

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

FECHAMENTO DE DIASTEMA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aluna: Viviane Oliveira Dantas de Santana
Orientadora: Profa. MSc. Carla Pereira Santos Porto

Aracaju/SE
Dezembro/2009

VIVIANE OLIVEIRA DANTAS DE SANTANA

FECHAMENTO DE DIASTEMA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de bacharel em
Odontologia.

APROVADA EM __/__/__

BANCA EXAMINADORA

PROFa. MSc CARLA PEREIRA SANTOS PORTO
ORIENTADORA/ PRESIDENTE DA BANCA

PROFa. MSc. SANDRA REGINA BARRETTO
1º EXAMINADOR

PROFa. Dr. CELSO DE BARROS
2º EXAMINADOR

“Apesar de nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.”

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, por me dar saúde e sabedoria para chegar até aqui e por ter me dado a graça da realização de um sonho.

Agradeço de todo meu coração às minhas amigas: Ana Paula, Fernanda e Janaína pela ajuda nos momentos bons e ruins, pelo carinho, amor e amizade. Em especial, à minha amiga Lhaís César, que se ofereceu para a realização deste trabalho, de muita importância para a minha formação.

A Professora Sandra Regina Barretto pela ajuda, colaboração, atenção, carinho e paciência, o meu muito obrigado. A Professora Maria Auxiliadora Pereira e o Professor Celso de Barros pela ajuda e colaboração.

Aos meus colegas de turma pela alegria que me proporcionaram todos os dias nessa minha jornada. Sentirei saudades.

Aos meus familiares que mesmo longe também fazem parte dessa conquista. Em especial, agradeço a minha mãe Solange pelo amor, força e pelas orações que muito me ajudaram nas horas em que eu mais precisei.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para minha formação, muito obrigada.

FECHAMENTO DE DIASTEMA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Viviane Oliveira Dantas de Santana; Carla Pereira Santos Porto

RESUMO

A resina composta é um material restaurador que tem crescido em popularidade entre profissionais e paciente, graças às suas características estéticas, bem como, a sua capacidade de preservar a estrutura dental sadia, permitindo preparos conservadores e reversíveis. Com isso, problemas estéticos de difícil resolução como os casos de diastemas entre os dentes anteriores, hoje podem ser resolvidos de maneira eficiente rápida e com resultados estéticos extremamente satisfatórios. Desta forma, o objetivo deste trabalho é mostrar através da apresentação de um caso clínico a viabilidade do tratamento estético de fechamento de diastema entre os dentes anteriores com a utilização de resina composta pela técnica direta.

PALAVRAS-CHAVE

Resina composta, estética, diastema.

ABSTRACT

The composite resin restorative material is one that has grown in popularity among professionals and patients, thanks to its aesthetic as well as its ability to preserve healthy tooth structure, allowing preparations conservative and reversible. Thus, aesthetic problems hard to solve as the cases of diastema between the anterior teeth, today can be resolved quickly and efficiently with very satisfactory cosmetic results. Thus, the goal was to show by presenting a case study the feasibility of closing the aesthetic treatment of diastema between the anterior teeth using composite resin by direct technique.

KEYWORDS

Composite resin, aesthetic, diastema.

1 INTRODUÇÃO

A busca por estética é uma constante nos diferentes setores, indiferente do meio social, da cultura, da época ou de qualquer que seja o fator. Existe uma crescente e marcante exigência muitas vezes instigada pela mídia, que muitas vezes determina padrões de beleza temporais, seguidos por uma massa de indivíduos que procuram se adequar a um padrão de beleza vigente. Na Odontologia não é diferente e, desta forma, vive-se um período onde o sorriso bonito é determinado por dentes harmoniosos, bem contornados, brancos e alinhados.

Esse equilíbrio é verificado quando existe uma disposição decrescente em termos de dominância a partir da linha média observada entre os incisivos centrais superiores em direção aos dentes posteriores. O desequilíbrio nesse padrão de disposição dental cria uma tensão visual capaz de prejudicar o arranjo dental e, por conseguinte, a harmonia do sorriso (CARDOSO, 2004). Sendo assim, a presença de qualquer alteração seja de forma, número ou arranjo na região dos dentes anteriores irá prejudicar substancialmente, a estética do sorriso.

Um exemplo da interferência supracitada é a presença de diastemas, definido como espaço, ou ausência de contato, entre dois ou mais dentes consecutivos, podendo acontecer em qualquer local nas arcadas: superior ou inferior, sendo mais freqüentes na região anterior do maxilar, entre os incisivos centrais superiores permanentes (KREIA, et al, 2002).

Os fatores etiológicos associados com os diastemas incluem: dentes congenitamente ausentes, dentes mal-formados (incisivos laterais conóides), dentes perdidos por processo carioso ou problema periodontal, presença de freios labiais proeminentes, apinhamento dental, recidiva pós-tratamento ortodôntico, discrepância do tamanho dental interarcada, hereditariedade e vários hábitos parafuncionais (HEYMANN, 1987). Faz-se necessário que o profissional realize um correto diagnóstico a fim de determinar a correta causa do diastema, a fim de fazer a opção pelo tratamento mais adequado, mediante as opções existentes, que muitas vezes, exige uma intervenção multidisciplinar (LAMENHA, 2007).

A evolução dos sistemas adesivos e das resinas compostas tem permitido o crescimento cada vez maior, da Odontologia Estética, auxiliando a realização de procedimentos previsíveis, rápidos, e com máxima preservação da estrutura dental, além do fato, de restabelecer componentes importantes do sorriso, tais quais: harmonia, equilíbrio, simetria e dominância (CONCEIÇÃO. 2000).

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo apresentar através de um relato de caso clínico o protocolo de fechamento de diastema com a utilização de resina composta direta.

2 RELATO DO CASO

Paciente L.C.S., 21 anos, gênero feminino, leucoderma foi selecionada dos arquivos da Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes, Aracaju/SE relatando o seu descontentamento em relação à cor e aos espaços apresentados entre os dentes ântero-superiores, decorrentes da presença de diastema entre os incisivos centrais e laterais: direito e esquerdo, confirmados após a realização do exame clínico inicial (FIGURA 1).



Figura 1: Imagem do sorriso da paciente, anterior à realização dos procedimentos restauradores.

O plano de tratamento inicial realizado para a paciente inclui a realização prévia de clareamento dental, realizada pela técnica de consultório, com peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP MAXX, FGM), tendo sido necessária duas sessões para a obtenção do resultado almejado. A técnica utilizada segue descrita abaixo.

Anterior ao início do tratamento clareador a paciente obteve informações acerca de todo o procedimento a ser realizado, seus riscos e benefícios, bem como, todos os cuidados que seriam providenciados caso fosse verificada a ocorrência de qualquer que fosse o efeito adverso. Uma vez cientes e de acordo com a realização do tratamento, as pacientes assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (ANEXO 1).

Para dar início ao tratamento, foi realizada a profilaxia das unidades dentárias que seriam submetidas ao clareamento dental, utilizando-se pedrapomes e água aplicada à superfície dentária com o auxílio de taça de borracha adaptada ao contra-ângulo e micro-motor (Kavo).

Com os dentes limpos, procedeu-se registro da cor das unidades a serem clareadas, com o auxílio da escala de cores (Escala Vita-Vitaplan Classical/Alemanha). Para isso inicialmente realizou-se a adaptação do isolamento relativo do campo operatório, realizado com afastador de lábios e língua (JON) para auxiliar na tomada da cor das unidades dentais e para evitar, o contato do gel clareador com tecidos moles adjacentes, no momento da realização do clareamento propriamente dito.

Seguiu-se pela realização da proteção gengival com material fotopolimerizável fornecido pelo fabricante do agente clareador (TopDam, FGM). É bastante ressaltar que a fotopolimerização do material foi realizada com fotopolimerizador-Gnatus, ajustado para o tempo de 40 segundos, abrangendo 2 unidades por vez.

O próximo passo foi a manipulação do material clareador, realizada no casulo de mistura com espátula plástica, ambos fornecidos pelo fabricante. O proporcionamento era feito da seguinte maneira: para 3 gotas do peróxido de hidrogênio era dispensada 1 gota do espessante. Ressalte-se que para a realização do clareamento dos dentes ântero-superiores foi utilizada a

proporção de 18:6, ou seja, 18 gotas de peróxido para 6 gotas do espessante, a fim de cobrir, de maneira iniforme, a superfície vestibular dos dentes (do 1º pré-molar esquerdo ao direito). Após, era permitida a sua permanência por um minuto sob agitação com auxílio de uma sonda exploradora, para então proceder ao início da fotoativação, realizada seguindo as indicações do fabricante (FIGURA 2).



Figura 2: Imagem mostrando os dentes ântero-superiores e ântero-inferiores sendo submetidos ao clareamento dental com peróxido de hidrogênio a 35%.

Finalizada a sessão clareadora era realizado o polimento das unidades branqueadas com o auxílio de discos de feltro e pasta diamantada de granulação fina, e procedia-se o novo registro de cor parra efeito de acompanhamento do resultado obtido. Antes da liberação da paciente, a mesma recebia orientações quanto aos cuidados a serem adotados, especialmente quanto ao tipo de alimentação utilizado, a fim de evitar efeitos colaterais; o que incluiu a indicação da realização de bochechos com flúor a 0,05%, nos casos da presença de sensibilidade pós-operatória.

O tratamento clareador realizado em 02 sessões resultou na obtenção do clareamento das unidades dentárias que passaram do croma A3 para o A2. Tendo sido obtido o efeito clareador, houve um período de espera de 15 dias

necessários ao início da realização dos procedimentos restauradores estéticos, objetivando evitar problemas no processo adesivo.

Decorrido o período supramencionado, procedeu-se a realização da etapa restauradora, iniciando pela mensuração do tamanho méso-distal das unidades: 12, 11, 21 e 22, com o auxílio de um espessímetro (Golgran). Desta forma, anterior ao procedimento restaurador os dentes apresentavam as seguintes medidas: 12 e 22-5,5 mm e 11 e 21-7,5 mm, demonstrando simetria entre os hemiarcos: direito e esquerdo (FIGURA 3).



Figura 3: Imagem mostrando o registro da medida da unidade dental 21 com o auxílio de um espessímetro.

Em seguida, realizou-se a profilaxia das unidades dentárias com taça de borracha e mistura de pedra-pomes e água, utilizadas em baixa rotação (micro-motor e contra-ângulo, Kavo). Com os dentes limpos, procedeu-se a escolha da cor, auxiliada por uma escala de cores (Escala Vita-Vitaplan Classical/Alemanha), sendo a escolha confirmada com a utilização de incrementos de resina composta posicionada sobre a superfície dentária, com fotoativação subsequente (FIGURA 4).

As resinas utilizadas para a confecção das restaurações foram: TPH Spectrum (Dentsply), nas cores, A3 para dentina e A2 para esmalte; e a Opallis

(FGM), na cor T-neutral. É bastante ressaltar que as superfícies restauradas foram: superfície distal das unidades 11 e 21 e mesial das unidades 12 e 22. Os procedimentos restauradores seguiram os mesmos passos clínicos sendo, descritos a seguir.



Figura 4: Imagem mostrando a seleção da cor com escala de cores Vita.

A fim de garantir ausência de umidade na área a ser restaurada foi realizado o isolamento absoluto do campo operatório, que incluiu todas as unidades a partir do 1º pré-molar direito ao 1º pré-molar esquerdo, onde foram posicionados os grampos nº 209 (Ivory). Finalizada essa etapa, seguiu-se pelo condicionamento ácido das áreas mencionadas, realizado com ácido fosfórico a 37%, obedecendo ao período de 30 segundos para cada área a ser restaurada (FIGURA 5). O passo seguinte foi a lavagem das regiões condicionadas com o auxílio de jato de ar/água, por um período de 20 segundos, e posterior, secagem da área condicionada.

O procedimento seguinte foi a aplicação do agente adesivo (Single Bond, 3M/ESPE), nas superfícies preparadas com o ácido. Essa etapa foi realizada com o auxílio de pincel de *microbrush* (3M/ESPE), sendo aplicado em uma cada uniforme e mantido sobre agitação por um período de 30 segundos,

em seguida, a superfície era submetida à ação de jato de ar suave, a uma distância de 10 cm, por 5 segundos e, só então, fotoativado por 20 segundos (fotopolimerizador-Gnatus).



Figura 5: Imagem mostrando a realização do condicionamento ácido das superfícies das unidades 21 e 22, com ácido fosfórico a 37%.

A inserção da resina composta, passo seguinte, obedeceu à técnica incremental, a fim de controlar os efeitos da contração de polimerização do material, tendo sido iniciada com a colocação da resina composta T-neutral (Opallis-FGM) na região correspondente a face palatina, com uma espátula metálica antiaderente para resina composta (Hu-Frindy), sendo fotoativada por 40 segundos. O objetivo da utilização dessa camada de resina foi a simulação do esmalte dental nessa região. Tomando por base esse primeiro incremento de resina composta, as demais iam sendo inseridas respeitando a ordem de seleção de cores, ou seja, cor para dentina e esmalte, sendo que a última camada do material correspondente ao esmalte vestibular foi novamente a resina composta T-neutral, adaptada com o auxílio de espátulas, pincel (pêlo de Marta, código 141, nº 06-Tigre, Ind. Bras. e código 308, nº 02-Tigre, Ind. Bras.), a fim de reproduzir a lisura superficial característica dessa estrutura dental

(FIGURA 6). Ressalte-se que a inserção de cada incrementos de resina compostas que era fotopolimerizado por um período de 40 segundos.



Figura 6: Imagem mostrando a utilização do pincel pêlo de Martha para promover a adaptação da camada de resina na superfície vestibular da unidade dental, além de propiciar lisura superficial da restauração.

É bastante mencionar que em diferentes etapas restauradoras foi essencial a utilização das matrizes de poliéster (Tiras de poliéster 3M), especialmente durante, a realização do condicionamento ácido, da aplicação do agente adesivo e inserção da resina, com o objetivo de restringir a ação do ácido e do adesivo e de restabelecer contatos proximais adequados.

Realizou-se em seguida o acabamento inicial e a texturização superficial das restaurações, com o auxílio de pontas diamantadas de granulação fina (Kit UNIT/KG Sorensen) utilizados em alta rotação (Kavo) sob refrigeração, e tiras de lixa para resina composta (Kit UNIT/KG Sorensen) usadas para pequenos ajustes na região cervical das restaurações.

Finalizados os procedimentos restauradores, foi removido o isolamento do campo operatório e realizada o ajuste oclusal, utilizando-se para isso de papel Acculfilm II (Baush KG/TDV Dental) preso a pinça de Miller.

Decorridas 24 horas dos procedimentos restauradores, procedeu-se a realização do polimento das restaurações, utilizando-se para isso: pontas diamantadas de granulação fina (Kit UNIT/KG Sorensen) utilizados em alta rotação (Kavo) sob refrigeração, discos abrasivos seqüenciais (Kit UNIT/TDV), pontas Enhance (Dentsply) e disco de feltro (Kit UNIT/TDV) preso a mandril utilizado em baixa rotação, associado à pasta de granulação fina e extra-fina para polimento de compósitos (TDV) (FIGURAS: 7, 8, 9).



Figura 7: Imagem mostrando a utilização das pontas diamantadas de granulação ultra-fina para a realização da primeira etapa do polimento das restaurações (Kit UNIT/KG Sorensen).



Figura 8: Imagem mostrando a utilização do disco seqüencial para polimento de restaurações com resina composta (Kit UNIT/TDV).



Figura 9: Imagem mostrando a realização do disco de feltro em baixa rotação impregnado com pasta de polimento para resina composta.

A figura 10 mostra o caso clínico finalizado, demonstrando o equilíbrio, harmonia e simetria conseguidos através da confecção de restaurações diretas com resina composta.



Figura 10: Imagem mostrando a conclusão dos procedimentos restauradores realizados com resina composta pela técnica direta.

3 DISCUSSÃO

A aparência está ligada diretamente a uma relação favorável com a face e nesta o sorriso tem uma ação marcante. O sorriso pode revelar a personalidade, humor, sentimentos, além de retratar características culturais, sociais relacionados a uma sociedade ou mesmo época específicas (MONDELLI, 2003, CARDOSO, 2004).

Um sorriso para ser considerado estético deve suscitar do observador, estímulos positivos e agradáveis em conformidade com o que Lombardi (1973) denominou de percepção visual, cujos conceitos, se adequadamente dominados, demandam a construção de procedimentos restauradores, sejam estes diretos ou indiretos, com ausência de forças geradoras de tensões capazes de determinares a ausência de harmonia, equilíbrio e demais conceitos ligados à beleza (MONDELLI, 2003, CONCEIÇÃO, 2005).

Deve-se considerar que no quesito: estética do sorriso, os dentes anteriores desempenham um papel primordial. Desta forma, qualquer alteração

seja de forma, número e tamanho determina imediato desequilíbrio na harmonia do sorriso (MONDELLI, 2003), como pôde ser observado no caso apresentado no presente trabalho, quando a presença de diastemas entre os incisivos superiores provocou a desagregação na harmonia, equilíbrio e proporção áurea entre os dentes ântero-superiores.

É fato que o correto diagnóstico e planejamento do caso anterior à realização dos procedimentos restauradores são imprescindíveis (ALBUQUERQUE, MANDARINO, FONTANA, 1994, PORTO NETO, et al., 1998; AGOSTINHO, FERNANDES; 2001; BELOTI, et al., 2002; ARANHA, MARCHI, 2003; MAURO, BROGINI, SUNDFELD, 2003). No presente estudo, a fim de analisar as possibilidades do tratamento estético, foi feita uma avaliação prévia das condições bucais da paciente analisando: cor dos dentes, condição periodontal, tamanho dos dentes e dos espaços entre os mesmos, análise oclusal prévia dentre outros aspectos. Deve-se lembrar que fatores variados podem resultar na presença de diastemas e, dentre estes estão incluídos: perda precoce de dentes por cárie ou problema periodontal, inserção baixa do freio labial, hereditariedade, ausência congênita dos dentes, presença de dentes conóides, apinhamento dental, recidiva pós-tratamento ortodôntico, discrepância de tamanho dental interarcada e vários hábitos para funcionais (HEYMANN, 1987; KREIA, et al 2002; LAMENHA, et al 2007). Desta forma, faz-se crucial a realização de um exame acurado do caso a fim de inclusive determinar a necessidade ou não de intervenções multidisciplinares (CONCEIÇÃO, et al, 2000; MORENO, et al, 2000; MASIOLI, et al, 2006).

Quando da necessidade da realização de reabilitações nas unidades dentárias é bastante que cuidados sejam tomados a fim de verificar a presença de interferências oclusais, de bruxismo e a presença de boa qualidade de esmalte dentário, que poderão determinar o sucesso ou não dos procedimentos realizados (MILLER, 1999; CONCEIÇÃO, et al, 2000).

Ressalte-se que no trabalho em questão, o exame detalhado das condições bucais e dentais da paciente permitiram, inclusive, verificar a necessidade de clareamento dental prévio, objetivando otimizar o resultado do tratamento restaurador. A modalidade do tratamento clareador escolhida recaiu

sobre a técnica do consultório, realizada com peróxido de hidrogênio a 35%, por ser uma opção que independe da intervenção do paciente durante a sua realização, tendo o profissional o absoluto controle sobre o procedimento (CONCEIÇÃO, et al, 2005).

O fechamento dos diastemas entre os incisivos superiores no caso clínico descrito acima, foi realizado utilizando-se unicamente restaurações diretas com resina composta, por ser um material que apresenta como vantagens: estética, adesividade, obtenção de resultados rápidos e previsíveis, além do fato de proporcionar a realização de procedimentos com máxima preservação da estrutura dental sadia (BELOTI et al., 2002; MORENO, et al em 2002; ARANHA, MARCHI, 2003; KALIX et al., 2003; MAURO; BROGINI e SUNDFELD, 2003). Aranha e Marchi (2003) acrescentaram que as restaurações com compósitos permitem a um tempo clínico reduzido, controle direto do operador e custo menor quando comparado com as restaurações indiretas.

Seguindo a orientação dos autores pesquisados na literatura (MORENO, et al, 2002) e apostando no avanço das técnicas adesivas atualmente disponíveis, não foi realizada nenhuma intervenção mecânica na superfície da estrutura dental anterior à colocação da resina composta. A explicação para essa conduta reside no fato de que procedendo desta maneira o procedimento garantirá o *status* de, verdadeiramente, reversível e, pelo fato de que os espaços a serem fechados não eram amplos (CONCEIÇÃO, et al., 2000).

Para um resultado restaurador satisfatório foram utilizados os princípios da proporção áurea, que estabelece que partes desiguais mantêm uma relação de harmonia entre si (PAGANI, BOTTINO, 2003). Nessa relação, os incisivos centrais, dentes considerados dominantes no sorriso, aparecem 60% maiores que os incisivos laterais e estes por sua vez, aparecem 60% maiores que a metade mesial dos caninos, favorecendo uma estética harmoniosa e um forte impacto aos sentidos do observador (LOMBARDI, 1973; MEDEIROS, 1999; MONDELLI, 2003; PAGANI e BOTTINO, 2003; REGES et al., 2003; CONCEIÇÃO, et al., 2005).

Todo o procedimento restaurador seguiu o rigor clínico e técnico exigidos para a obtenção do sucesso pretendido. Como resultado sob o ponto de vista profissional, obteve-se um sorriso harmonioso, equilibrado e simétrico. Contudo, não se deve esquecer que a base fundamental de qualquer tratamento estético é antes de tudo a satisfação do paciente (LICHTER, et al., 1999; MONDELLI, 2003). Desta forma, deve-se ter sempre em mente que anterior à realização de intervenções clínicas capazes de mudar o perfil estético do sorriso, um planejamento adequado deverá ser realizado e este deverá, por sua vez, obter a aprovação do paciente, a fim de que o resultado final seja o almejado por aquele que executa e por aquele se submete ao procedimento, tal qual foi conseguido no presente trabalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dentes anteriores desempenham um papel importante na estética do sorriso, por isso qualquer alteração presente nessa região compromete a harmonia e beleza do mesmo; alterações como os diastemas, de etiologia múltipla que demanda um acurado diagnóstico, a fim de que seja realizado um planejamento adequado e eficiente do procedimento restaurador.

A resolução dos problemas estéticos motivados pela presença dos diastemas tem sido facilitada pela utilização da resina composta, visto ser um material que agrega características interessantes que incluem desde adesividade, propiciando conseqüente preservação da estrutura dental, até mesmo o fato de possibilitar resultados rápidos e previsíveis. No entanto, faz-se necessária a compreensão de que o fechamento dos diastemas, como qualquer reabilitação estética, não requer somente: aquisição de habilidades técnicas e de um bom material, mas, também, a compreensão de que “estética” é um conceito individual e que ultrapassa os preceitos puramente técnicos. Nesse ínterim, o respeito à opinião do paciente e a sua participação no processo de planejamento do tratamento parece ser determinante para a obtenção de sucesso restaurador e deverá ser considerado.

SOBRE OS AUTORES

Viviane Oliveira Dantas de Santana: Aluna regularmente matriculada no 8º período do curso de odontologia da Universidade Tiradentes, vivi_dant@hotmail.com

Carla Pereira Santos Porto: Mestre em Dentística com ênfase em Materiais Dentários pela FOBUSP; professora das disciplinas: Dentística II, Clínica Integrada e Estágio Supervisionado I, carla.porto@click21.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO A.M; FERNANDES R.S.M. Fechamento de diastema após reconstrução do aparelho de inserção. J Bras de Clin Odontol Integ.,v. 5; n.27; p.233-235, mai/jun.2001.

ALBUQUERQUE R.C; MANDARINO F; FONTANA U.F. Relato de um caso clínico com faceta estética e plastia dental. Âmbito Odontológico, v.6; p.22-25; nov.1994.

ARANHA, A.C.C.; MARCHI, G.M. Restaurações adesivas diretas com resina composta para fechamento de diastemas e reconstrução de laterais conóides.Rev Ibero-am Odontol Estet Dent, v.2; n.8; p.303-12.2003.

BELOTI, A. *et al.* Facetas diretas para resolução estética de dentes conóides. J Bras Dent Estet, v.1; n.2; p.122-125, abr/jun.2002.

CARDOSO, M.F.F. Restabelecimento estético do sorriso com restaurações de resina composta direta, baseado no conceito de proporção áurea- relato de caso clínico. (Monografia de Conclusão de Curso) Faculdade de Odontologia- Universidade Tiradentes, Aracaju/SE. 2004. 76p.

CONCEIÇÃO, E.N., et al. Dentística: saúde e estética. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, cap 13; p.167-185.2000.

CONCEIÇÃO, E.N. et al. Restaurações Estéticas: Compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005. 308p.

HEYMANN, H.O. The artistry of conservative esthetic dentistry.J Am Dent Assoc.Speciak Issue: 14-E:23-E,1987.

KALIX, A.P *et al.* Reanatomização de dentes ântero-superiores. Rev Bras Odontol, v.60; n.1; p.18-20, jan/fev.2003.

KREIA, T.B; GUARIZA FILHO,O.; TANARA, O. Nova visão em ortodontia e ortopedia funcional dos Maxilares. Sao Paulo:Ed Santos, cap 09; p.907-911.2002.

LAMENHA, E.G.R; GUIMARAES, R.P; VICENTE S.C.H; Recife,International Journal 07 Detistry-JANIMAR, v.6; n.1; p.2-6.2007.

LICHTER, J.A *et al.* What´s behind your smile? NY St Dent J. v.65; n.10; p.34-39.1999.

LOMBARDI, R E. The priciples of visual perception and their clinical application to denture esthetics. J Prosthet Dent. v.29; n.4; p.358-382.1973.

MASIOLI, M.A; PIMENTEL, F.L; LOURO, R.L; MASIOLI, D.L.C. Reparo em restaurações de resina composta: procedimento simples e conservador.UFES Rev. Odontol. Vitoria ,v.8; n.3; p.38-43; set/dez. 2006.

MAURO, S.J; BROGINI, E.C; SUNDFELD, R.H. Plástica dental: um recurso estético para promoção de saúde. J Bras Dent Est, v. 2; n.5; p.15-27; jan/fev.2003.

MEDEIROS, C.G.G. Princípios básicos de estética aplicados na dentística restauradora. Rev Robrac, v.8; n.25; p.19-22, ago.1999.

MILLER, M.; RIBERTS, M. The information source for esthetic Dentistry.Reality,v.13; p.170-173.1999.

MONDELLI, J. Estética e Cosmética: em Clínica Integrada Restauradora. 1 ed. São Paulo; Editora e Livraria Santos, 2003. 546 pgs.

MORENO,S; SANTOS, P.C.G.dos. Fechamento de diastemas: relato de um caso clínico.JBD,Curitiba,v.1; n.2; p.106-112,abr/jun.2002.

PAGANI C; BOTTINO M.C. Proporção áurea e a odontologia estética. J Bras Dent Est. v.2; n.5; p.80-85, jan/mar.

PORTO NETO, S.T *et al.* Transformação de dentes conóides: obtenção da forma, função e estética diretamente com resina composta. J Bras Odont Clin.; v.2 ; n.9; p. 33-36, jul.1998.

REGES, *et al.* Proporção áurea: um guia do tratamento estético. J Bras Dent Est. v.1; n.4 ; p.292-295 out/dez.2002.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

_____ ,
abaixo assinado, responsável pelo menor
_____(instituição)_____, por intermédio do(a)s aluno(a)s,
devidamente assistid(o)as pela seu(u) orientador(a)
_____ , a

desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título do Experimento:

“ _____ ”.

2-Objetivo:

3-Descrição de procedimentos:

4-Desconfortos e riscos esperados: _____.

Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

5-Benefícios _____ esperados:

6-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

7-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

8-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

9-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Mutilo Dantas, 300 – Farolândia –
CEP 49032-490, Aracaju-SE, 79-2182100, ramal 2593.

Aracaju, ____ de ____ de 200_.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO