência para a desobturação do canal radicular (Fig. 7). Após a desobturação, com broca Gates Glidden, obtendo a distância necessária, o selamento cervical foi realizado afim de evitar a contaminação bacteriana, de moléculas do agente clareador no espaço endodôntico e a reabsorção radicular cervical externa. Esse selamento deve-se estender aproximadamente dois milímetros dos três milímetros desobturados além do limite amelo-cementário atentando-se nas faces proximais que necessitam também de selamento devido aos túbulos dentinários ali presentes. O material



de escolha foi o adesivo Single Bond Universal (3M, EUA) e a resina fluída Surefil SDR Flow (Dentisply Sironia, Alemanha).

Sobre o modelo de estudo, é confeccionado a moldeira plástica. Na vestibular dos dentes adjacentes ao elemento escurecido, que será realizado o clareamento interno, é feito um recorte na moldeira para evitar que o paciente erre a inserção do material quando for trocar o gel clareador em casa (Fig. 8).



Figura 7: Medição do limite amelo-cementário até a borda incisal somando três milímetros.

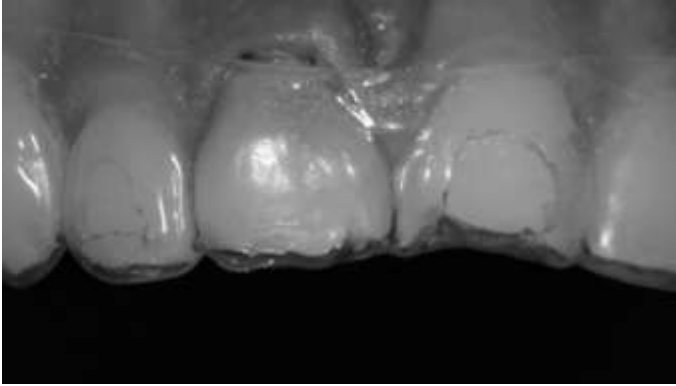


Figura 8: Recorte da moldeira

O paciente foi instruído a usar a moldeira com clareador durante o dia todo, retirando apenas para alimentação, pelo período necessário para o clareamento do elemento, em torno de 4 dias. No momento em que fosse se alimentar, retiraria a moldeira, realizaria uma limpeza da câmara pulpar com uma seringa de 20ml e colocaria um algodão com o auxílio de uma pinça. Após a alimentação, limparia novamente e aplicaria o gel clareador. Ao percorrer esse período retornou-se ao consultório para o selamento provisório da palatina do elemento 11 e pegou as novas moldeiras para o início do clareamento caseiro dos dentes vitais. Nessa nova etapa, o paciente utilizou as moldeiras por no mínimo de 2 a 4 horas por dia e aplicou uma bolinha do gel clareador na incisal de cada dente. O paciente realizou esse protocolo até a finalização das seringas do agente clareador, média de 30 dias (Fig. 9 e 10).



Figura 9: Dentes antes do clareamento.



Figura 10: Dentes após o clareamento.

Após 15 dias do clareamento concluído (tempo necessário para estabilização da cor e reidratação dentária), a sexta consulta foi marcada para a confecção das resinas. Iniciando o procedimento, foi feito a seleção da cor com pequenas esferas de resinas polimerizadas no dente hidratado. A partir do enceramento

confeccionou-se uma matriz de silicone para orientar a inserção dos incrementos de resina composta (técnica incremental policromática) e assim obter, com previsibilidade, o posicionamento dos bordos incisais durante o processo restaurador. Para facilitar o acesso à região cervical do dente e para obter uma forma de trabalho mais segura, isolou-se o campo com dique de borracha utilizando-se a técnica modificada.

Tendo em consenso uma odontologia minimamente invasiva, foi-se preparado com ponta diamantada (2135 ff KG Sorensen, Brasil), apenas para a regularização das bordas, o elemento 21. O elemento 11 teve também sua incisal regularizada assim como a entrada para a câmara pulpar e uma asperização da face vestibular (Fig. 11). Foi realizada profilaxia dos dentes com pedra pomes, utilizado pela sua característica de ser um pó extrafino de baixa densidade que promove uma mínima abrasividade e a limpeza do esmalte dentário.



Figura 11: Dentes preparados e isolados.

Antes da inserção das resinas, fez-se a prova da guia de silicone. A partir daí, realizou o condicionamento ácido seletivo de esmalte, com ácido fosfórico a 37% Condac 37 (FGM, Brasil), lavagem com água por 15 segundos, aplicação do sistema adesivo Single Bond Universal (3M, EUA), secagem com jato de ar e polimerização (Fig. 12 e 13). Previamente à inserção dos incrementos de resina, obturou a câmara pulpar do dente 11 com uma resina nanoparticulada branca e opaca Filtek Z350 XT WD (3M, EUA). Para a confecção do esmalte palatino foi utilizado como primeira camada a mesma resina nanoparticulada (Filtek Z350 XT, 3M, EUA) mas na cor A1E. Aplicada em uma camada delgada, ocupando toda a extensão palatina do guia de silicone, permitindo que haja espaço para as próximas aplicações de resina, para a reprodução da dentina artificial, do halo opalescente e do esmalte artificial (Fig. 14). Segurando a matriz em posição, o primeiro incremento foi polimerizado e, em um segundo momento, a matriz foi retirada para a verificação de excesso e complementação da polimerização por palatina.



Figura 12: Aplicação do ácido fosfórico.



Figura 13: Aplicação do adesivo.



Figura 14: Inserção de uma camada delgada de resina na guia de silicone.

Com o bordo incisal corretamente posicionado tridimensionalmente e o comprimento e largura do dente pré-determinado, iniciou-se a aplicação incremental das resinas da dentina. Utilizando a resina IPS Empress Direct Dentin B2 (Ivoclar Vivadent, Liechtenstein), realizou-se o incremento da dentina aplicada levemente sobre a borda regularizada do dente, unindo a margem incisal a barreira palatina, já preparando os mamelos afim de mimetizar as características físicas e óticas dos dentes naturais (Fig.15). Entre o corpo de dentina e o halo esbranquiçado criado pelo esmalte palatino na incisal, aplicou-se uma resina azulada com características opalescentes (Fig.16), a Filtek Z350 XT BT (3M, EUA). Para adquirir ainda mais naturalidade, observando os dentes adjacentes, utilizou-se o pigmento MIRIS2 effect shade white WO e W (Coltene, Suíça) para realçar os mamelos e criar pequenas manchas e estrias brancas nas proximais.



Figura 15: Vista lateral após o incremento da dentina.



Figura 16: Incremento da resina opalescente incisal.

Para o dente 11, que possuía uma macha escurecida na cervical, utilizou-se primeiramente uma camada do efeito MIRIS2 effect shade white W (Coltene, Suíça) acompanhada por uma camada de efeito MIRIS2 effect shade White WO (Coltene, Suíça). Após polimerizada, uma camada da mistura opaque pink e opaque A1-B1-LO (ambos Creative Color, Cosmedent, EUA) foi aplicada



conseguindo assim aumentar o valor do terço cervical deixando a cervical dos dois incisivos centrais semelhantes.

No presente caso, utilizou-se para a reconstrução dos esmaltes proximais a resina Filtek Z350 XT B1E (3M, EUA), que pela técnica da matriz tracionada com tiras de poliéster obteve um bom contorno e volume, do terço cervical ao incisal, resultando em arestas definidas. Para a parte cervical foi usada a mesma resina nanoparticulada, porém na cor A1E e para o terço médio tornou-se a usar a cor B1E. Como última camada no terço incisal, uma área de maior opalescência, aplicou-se uma resina de efeito, nanohíbrida, de característica mais opaca que um esmalte convencional, porém não tão translúcida, nomeada IPS Empress Direct Trans 20 (Ivoclar Vivadent, Liechtenstein) (Fig. 17).



Figura 17: Incremento da última resina de esmalte incisal.

Com a reconstituição dos centrais concluída, foi realizado somente anatomia primária sem o foco no acabamento e polimento, que foi feito numa sessão posterior, após os dentes

reidrataram para análise da cor e o paciente se acostumar com o novo sorriso. De imediato, então, procurou-se remover os excessos com laminas de bisturi, discos Sof-lex Pop-On (3M, EUA) e lixas abrasivas Epitex (GC, Japão) (Fig. 18).

Dando sequência na sétima sessão, após a análise de cor, procedeu-se ao acabamento e polimento final. Neste momento, é criada a anatomia secundária. Com o suporte de um paquímetro, dividiu-se o dente nos terços cervical, médio, incisal, mesial, médio e distal, para obter os corretos planos, além da delimitação certa das arestas e realizou-se o acabamento com os discos Sof-lex Pop-On (3M, EUA) (Fig. 19). Com o intuito de mimetizar fielmente nas resinas as características da anatomia terciária de um dente natural, foi utilizado pó de ouro (Hot Spot Design, Brasil) para facilitar a observação da textura e uma pedra montada Perlada (Hot Spot Design, Brasil) (Fig. 20 e 21).



Figura 18: Remoção dos excessos discos Sof-lex, para anatomia primária.



Figura 19: Desenho dos terços com auxílio de um paquímetro.



Figura 20: Pigmentação com pó de ouro.



Figura 21: Utilização da perlada para caracterização terciária.

O polimento foi iniciado com o conjunto da pasta diamantada Diamond Excel (Fgm, Brasil) com as taças de borrachas (Flexicups Cosmedent, EUA) nas cores azul e rosa, sequencialmente, com o intuito de eliminar as irregularidades excessivas geradas pela texturização. Em sequência, usou-se as espirais de borracha (Trihawk, Canadá) nas cores azul e bege para obtenção do brilho final. Após lavagem da pasta e restos de borracha, fez-se a escovação com carbeto de silício Jiffy Brush (Utradent, EUA). O resultado final foi a reconstituição e integração do sorriso com naturalidade (Fig. 22 e 23).



Figura 22: Visão intraoral do resultado final.



Figura 23: Sorriso final.

## **DISCUSSÃO**

O presente trabalho relata os resultados favoráveis obtidos no tratamento odontológico, no qual o paciente apresentou resposta favorável e o que resultou no suprimento da sua queixa

inicial, obedecendo todas as etapas clínicas entre anamnese, exames clínicos, diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento.

O traumatismo dento-alveolar corresponde a um conjunto de impactos que afeta os dentes e suas estruturas de suporte. Pacientes de todas as idades estão sujeitos a esse tipo de contusão, entretanto crianças e adolescentes são os mais frequentemente acometidos<sup>2,3,14</sup>. Isto pode ser justificado, além do fator idade, por outras razões predisponentes características da faixa etária que são: a maloclusão (quando existe um “overjet” acentuado caracterizando maior susceptibilidade) e a deficiência do selamento labial (quando as relações intermaxilares não permitem um selamento labial passivo)<sup>16</sup>.

O traumatismo quando acomete os incisivos centrais, principalmente os superiores, torna-se um fator antiestético prejudicial do ponto de vista social, pois tende comprometer a estética do sorriso substancialmente em função de sua extensão. Na sociedade moderna, um sorriso atraente tem sido o foco da atenção. Na qual, cada vez mais, pacientes anseiam por uma aparência jovial e natural. A vontade de ser mais desejado aos olhos do próximo e possuir uma aparência que se enquadra no belo são duas das razões pelos quais os pacientes procuram os consultórios odontológicos<sup>7</sup>.

O aumento da demanda e exigência estética fizeram com que houvesse um investimento na pesquisa e evolução dos materiais odontológicos para conseguir atender os novos padrões, cada vez mais definidos pelos pacientes. Além de restaurar dentes para restabelecer sua função mastigatória, tal evolução levou os

cirurgiões-dentistas a se aprimorarem nas novas técnicas e procedimentos para alcançarem a expectativa do paciente.

Nesse sentido, um dente anterior com histórico de trauma e fratura pode marcar negativamente a aparência de um sorriso podendo levar quem sofre a procura de procedimentos que restabeleçam seu estado natural.

Muitos métodos foram desenvolvidos para reabilitação de fraturas traumáticas. Sendo a colagem do fragmento dental o método mais conservador, essa deve ser a primeira opção a ser avaliada para tratamento em caso de fratura<sup>4</sup>. Porém, na maioria dos casos, os pacientes não conseguem achar e conservar adequadamente o fragmento do dente traumatizado. Nesse caso, a confecção de facetas diretas em resina composta torna-se o procedimento de escolha.

O uso das resinas compostas constitui um grande campo da odontologia. Entre suas indicações estão casos de microdontias, fechamento de diastema, dentes escurecidos com necessidade de alteração cromática, perdas estruturais por desgaste fisiológico ou patológico, perda estruturais por cárie, casos de inlays e também sua indicação favorável em situações de fratura de elemento dental.

A evolução das resinas, tanto no seu aspecto micro e macroestrutural, em conjunto com os sistemas adesivos, fornecem ao dentista um grande conforto para trabalhar e com uso de princípios conservadores, proporcionam uma odontologia minimamente invasiva e de longevidade.

Faz-se assim a necessidade de expor e explicar ao paciente os diversos tipos de tratamento existentes, indicando o mais apropriado para determinado caso e em consenso escolher o procedimento a ser realizado. Cabe ao cirurgião-dentista saber diagnosticar e fazer o correto planejamento do caso clínico tendo noções básicas dos princípios funcionais de cada procedimento.

Com o planejamento reverso, descrito no caso clínico, o dentista obtém auxílio na execução dos procedimentos restauradores estéticos, conseguindo trabalhar minimizando os riscos de erros e simular para o paciente o que está sendo proposto, evitando que haja uma surpresa desagradável no fim do tratamento.

Ao se tratar de clareamento dental, existem no mercado diversos tipos e concentrações além das diversas técnicas desenvolvidas. A técnica escolhida, inside-outside, ganha visibilidade pela efetividade, baixo custo e segurança<sup>18</sup>. A segurança deve-se a utilização de uma baixa concentração de peróxido de carbamida, o baixo custo pela renovação do agente clareador ser realizada pelo paciente sem necessidade de sessões clínicas, a efetividade pelos bons prognósticos já relatados. O peróxido de carbamida, pelo fato da sua composição possuir ureia, libera o peróxido de hidrogênio ativo mais devagar durante um tempo maior o que confere uma melhor oxidação da matriz orgânica da dentina<sup>21</sup>.

Uma desvantagem dessa técnica é a dependência na colaboração do paciente que faz o protocolo em casa sem apoio do dentista, necessitando de tal forma motivação e boa instrução.



A segunda desvantagem encontra-se no risco de contaminação do tratamento endodôntico. O dentista deve obedecer com atenção nos mínimos detalhes o protocolo clareador, utilizando de bons materiais vedadores para obter um bom selamento cervical uma vez que a câmara pulpar permanece aberta ao meio oral.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise da união do clareamento de dente não-vital com restaurações de resinas compostas como tratamento de traumatismo dentário.

Pode-se afirmar que as fraturas de dentes anteriores prejudicam diversos aspectos da qualidade de vida do paciente afetado e a técnica do clareamento de dente não-vital agregada a técnica restauradora direta em resina composta, principalmente acompanhada com um enceramento diagnóstico prévio, é uma opção de reabilitação viável visando longevidade, qualidade e previsibilidade de sucesso estético e funcional.

## **REFERÊNCIAS**

1. Costa CP, Gratone JM, Ferreira PM, Ribeiro TC. Odontologia estética integrada – a busca do equilíbrio. R Dent Press Estét. 2005 Out-Dez;2(4):58-74.

2. Zaleckiene V, Peciuliene V, Brukiene V, Drukteinis S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. *Stomatologija*. 2014;16(1):7-14.
3. J Andreasen, FM Andreasen, L Andreasen. Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. 5a ed. Wiley-Blackwell; 2018.
4. Machado A, Reinke AC, Moura GF, Zeola L, Costa M, Reis B, et al. Aesthetic and functional rehabilitation with direct veneers after dento-alveolar trauma. *Rev Odontol Bras Central*. 2016; 25(74):154-161.
5. Collares K, Opdam NJM, Laske M, Bronkhorst EM, Demarco FF, Correa MB et al. Longevity of Anterior Composite Restorations in a General Dental Practice-Based Network. *Jour Dent Res*. 2014 Oct; 93(10): 943-949.
6. Santos BC, Dantas L, Silva S, Lima LH, Agra DM, Fernandes D. Odontologia estética e qualidade de vida: revisão integrativa. *Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde*. Maceio. 2016 Nov; 3 (3): 91-100.
7. Blatz MB, Chiche G, Bahat O, Roblee R, Coachman C, Heymann HO. Evolution of Aesthetic Dentistry. *Jour Dent Res*. 2019 Oct; 98(12): 1294-1304.
8. Fradeani M. Evaluation of Dentolabial Parameters As Part of a Comprehensive Esthetic Analysis. *Eur Jour Est Dent*. 2006; 1(1): 62-69.
9. Kina S. Invisível: restaurações estéticas cerâmicas. 2a ed. Maringá: Dental Press. 2008; pg 25-39.

10. Innes NPT, Chu CH, Fontana M, Lo ECM, Thomson WM, Uribe S, et al. A Century of Change towards Prevention and Minimal Intervention in Cariology. *Jour Dent Res.* 2019 Jun; 98 (6): 611–617.
11. Harel S, Magne P. Clinically Based Diagnostic Wax-up for Optimal Esthetics: The Diagnostic Mock-up. *CDA Jour.* 2008 Maio; 36(5): 355-362.
12. Reis G, Oliveira L, Vilela AL, Menezes M. Mock-up: predictability and facilitator of restorations aesthetic in composite resin. *Robrac.* 2018; 81(27): 105-111.
13. Ferracane JL. Resin composite - state of the art. *Dent Mater.* 2011 Jan; 27(1).
14. Bayne SC, Ferracane JL, Marshall GW, Marshall SJ, van Noort R. The Evolution of Dental Materials over the Past Century: Silver and Gold to Tooth Color and Beyond. *J Dent Res.* 2019 Mar; 98(3): 257-265.
15. Rosa W, Piva E, Silva AF. Bond strength of universal adhesives: A systematic review and meta-analysis. *Jour Dent.* 2015; 43(7): 765–776.
16. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis—One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol.* 2018 Fev; 34 (2): 71-86.
17. Morello J. After-effects following traumatic dental injury with endodontic involvement. *Rev bras pesq saúde.* 2011; (13):68-73.

18. Hilgert L, Néis AC, Patrício AD, Maia HP, Andrada M, Edelhof D. Clareamento de Dente Não-vital com a Técnica Inside-outside. *Clínica - Inter Jour Braz Dent.* 2008 Abr-Jun; 4 (2): 144-152.
19. Francci C, Marson F, Briso A, Gomes M. Clareamento Dental - Técnicas e Conceitos Atuais. *Rev assoc paul cir dente.* 2010;(1):78-89.
20. Leith R, Moore A, O'connell A. An effective bleaching technique for non-vital, discoloured teeth in children and adolescents. *Jour irish dent ass.* 2009; 55 (4): 184 – 189.
21. Luque-Martinez I, Reis A, Schroeder M, Muñoz MA, Loguercio AD, Masterson D. Comparison of efficacy of tray-delivered carbamide and hydrogen peroxide for at-home bleaching: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations.* 2016; 20(7): 1419–1433.

**ANEXOS****NORMAS DA REVISTA**

1) Os manuscritos enviados para publicação deverão ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea a outros periódicos. Caso não sejam seguidas as normas da revista, o manuscrito será devolvido para as devidas adaptações. A revista Clínica reserva-se todos os direitos autorais do trabalho publicado, inclusive de versão e tradução, permitindo-se a sua posterior reprodução como transcrição, com a devida citação da fonte.

2) A revista Clínica reserva-se o direito de submeter todos os manuscritos à avaliação da Comissão Editorial, que decidirá pela aceitação ou não deles. No caso de aceitação, esta poderá estar sujeita às modificações solicitadas pelo Corpo Editorial.

3) Manuscritos não aceitos para publicação serão devolvidos com a devida notificação e, quando solicitada, com a justificativa. Os manuscritos aceitos não serão devolvidos.

4) Os prazos fixados para a eventual modificação do manuscrito serão informados e deverão ser rigorosamente respeitados. Sua não-observação acarretará no cancelamento da publicação do manuscrito.

5) Os conceitos emitidos nos artigos publicados bem como a exatidão das citações bibliográficas serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo necessariamente a opinião do Corpo Editorial.

6) Os manuscritos deverão estar organizados sem numeração progressiva dos títulos e subtítulos, que devem se diferenciar pelo tamanho da fonte utilizada.

7) As datas de recebimento e de aceitação do manuscrito constarão no final deste, no momento da sua publicação.

8) A revista Clínica receberá para publicação manuscritos redigidos em português, inglês ou espanhol, entretanto, os artigos em língua estrangeira serão publicados em português.

9) No processo de avaliação dos manuscritos, os nomes dos autores permanecerão em sigilo para os avaliadores, e os nomes destes permanecerão em sigilo para aqueles. Os manuscritos serão avaliados por pares (duas pessoas) entre os consultores do Corpo Editorial.

10) Recomenda-se aos autores que mantenham em seus arquivos cópia integral dos originais, para o caso de extravio deles.

11) Manuscritos que envolvam pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, ou com o constante na Declaração de Helsinki (1975 e revisada em 1983), devendo ter o consentimento por escrito do paciente e a aprovação da Comissão de Ética da Unidade (Instituição) em que o trabalho foi realizado. Quando for material ilustrativo, o paciente não deverá ser identificado, inclusive não devendo aparecer nomes ou iniciais. Para experimentos com animais, deverão ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre uso e cuidados dos animais de laboratório.

12) Manuscritos deverão estar acompanhados das Declarações de Responsabilidade e de Transferência de Direitos Autorais, assinadas pelos autores.

13) A revista Clínica compromete-se a enviar ao endereço de correspondência do autor, a título de doação, um exemplar da edição em que seu trabalho foi publicado. Separatas e artigos em PDF são oferecidos a preço de mercado. Para mais informações, consulte [www.revistaclinica.com.br](http://www.revistaclinica.com.br).

#### CLASSIFICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos podem ser submetidos em três formatos

: a) Artigos de investigação científica: título em português e inglês (máximo de 12 palavras), nomes, titulação e filiação institucional dos autores, endereço completo do autor principal (apenas na folha de rosto), resumo (máximo de 10 linhas), palavras-chave, significância clínica (máximo de 10 linhas), introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusões, abstract (máximo de 10 linhas), keywords, referências, desenho esquemático do experimento, tabelas, gráficos, agradecimentos e legenda das figuras (caso houver);

b) Relato de casos clínicos e de técnicas: título em português e inglês (máximo de 12 palavras), nomes, titulação e filiação institucional dos autores, endereço completo do autor principal (apenas na folha de rosto), resumo (máximo de 10 linhas), palavras-chave, introdução, revisão da literatura, relato do caso, discussão, conclusões ou considerações finais, abstract (máximo de 10 linhas), keywords, referências, agradecimentos e legenda das figuras;

c) Revisão da literatura: título em português e inglês (máximo de 12 palavras), nomes, titulação e filiação institucional dos autores, endereço completo do autor principal (apenas na folha de rosto), resumo (máximo de 10 linhas), palavras-chave, significância clínica (máximo de 10 linhas), introdução, revisão da literatura, discussão, conclusão, abstract (máximo de 10 linhas), keywords, referências, agradecimentos e legenda das figuras (caso houver).

#### REFERÊNCIAS

As referências (estilo de Vancouver) deverão ser numeradas consecutivamente, na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, excluindo-se, conseqüentemente, o nome do autor no texto. Todos os autores citados no texto, nas tabelas e nas figuras deverão constar nas referências, conforme a numeração progressiva deles no texto.

#### EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

De um a seis autores

Lodish H, Baltimore D, Berk A, Zipursky SL, Matsudaira P, Darnell J. Molecular cell biology. 3rd ed. New York: Scientific American; 1995.

Com mais de seis autores

Liebler M, Devigus A, Randall RC, Burke FJ, Pallesen U, Cerutti A, et al. Ethics of esthetic dentistry. Quintessence Int. 2004 Jun;35(6):456-65. Livro Marzola C. Técnica exodôntica. 3a ed. rev. ampl. São Paulo: Pancast; 2001.

Capítulo de livro



Soviero C, Garcia RS. Músculos da mímica facial. In: Oliveira MG, organizadora. Manual de anatomia da cabeça e do pescoço. 3a ed. Porto Alegre: EDIPURS; 1998. p. 66-73.

Sem indicação de autoria

Council on Drugs. List no. 52. New names. JAMA. 1966 Jul 18;197(3):210-1.

Instituição como autor

Conselho Nacional de Saúde(BR). Resolução no 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.

Editor como autor

Murray JJ, editor. O uso correto de fluoretos na saúde pública. São Paulo: Santos;1992.

Trabalho em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 Set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn-Seção SC; 1989. p. 92-5.

Dissertação e tese

Tavares R. Avaliação da resistência de fundações de amalgama, através da tração de coroas totais metálicas [dissertação]. Florianópolis (SC):Programa de Pós-Graduação em Odontologia/UFSC; 1988.

Documentos legais Brasil.

Portaria no 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 8 jun 2000. Seção 1.

Material não publicado

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. In press 2002.

Artigo padrão

Kidd EA. How 'clean' must a cavity be before restoration? Caries Res. 2004 May;Jun;38(3):305-13.

Artigo com número e suplemento

Fitzpatrick KC. Regulatory issues related to functional foods and natural health products in Canada: possible implications for manufacturers of conjugated linoleic acid. Am J Clin Nutr. 2004 Jun;79(6 Suppl):1217S-1220S.

Artigo sem número e com volume

Ostengo Mdel C, Elena Nader-Macias M. Hydroxylapatite beads as an experimental model to study the adhesion of lactic Acid bacteria from the oral cavity to hard tissues. Methods Mol Biol. 2004;268:447-52.

Artigo sem número e sem volume

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg. 1993:325-33.

Artigo indicado conforme o caso

Collins JG, Kirtland BC. Experimental periodontics retards hamster fetal growth [abstract]. J Dent Res. 1995;74:158.

#### Artigo de jornal

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col.4).

#### Material eletrônico

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/wawatch.htm>. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001[cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CDROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

#### OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

A referência comercial dos equipamentos, instrumentos e materiais citados deve ser composta respectivamente por modelo, marca e país fabricante, separados por vírgula e entre parênteses. Nas citações diretas e indiretas deverá ser utilizado o sistema numérico. Quando apresentados por número seqüencial, colocar hífen; quando aleatório, colocar vírgula. As citações indiretas (texto baseado na obra de um autor) deverão ser apresentadas no texto sem aspas e com o número correspondente da referência (autor) sobrescrito. Exemplo: Nossos resultados de<sup>12</sup> resistência de união ao esmalte estão de acordo com a literatura.<sup>12</sup> As citações diretas (transcrição textual) deverão ser apresentadas no

texto entre aspas, indicando-se o número correspondente da referência e a página da citação, conforme exemplo: “Os resultados deste trabalho mostraram que os cimentos [...]”.12:127 Os títulos das revistas serão abreviados conforme consulta no Index to Dental Literature ou nos sites: <http://ibict.br> e/ou <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed>.

Colocar no máximo 4 descritores (palavras-chave identificando o conteúdo do manuscrito). Consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) elaborada pela Bireme e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br>, ou Index to Dental Literature, e/ou Medical Subject Headings(MeSH) do Index Medicus no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>. Notas de rodapé serão indicadas por asteriscos, mas devem ser evitadas ao máximo. Evitar citar comunicação verbal; porém, se necessário, mencionar o nome da pessoa e a data de comunicação entre parênteses, no texto. As ilustrações (fotografias e desenhos, com exceção das tabelas, gráficos e quadros) deverão ser designadas como figuras. Todas as figuras deverão ser fornecidas em slides originais, ou digitais com boa resolução (300dpi). Todas as figuras, tabelas, gráficos e quadros deverão estar com suas legendas e ser citados no texto e nas referências (quando extraídos de outra fonte). A Comissão Editorial reserva-se o direito de, em comum acordo com os autores, reduzir quando necessário o número de ilustrações. A montagem das tabelas deverá seguir as Normas Técnicas de Apresentação Tabular (IBGE, 1979). Não utilizar nas tabelas traços internos verticais e horizontais. As tabelas e os gráficos

deverão ser fornecidos junto com o disquete ou CD do artigo, no formato digital gerado por programas como Word, Excel, Corel e compatíveis. As fotografias deverão ser fornecidas em slides originais ou digitais com boa resolução (300dpi). É necessário também submeter 3 cópias coloridas (6 fotografias por folha) impressas em papel couché. No caso da submissão de slides, estes deverão vir em folhas de arquivo de slides, numerados, com as iniciais do primeiro autor e com o seu posicionamento (lado direito, esquerdo, superior e inferior) na moldura do slide.

#### APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os artigos submetidos à revista deverão ser encaminhados em 3 cópias impressas, redigidos de acordo com a gramática oficial e digitados na fonte Times New Roman, tamanho 12, em folhas de papel tamanho A4, com espaço duplo e margem de 3cm, em todos os lados, tinta preta e páginas numeradas no canto superior direito. O limite máximo para o tamanho do artigo será de 20 folhas. Deve-se encaminhar também cópia do documento utilizando-se o editor Word for Windows 98 ou editores compatíveis, em disquete 1.44 Mb ou CD. Todos os artigos deverão ser registrados, preferencialmente por Sedex, e encaminhados à: Revista Clínica - International Journal of Brazilian Dentistry. Rua Vila Kinczeski 23, Centro Florinaópolis, CEP 88020-450 CHECKLIST Declarações de Responsabilidade e de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores. Três cópias impressas incluindo figuras em papel couché. CD ou disquete contendo todo o manuscrito. Slides originais ou fotografias digitais gravadas em CD.

Estando de acordo com as normas enviar documento para: Editora  
Ponto: Rua Vila Kinczeski 23 Centro Florianópolis 88020-450.  
Fones: +55 48 3223-9150 +55 48 3222-6038