



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

CURSO DE ODONTOLOGIA

CAMPUS BENFICA

LETÍCIA DE SOUZA MARQUES

REABILITAÇÃO ESTÉTICO FUNCIONAL: UM RELATO DE CASO.

FORTALEZA

2025

LETÍCIA DE SOUZA MARQUES

REABILITAÇÃO ESTÉTICO FUNCIONAL: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Elisa Martins Moura.

FORTALEZA
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Centro Universitário Christus - Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M357r Marques, Letícia de Souza.
REABILITAÇÃO ESTÉTICO FUNCIONAL: UM RELATO DE CASO. / Letícia de Souza Marques. - 2019.
55 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Maria Elisa Martins Moura..

1. Reabilitação oral.. 2. Má Oclusão.. 3. Interdisciplinaridade. I. Título.

CDD 617.601

LETÍCIA DE SOUZA MARQUES

REABILITAÇÃO ESTÉTICO FUNCIONAL: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Profa Dra. Maria Elisa Martins Moura.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Elisa Martins Moura
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dra. Villana Maria Adriano Araújo
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Jiovanne Rabelo Neri
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus por ter sido minha força, guia e esperança em todos os momentos desta caminhada. Aos meus pais e avós, que sempre estiveram ao meu lado com amor, apoio e dedicação incondicional, que nunca deixaram faltar nada e foram os pilares que sustentaram meu sonho desde o início. Ao meu namorado, que com paciência, carinho e companheirismo me apoiou em cada etapa, sendo presença constante nos momentos bons e difíceis. Aos meus amigos, que com palavras de incentivo, gestos de afeto e verdadeiras amizades tornaram essa jornada mais leve e alegre. E aos meus professores, que com sabedoria, dedicação e exemplo ajudaram a construir não apenas meu conhecimento, mas também meu caráter profissional e humano. A todos vocês, minha mais profunda gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha luz nos dias difíceis, minha força nas fragilidades e meu refúgio ao longo de toda esta jornada.

À minha família, meus pais, Fábio e Sílvia, e meus avós, Aluizio, Maria Ivete, José Vilar e Sheila, por todo amor, dedicação e pelos exemplos de integridade e perseverança que me guiaram até aqui.

Ao meu namorado, Guilherme Barbosa Bezerra da Silva, por estar ao meu lado com paciência, apoio e amor incondicional, sendo alicerce nos momentos mais desafiadores.

À minha gatinha Pérola, companheira por uma década, cuja presença doce e silenciosa foi um conforto imenso durante tantos dias. Sua lembrança permanece viva em meu coração.

Ao amigo João Victor Rodrigues Mendes, pela parceria generosa, amizade constante e leveza nos dias intensos da graduação.

Aos colegas de curso, por cada risada, incentivo e apoio compartilhado ao longo dessa caminhada. À Gisele de Fátima Cavalcante e ao Ariel de Figueiredo Mesquita, verdadeiros irmãos de vida, minha gratidão por acreditarem em mim e tornarem essa trajetória mais significativa.

À Professora Dra. Maria Elisa Martins Moura, minha orientadora, pelo exemplo de excelência e humanidade, e por me guiar com tanto zelo e sabedoria.

Aos professores que marcaram minha formação, à equipe da Clínica Integrada, aos funcionários que contribuíram no dia a dia e aos pacientes que confiaram em meu cuidado, deixo meu sincero agradecimento.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, meu profundo e eterno reconhecimento.

“O cuidado com o próximo é expressão concreta do amor de Deus.”
(*Papa Bento XVI*)

RESUMO

A mordida Classe III caracteriza-se por uma relação esquelética e/ou dentária em que a mandíbula se posiciona anteriormente à maxila, frequentemente associada a contatos oclusais desfavoráveis, como a oclusão topo a topo, que pode resultar em desgastes patológicos, especialmente nas bordas incisais, comprometendo a estética e a função mastigatória. O presente relato tem como objetivo descrever a sequência terapêutica de um tratamento multidisciplinar em paciente adulta, no período de menopausa, com mordida Classe III dentária de topo a topo e desgastes acentuados nos incisivos superiores e inferiores. A paciente buscou atendimento odontológico com duas queixas principais: a insatisfação estética decorrente do desgaste severo dos incisivos superiores e a sensibilidade dentária intensa. O exame clínico confirmou ausência de *overjet*, desgastes incisais significativos e exposição dentinária. Diante desse quadro, optou-se por uma abordagem conservadora e interdisciplinar, iniciando-se com o tratamento ortodôntico restrito ao arco superior. A mecânica ortodôntica foi planejada para promover a protrusão dos incisivos superiores, restabelecendo um *overjet* adequado, reduzindo o contato traumático e melhorando a relação maxilomandibular. Após a finalização da movimentação ortodôntica, procedeu-se à reabilitação estética e funcional por meio da reanatomização dos quatro incisivos superiores com resina composta. As técnicas abordadas neste procedimento foram a combinação do uso de guias para maior previsibilidade e padronização da reconstrução morfológica e a mão livre. Com isso, a reanatomização proporcionou a proteção das áreas expostas, minimizando a hipersensibilidade dentária relatada pela paciente. O protocolo adotado demonstrou a eficácia da abordagem multidisciplinar na compensação da mordida Classe III dentária em adultos, proporcionando melhora da função oclusal, equilíbrio estético e proteção contra novos desgastes. A combinação entre ortodontia e odontologia restauradora minimizou a necessidade de intervenções invasivas, ressaltando a importância do planejamento integrado para a reabilitação funcional e estética em casos de discrepância maxilomandibular associada a desgastes dentários severos, permitindo não apenas a restauração estética, mas também a recuperação do conforto mastigatório e a redução da sensibilidade dentária.

Palavras-chave: Reabilitação oral. Má oclusão. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

Class III malocclusion is characterized by a skeletal and/or dental relationship in which the mandible is positioned anteriorly to the maxilla, often associated with unfavorable occlusal contacts, such as an edge-to-edge bite. This condition can result in pathological wear, especially on the incisal edges, compromising both aesthetics and masticatory function. This case report aims to describe the therapeutic sequence of a multidisciplinary treatment in an adult, postmenopausal female patient presenting with a dental Class III edge-to-edge malocclusion and severe wear of both upper and lower incisors. The patient sought dental care with two main complaints: aesthetic dissatisfaction due to the significant wear of the upper incisors and intense dentin hypersensitivity. Clinical examination confirmed the absence of overjet, marked incisal wear, and dentin exposure. In light of this condition, a conservative and interdisciplinary approach was adopted, beginning with orthodontic treatment limited to the upper arch. The orthodontic mechanics were planned to promote the protrusion of the upper incisors, reestablishing an adequate overjet, reducing traumatic contacts, and improving the maxillomandibular relationship. Following the orthodontic phase, aesthetic and functional rehabilitation was carried out through the reanatomization of the four upper incisors using composite resin. The techniques employed included a combination of silicone guides for greater predictability and standardization of morphological reconstruction, along with freehand sculpting to allow individualized refinements and optimized esthetic outcomes. This reanatomization effectively protected the exposed areas, reducing the dental hypersensitivity reported by the patient. The adopted protocol demonstrated the effectiveness of a multidisciplinary approach in compensating dental Class III malocclusion in adults, resulting in improved occlusal function, esthetic harmony, and protection against further wear. The combination of orthodontics and restorative dentistry minimized the need for invasive interventions, highlighting the importance of integrated planning for the functional and esthetic rehabilitation of cases involving maxillomandibular discrepancies and severe tooth wear. This approach allowed not only for esthetic restoration but also for the recovery of masticatory comfort and a significant reduction in dental sensitivity.

Key words: Oral rehabilitation. Malocclusion. Interdisciplinarity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fotos extra orais da paciente, realizadas antes do início do tratamento ortodôntico	26
Figura 2 - Aspecto clínico intra oral inicial	27
Figura 3 - (A)Imagens referentes à avaliação inicial da paciente: Radiografia panorâmica; (B) Telerradiografia lateral	27
Figura 4 - (A)Imagens referentes a Telerradiografia lateral com traçado sobreposto; (B) traçados cefalométricos.....	28
Figura 5 - Pós imediato a remoção do aparelho ortodôntico e remoção das resinas que fixaram os braquetes: Intraoral (A); Extraoral (B).....	30
Figura 6 - Imagem referente ao procedimento de teste de cor das resinas usadas nas restaurações.....	31
Figura 7 - Pós imediato do ensaio restaurador, realizado para que a paciente aprovasse e realizasse um feedback sobre as restaurações definitivas.....	33
Figura 8 - Isolamento absoluto. Acomodação grampo no elemento 24 e 14.....	34
Figura 9 - Etapa de condicionamento ácido.....	35
Figura 10 - Pós imediato do acabamento realizado ao final das restaurações....	37
Figura 11 - Pós imediato das restaurações dos incisivos laterais: (A) Sorriso; (B) Lateral esquerdo; (C)Frente; (D) Lateral direito.....	39
Figura 12 - (A) Pós imediato do polimento final das restaurações. (B) Extraorais após finalização do caso.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise de steiner realizada, com os números obtidos a partir da telerradiografia lateral do crânio.....	28
Tabela 2 - Cronograma de manutenções.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1.NA	Ângulo formado entre o longo eixo do incisivo superior e a linha NA
1.NB	Ângulo formado entre o longo eixo do incisivo inferior e a linha NB
ANB	Ângulo formado entre SNA e SNB
ATM	Articulação Temporomandibular
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
FMA	Ângulo formado entre o Plano Mandibular e o Plano de Frankfort
GoGn-SN	Ângulo entre a linha Gonion-Gnathion e a linha Sela-Násio
LIT	Laboratório de Inovações Tecnológicas
MESTED	Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais
MIH	Máxima Intercuspidação Habitual
mm	Milímetro
PFE	Ponto Facial Estético
RC	Relação Cêntrica
RNO	Reanatomização com Resina Composta
SNA	Ângulo formado entre os pontos Sela, Násio e o ponto A (maxila)
SNB	Ângulo formado entre os pontos Sela, Násio e o ponto B (mandíbula)
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UNICHRISTUS	Centro Universitário Christus

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivo específico	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Definição e Dinâmica Oclusal	17
3.2 Funções e Implicações Clínicas	17
3.3 Overjet, Má Oclusão E Classificação Funcional	18
3.3.1 <i>Conceito de Overjet e Parâmetros Normativos</i>	18
3.3.2 <i>Classificação das Más Oclusões: Sistema de Angle</i>	18
3.3.3 <i>Classe III com Contato Topo a Topo: Consequências Clínicas</i>	19
3.4 Diagnóstico E Planejamento Ortodôntico	19
3.4.1 <i>Análise Cefalométrica: Fundamentos e Indicadores</i>	19
3.4.2 <i>Análise de Steiner: Aplicação Funcional e Estética</i>	20
3.4.3 <i>Avaliação Clínica Integrada</i>	20
3.5 Ortodontia Em Adultos: Especificidades E Estratégias	20
3.5.1 <i>Aspectos Biológicos e Psicossociais</i>	20
3.5.2 <i>Movimentação com Técnica Straight Wire</i>	21
3.5.3 <i>Compensação Ortodôntica como Alternativa Terapêutica</i>	21
3.6 Reanatomização Dentária: Princípios, materiais e técnicas	22
3.6.1 <i>Conceito e Indicações Clínicas</i>	22
3.6.2 <i>Sistema Adesivo Convencional de Três Passos</i>	22
3.6.3 <i>Técnicas Restauradoras: Guia de Silicone e Mão Livre</i>	22
3.6.4 <i>Acabamento Restaurador: Instrumentos e Objetivos</i>	23
3.6.5 <i>Polimento Estético: Durabilidade e Estética Final</i>	23
3.7 Avaliação Estética Do Sorriso: Parâmetros E Harmonia Facial	24
3.7.1 <i>Critérios Estéticos Dentários</i>	24
3.7.2 <i>Integração Interdisciplinar no Planejamento Estético-Funcional</i>	24
4 MATERIAIS E MÉTODOS	25

4.1 Delineamento de estudo	25
4.2 Embasamento teórico	25
4.3 Lócus de estudo	25
4.4 Critérios éticos	25
5 RELATO DE CASO	26
6 DISCUSSÃO	41
7 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	50
ANEXOS	52

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a busca por um sorriso esteticamente agradável e funcional tornou-se um dos principais motivos que levam os pacientes a procurar tratamento odontológico. Essa demanda reflete uma compreensão ampliada da saúde bucal, que vai além da estética e abrange a harmonia funcional do sistema estomatognático. Assim, o planejamento terapêutico individualizado e multidisciplinar tem se consolidado como um pilar fundamental da prática clínica atual, visando o restabelecimento da oclusão funcional, da estética dental e do equilíbrio periodontal de forma conservadora e biologicamente respeitosa (Pedrini, D. *et al.*, 2007).

Conforme descrito por Lund e Silva (2016), o plano de tratamento deve considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também fatores como a condição sistêmica do paciente, a viabilidade financeira, a previsibilidade dos procedimentos e o impacto do tratamento sobre sua qualidade de vida.

A má oclusão é uma das afecções mais prevalentes e desafiadoras na prática ortodôntica e reabilitadora, sendo caracterizada por discrepâncias na posição dos dentes, nos arcos dentários e, em muitos casos, nas bases ósseas maxilomandibulares. Essa condição pode comprometer de forma significativa a eficiência mastigatória, a fonética, a estética facial e até a função da articulação temporomandibular (ATM), além de favorecer o desenvolvimento de desgastes patológicos das estruturas dentárias. Dentre as classificações de Angle, a má oclusão Classe III representa uma das alterações mais complexas, podendo apresentar componente dentoalveolar, esquelético ou ambos (Pinto; Lima; Gondim, 2008).

A má oclusão Classe III dentária é caracterizada por uma relação anteroposterior invertida entre os incisivos superiores e inferiores, frequentemente resultando em uma oclusão topo a topo ou mordida cruzada anterior. Essa relação pode promover contatos oclusais traumáticos e desgaste incisal severo, principalmente em pacientes adultos. Essa condição pode estar associada a compensações dentárias, como retroinclinação dos incisivos inferiores ou proclinação dos superiores, o que, com o tempo, pode levar à exposição de dentina e aumento da sensibilidade dentária, além do comprometimento estético do sorriso (Oliveira, 2010).

O manejo terapêutico da má oclusão Classe III demanda uma abordagem

interdisciplinar. A intervenção ortodôntica pode ser realizada de forma restrita, por meio da movimentação compensatória dos incisivos superiores, especialmente em casos em que não há discrepância esquelética severa. Segundo Proffit *et al.* (2018), a escolha entre tratamento ortodôntico compensatório ou cirúrgico depende da magnitude da discrepância, da idade do paciente e de suas expectativas quanto ao resultado estético e funcional. A movimentação dentária, no entanto, deve ser criteriosa, considerando a morfologia do processo alveolar e os limites biológicos do periodonto.

Além do controle ortodôntico, a reabilitação morfológica e funcional dos dentes desgastados é fundamental. A técnica de reanatomização com resina composta é uma solução restauradora conservadora e eficaz, especialmente em casos com desgaste incisal significativo e exposição dentinária. A reanatomização direta permite restaurar forma, função e estética com previsibilidade, além de reduzir a hipersensibilidade dentinária, protegendo as estruturas dentárias remanescentes de novos traumas oclusais (Chidoski; Perin, 2021).

Cabe ainda ressaltar que a ortodontia em pacientes adultos tem se tornado cada vez mais comum. Proffit *et al.* (2018) relatam que aproximadamente 30% dos pacientes em tratamento ortodôntico nos Estados Unidos são adultos, demonstrando uma crescente valorização da estética orofacial e da função mastigatória por esse grupo etário. Essa tendência exige uma abordagem integrada, pautada na minimização de riscos biológicos e na busca por soluções conservadoras e estéticas.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de uma paciente adulta, em período de menopausa, apresentando má oclusão Classe III dentária com relação topo a topo, desgastes incisais acentuados e queixas de sensibilidade dentária e insatisfação estética. O plano de tratamento adotado envolveu uma abordagem interdisciplinar, integrando ortodontia e odontologia restauradora, com foco na reabilitação funcional, preservação tecidual e melhoria da estética do sorriso. O caso exemplifica a importância do planejamento integrado na condução de tratamentos em pacientes adultos com comprometimentos oclusais e desgastes dentários simultâneos, ressaltando a eficácia da abordagem multidisciplinar na obtenção de resultados clínicos previsíveis e satisfatórios.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo apresentar, por meio de um relato de caso, a sequência de tratamento multidisciplinar de uma paciente com histórico de desgastes dentários decorrentes de má oclusão, descrevendo os procedimentos realizados, com ênfase nas especialidades de dentística e ortodontia, empregados em sua reabilitação.

2.2 Objetivos Específicos

Evidenciar, por meio de um relato de caso detalhado, a importância do conhecimento, por parte do cirurgião-dentista, acerca dos protocolos clínicos indicados para o tratamento de pacientes com má oclusão associada a desgastes dentários.

Ressaltar a relevância da atuação integrada entre diferentes especialidades da Odontologia, de modo a assegurar um diagnóstico e plano de tratamento completo, eficaz e individualizado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Definição e Dinâmica Oclusal

A oclusão dentária refere-se à interação complexa entre os dentes maxilares e mandibulares, tanto em posições estáticas quanto dinâmicas. A posição de máxima intercuspidação habitual (MIH) representa o ponto de maior intercuspidação entre os dentes, sendo uma condição importante para o equilíbrio da oclusão (Goldenstein; Campbell, 2021). Além disso, os movimentos excursivos, como protrusão, retrusão, lateralidade e abertura, são cruciais, pois refletem a interação das arcadas durante funções essenciais, como mastigação, fonação e deglutição. Esses movimentos são guiados pelas guias oclusais, estruturas que auxiliam ATM e os músculos da mastigação para que a dinâmica oclusal ocorra de maneira eficiente (Okeson, 2013).

A integridade desses movimentos é fundamental para garantir a distribuição equilibrada das forças mastigatórias. Quando esses movimentos ocorrem de maneira desarmônica, podem resultar em interferências oclusais, sobrecarregando a ATM e os músculos da mastigação, além de gerar dor orofacial. A correta dinâmica oclusal, portanto, evita lesões nos dentes e nos tecidos periodontais, promovendo um equilíbrio funcional (Viana *et al.*, 2021).

Estudos demonstram que desarmonias na oclusão estão diretamente ligadas a desgastes dentários patológicos e ao desenvolvimento de disfunções temporomandibulares. A posição da MIH é importante, e a coincidência entre ela e a relação cêntrica (RC), que define uma posição condilar ortopédica, fisiológica e reprodutível, com os côndilos posicionados anteriormente e superiormente nas fossas articulares, onde minimiza as interferências oclusais e, conseqüentemente, reduz os traumas oclusais, dores musculares e disfunções temporomandibulares (Miyamoto *et al.*, 2018).

3.2 Funções e Implicações Clínicas

A correta função das guias oclusais é essencial para o bom funcionamento da oclusão. As guias, como a guia anterior, canina e mista, desempenham a função de desoclir os dentes posteriores durante os movimentos mandibulares. A guia canina, em particular, é considerada protetora, pois isola os dentes posteriores das cargas excêntricas. A ausência dessa guia pode aumentar o risco de fraturas de cúspides, desgastes dentários e disfunções musculares

(Cavazzini *et al.*, 2022).

Uma oclusão funcionalmente equilibrada é fundamental para o sucesso a longo prazo de tratamentos restauradores, ortodônticos ou protéticos. A estabilidade oclusal está relacionada à ausência de interferências, à presença de guias eficazes e à eliminação de contatos prematuros, resultando em uma relação funcional entre as estruturas dentárias, musculares e articulares (Melo *et al.*, 2019).

3.3 Overjet, Má Oclusão E Classificação Funcional

3.3.1 Conceito de Overjet e Parâmetros Normativos

O overjet é a medida horizontal entre a borda incisal dos incisivos centrais superiores e a superfície vestibular dos incisivos inferiores. Esse parâmetro clínico é importante para avaliar a relação entre as arcadas dentárias e está diretamente relacionado à estética, fonética e função mastigatória. O valor considerado normal para o overjet varia entre 1 mm e 3 mm. Quando esse valor é alterado, seja pelo aumento ou pela redução do overjet, podem surgir problemas estéticos e funcionais, como dificuldades fonéticas, instabilidade oclusal, traumas dentários e comprometimento da saúde periodontal. A correta avaliação do overjet é essencial para o diagnóstico e planejamento de tratamentos ortodônticos e restauradores, sendo frequentemente embasada em exames clínicos, cefalométricos e fotográficos (Proffit *et al.*, 2018).

3.3.2 Classificação das Más Oclusões: Sistema de Angle

A classificação das más oclusões, proposta por Edward Angle em 1899, é amplamente utilizada para descrever as diferentes relações entre os dentes superiores e inferiores, especialmente os primeiros molares permanentes. De acordo com essa classificação, as más oclusões podem ser divididas em três classes principais:

- **Classe I:** Nesta classe, os primeiros molares permanentes estão em relação molar normal, onde a cúspide mesiovestibular do 1º molar superior oclui no sulco vestibular do 1º molar inferior.
- **Classe II:** Caracteriza-se por uma maxila projetada ou uma mandíbula retruída, resultando no aumento do overjet. A posição da mandíbula é posteriorizada, podendo causar dificuldades funcionais e estéticas.
- **Classe III:** Tem a característica de uma mandíbula mais projetada anteriormente em relação à maxila, o que pode resultar em mordida cruzada anterior e alterações na relação incisal.

3.3.3 Classe III com Contato Topo a Topo: Consequências Clínicas

A má oclusão Classe III é caracterizada pelo posicionamento anteriorizado da mandíbula em relação à maxila. Quando ocorre uma relação topo a topo entre os incisivos superiores e inferiores, essa condição pode resultar em sérios prejuízos estéticos e funcionais. O contato direto entre os incisivos superiores e inferiores pode causar desgastes severos nos dentes, fraturas e comprometer a morfologia dentária. Além disso, a perda das guias anteriores, que normalmente protegem os dentes posteriores durante os movimentos mandibulares, pode aumentar o risco de trauma incisal e outras complicações. O tratamento da Classe III com contato topo a topo exige um planejamento cuidadoso e, frequentemente, uma abordagem multidisciplinar, incluindo a colaboração entre ortodontistas, cirurgiões e dentistas restauradores (Oltramari *et al.*, 2005).

A classificação funcional das más oclusões, como a Classe III, pode ser importante para entender os impactos estéticos e funcionais da relação incisal, particularmente em casos onde a relação entre as arcadas dentárias se desvia dos parâmetros normais. Isso pode envolver tanto aspectos dentários como esqueléticos e requer intervenção precoce para evitar problemas a longo prazo (Proffit *et al.*, 2018).

3.4 Diagnóstico E Planejamento Ortodôntico

3.4.1 Análise Cefalométrica: Fundamentos e Indicadores

A análise cefalométrica é uma ferramenta crucial no diagnóstico ortodôntico, permitindo a avaliação das relações esqueléticas e dentárias a partir de medidas obtidas por telerradiografias. Parâmetros como SNA (posição da maxila), SNB (posição da mandíbula) e ANB (diferença entre ambas) são utilizados para classificar as classes esqueléticas, possibilitando a análise da relação ântero-posterior entre a maxila e a mandíbula. Já os ângulos FMA e GoGn-SN indicam o padrão vertical de crescimento, oferecendo informações valiosas sobre a inclinação do plano mandibular e os padrões faciais (Ricketts, 1981). Com esses dados, é possível identificar discrepâncias esqueléticas e verticais, orientando o planejamento ortodôntico, tanto para movimentações dentárias quanto para ajustes estéticos.

3.4.2 Análise de Steiner: Aplicação Funcional e Estética

A análise de Steiner, proposta por Steiner em 1953, é uma das mais

utilizadas na ortodontia para avaliar o posicionamento dos dentes e sua relação com as bases ósseas, além de analisar o perfil facial. Parâmetros como 1.NA (inclinação dos incisivos superiores), 1.NB (inclinação dos incisivos inferiores) e o ângulo interincisal fornecem informações essenciais sobre a posição e a inclinação dos incisivos, diretamente relacionadas à estética do sorriso e à função oclusal. Esses dados não apenas auxiliam na movimentação ortodôntica, mas também desempenham um papel importante na decisão de compensações ortodônticas ou na necessidade de intervenções restauradoras (Steiner, 1953). A interpretação correta desses parâmetros é fundamental para garantir um equilíbrio entre a funcionalidade e a estética, especialmente em casos que envolvem a reanatomização.

3.4.3 Avaliação Clínica Integrada

A avaliação clínica integrada é de grande importância para o diagnóstico ortodôntico. Ela envolve a coleta de informações detalhadas por meio de uma anamnese minuciosa, modelos de estudo, fotografias clínicas extraorais e intraorais, análise ATM e exame funcional da oclusão. Esses dados permitem uma análise completa da condição do paciente, abrangendo não apenas as questões dentárias, mas também aspectos funcionais e estéticos (Viana *et al.*, 2021). A análise da ATM e dos contatos oclusais estáticos e dinâmicos é fundamental para detectar possíveis desequilíbrios que possam comprometer a saúde bucal a longo prazo. Além disso, a combinação de todas essas informações possibilita a elaboração de um plano terapêutico mais preciso, levando em consideração as necessidades individuais do paciente e proporcionando um tratamento ortodôntico mais eficaz e seguro (Cavazzini *et al.*, 2022).

3.5 Ortodontia Em Adultos: Especificidades E Estratégias

3.5.1 Aspectos Biológicos e Psicossociais

O tratamento ortodôntico em adultos apresenta características biológicas diferenciadas, em razão da redução da capacidade de remodelação óssea e da maior densidade do osso cortical. Essas particularidades demandam a aplicação de forças ortodônticas mais leves e intervalos de ativação mais espaçados, minimizando riscos de complicações como reabsorção radicular e danos periodontais (Proffit *et al.*, 2018). Além disso, adultos tendem a apresentar maior adesão ao tratamento, com objetivos mais definidos, especialmente no que diz respeito à estética e funcionalidade (Mendes-Gouvêa *et al.*, 2013).

Em mulheres, fatores hormonais e a preocupação estética influenciam diretamente o planejamento ortodôntico. A conscientização das consequências estéticas de uma má oclusão torna-se um importante motivador para a adesão ao tratamento, sendo essencial o acompanhamento das condições periodontais para garantir um prognóstico favorável (Melsen, 2015).

3.5.2 Movimentação com Técnica Straight Wire

A técnica *Straight Wire*, amplamente utilizada na ortodontia, emprega *brackets* pré-ajustados, com angulações e inclinações específicas para cada dente, permitindo um controle tridimensional da movimentação dentária. Esse método facilita o alinhamento dental sem a necessidade de ajustes frequentes, uma vez que os *brackets* são projetados para proporcionar o movimento desejado de forma mais eficiente. A técnica favorece a obtenção de uma oclusão equilibrada, controlando a movimentação nas direções horizontal, vertical e ântero-posterior, resultando em um sorriso esteticamente harmônico e funcional (Rodrigues, 2004).

Além disso, o uso de arcos ortodônticos adaptados aos *brackets* permite um controle mais preciso e reduz o tempo de tratamento, otimizando o número de visitas ao ortodontista. Embora seja uma técnica eficiente, ela requer um planejamento cuidadoso, considerando as necessidades individuais do paciente para garantir o sucesso do tratamento. Com a devida escolha dos componentes e uma avaliação adequada, a técnica *Straight Wire* oferece resultados previsíveis e de alta qualidade, minimizando a necessidade de intervenções ao longo do processo (Melsen, 2015; Rodrigues, 2004).

3.5.3 Compensação Ortodôntica como Alternativa Terapêutica

A compensação ortodôntica se apresenta como uma alternativa satisfatória para pacientes adultos com discrepâncias esqueléticas leves a moderadas, como as observadas em casos de Classe III dentária. Essa estratégia consiste no reposicionamento dentário para camuflar a relação esquelética inadequada, evitando intervenções mais invasivas, como a cirurgia ortognática. A compensação ortodôntica é uma abordagem conservadora que visa otimizar os resultados estéticos e funcionais do tratamento, sem comprometer a saúde geral do paciente. Frequentemente, é combinada com tratamentos restauradores e estéticos, garantindo um resultado final mais harmônico e funcional (Dante *et al.*, 2016).

3.6 Reanatomização Dentária: Princípios, materiais e técnicas

3.6.1 Conceito e Indicações Clínicas

A reanatomização dentária com resina composta é uma técnica conservadora bastante utilizada para restaurar dentes anteriores com perda de estrutura, alteração de forma ou desgaste. Este procedimento proporciona reabilitação estética e funcional de maneira minimamente invasiva, sendo reversível quando comparado a outras formas de reabilitação protética. Além disso, oferece resultados de alta qualidade e durabilidade, sendo uma alternativa resolutiva para pacientes que buscam soluções rápidas e estéticas (Baratieri, 2010).

Essa técnica é indicada principalmente para pacientes que apresentam alterações na morfologia dentária, como desgaste ou fraturas, podendo ser utilizada também para o fechamento de diastemas, aumento do comprimento coronário e também na estrutura do sorriso. A reanatomização é frequentemente aplicada após o tratamento ortodôntico, para corrigir pequenas imperfeições estéticas, mantendo a função dentária (Edelhoff; Brix, 2011)

3.6.2 Sistema Adesivo Convencional de Três Passos

O sistema adesivo de três passos, considerado o padrão-ouro para adesão ao esmalte, segue o protocolo clínico: 1) condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37%, 2) aplicação do *primer* e 3) aplicação do adesivo (*bond*). Esse método é eficaz em substratos predominantemente de esmalte, proporcionando uma adesão robusta e duradoura. Nos casos em que a superfície é composta majoritariamente de esmalte, a aplicação do primer pode ser omitida, sem comprometer a eficácia do sistema adesivo (Araújo Perdigão, 2021; Van Meerbeek *et al.*, 2011).

Esse sistema tem mostrado resultados superiores em termos de durabilidade e resistência, sendo amplamente utilizado em procedimentos restauradores, especialmente nos dentes anteriores, onde a estética e funcionalidade são essenciais (Van Meerbeek *et al.*, 2011). O uso adequado deste sistema é essencial para garantir a longevidade das restaurações em resina composta.

3.6.3 Técnicas Restauradoras: Guia de Silicone e Mão Livre

Existem diferentes técnicas para realizar a reanatomização dentária, destacando-se a técnica do guia de silicone e a técnica da mão livre. A técnica do guia de silicone é utilizada para garantir a modelagem precisa da anatomia palatina, permitindo uma restauração simétrica e eficaz. Essa abordagem é particularmente útil em reconstruções mais complexas, onde o controle preciso da forma é essencial

(Araujo; Perdigão, 2021).

A técnica da mão livre, por outro lado, é mais indicada para correções pontuais e restaurações de menor extensão, exigindo grande habilidade manual e profundo conhecimento anatômico. Embora ofereça maior liberdade ao operador, a técnica da mão livre depende diretamente da experiência do profissional para modelar a resina composta com alta precisão (Baratieri, 2010).

3.6.4 Acabamento Restaurador: Instrumentos e Objetivos

O acabamento restaurador é uma etapa crucial para o sucesso da reanatomização, visando a remoção de excessos de material, a definição da morfologia final e a preservação das margens, prevenindo infiltrações e complicações futuras. Para garantir um acabamento adequado, recomenda-se o uso de brocas diamantadas 3118F e 3118FF, além de pontas abrasivas finas e extrafinas (Jefferies, 2007).

Essa fase também é fundamental para a durabilidade das restaurações, pois um acabamento adequado reduz a acumulação de placa bacteriana e biofilme, promovendo a saúde periodontal e a longevidade do tratamento. O controle das margens e contornos da restauração é essencial para garantir sua estabilidade a longo prazo (Baratieri, 2010).

3.6.5 Polimento Estético: Durabilidade e Estética Final

O polimento estético é essencial não apenas para a aparência, mas também para a resistência da restauração ao manchamento e desgaste. O protocolo ideal de polimento inclui o uso de sistemas como Enhance, discos de feltro e pastas diamantadas, que promovem o brilho necessário e melhoram a suavidade da restauração. Além disso, o polimento reduz a rugosidade da superfície, o que previne o acúmulo de placa bacteriana e melhora a resistência ao desgaste (Van Meerbeek *et al.*, 2011).

O polimento adequado também assegura que a estética da restauração seja mantida ao longo do tempo, contribuindo para a durabilidade das reparações e promovendo o conforto e a saúde do paciente. O uso de materiais de qualidade e a execução precisa do procedimento são fundamentais para alcançar resultados estéticos e funcionais satisfatórios (Jefferies, 2007).

3.7 Avaliação Estética Do Sorriso: Parâmetros E Harmonia Facial

3.7.1 Critérios Estéticos Dentários

A estética do sorriso é determinada por uma série de parâmetros

dentários que, quando analisados em conjunto, contribuem para uma aparência harmônica e natural. Entre os principais critérios, destacam-se a linha do sorriso, a proporção largura/altura dos dentes, a simetria incisal, o eixo de inclinação dos dentes e a curvatura do arco dentário. A linha do sorriso ideal acompanha o contorno do lábio inferior, enquanto as proporções dentárias seguem padrões clássicos de estética facial e dental. A simetria entre os incisivos centrais, laterais e caninos, bem como seu alinhamento com o plano oclusal e com os elementos faciais adjacentes, são fundamentais para a composição de um sorriso equilibrado (Mohamed, 2024).

A avaliação estética deve também considerar a exposição gengival, o volume dos lábios em relação entre os dentes e os tecidos moles, pois esses fatores influenciam diretamente na percepção de beleza do sorriso. O exame clínico e fotográfico, aliado ao uso de ferramentas digitais de análise do sorriso, pode auxiliar o profissional na identificação de desarmonias sutis que impactam o resultado final da reabilitação estética (Van Meerbeek *et al.*, 2011).

3.7.2 Integração Interdisciplinar no Planejamento Estético-Funcional

A excelência nos tratamentos estéticos exige uma abordagem interdisciplinar, envolvendo especialidades como ortodontia e dentística restauradora. Essa integração permite alinhar os objetivos estéticos com a função mastigatória e a estabilidade oclusal, promovendo soluções mais previsíveis e duradouras. O planejamento conjunto possibilita correções nas estruturas, como o reposicionamento dentário, a regularização do contorno gengival e a reconstrução de formas dentárias ideais, respeitando os limites biológicos e funcionais do paciente (Jefferies, 2007).

A colaboração entre as especialidades amplia as possibilidades terapêuticas e evita tratamentos isolados que poderiam comprometer o resultado estético final. Dessa forma, a reabilitação do sorriso é realizada de forma personalizada, garantindo não apenas a harmonia facial, mas também a saúde e a longevidade dos tecidos dentários e periodontais envolvidos (Spear; Kokich, 2007).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento de estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso. A abordagem metodológica do tipo estudo de relato de caso tem como objetivo averiguar os fenômenos de acordo com a realidade, com evidências que instigam o pensamento e a buscam soluções de tratamento, exploraram, descreverem e contextualizarem o evento apresentado (Silva; Oliveira; Silva, 2021).

4.2 Embasamento teórico

Foi realizada busca nas bases de dados PubMed e Scielo as palavras chaves em inglês (PubMed) e em português (Scielo): Oral rehabilitation, malocclusion, e interdisciplinary. Foram incluídos estudos que tratavam sobre o assunto do caso e que tinham relevância científica, além disso, foram usados livros bases na temática para embasamento teórico do tratamento aqui relatado.

4.3 Lócus de estudo

O caso foi realizado na Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza - Ceará. Inicialmente no curso de especialização em Ortodontia e posteriormente nas disciplinas da graduação do curso de Odontologia da mesma instituição.

4.4 Critérios éticos

Este estudo foi realizado de acordo com as resoluções nº. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, posteriormente a sua aprovação pelo Comitê em Ética e Pesquisa (CEP) da UNICHRISTUS, aprovado com o número do parecer nº 7.419.136. A participante recebeu informações sobre o objetivo dos procedimentos adotados com um tratamento multidisciplinar e garantia de anonimato e sigilo das informações. A paciente em questão concordou e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

5 RELATO DE CASO

O presente relato de caso clínico descreve a sequência de procedimentos realizados em uma paciente adulta, portadora de má oclusão Classe III de Angle com mordida topo a topo e desgastes dentários decorrentes dessa condição. O tratamento adotado seguiu uma abordagem multidisciplinar, envolvendo as especialidades de ortodontia e dentística restauradora.

A paciente R.M.C.M., sexo feminino, 59 anos, desnormossistêmica, com histórico de cisto na tireoide, compareceu à Clínica Escola de Odontologia do UNICHRISTUS, especificamente à clínica de especialização em Ortodontia, relatando desconforto estético e funcional associado ao desgaste dentário e à sensibilidade, ambos agravados pela má oclusão. Durante a anamnese, relatou insegurança em relação ao seu sorriso, referindo-se à mordida como esteticamente desagradável. Dessa forma, foram solicitados exames de imagem para um diagnóstico mais preciso e elaboração de um plano de tratamento ortodôntico individualizado.



Figura 1 - Fotos extra orais da paciente, realizadas antes do início do tratamento ortodôntico

Fonte: Arquivo pessoal

Durante o exame clínico intraoral, constatou-se a presença de contenção ortodôntica fixa na arcada inferior, remanescente de um tratamento ortodôntico prévio. Observou-se, ainda, a instalação de três implantes osseointegrados nos elementos 45, 46 e 47, localizados na região posterior da mandíbula.



Figura 2 - Aspecto clínico intra oral inicial.

Fonte: arquivo pessoal

Foram solicitados exames de imagem complementares, incluindo radiografia panorâmica, seriografia e telerradiografia lateral. Esta última, também denominada radiografia cefalométrica lateral, foi fundamental para a obtenção de medidas precisas das estruturas craniofaciais. A partir dessa imagem, procedeu-se à análise cefalométrica de Steiner, permitindo um diagnóstico mais preciso das discrepâncias esqueléticas e dentárias, embasando a elaboração de um plano de tratamento ortodôntico individualizado.



Figura 3 - (A)Imagens referentes a avaliação inicial da paciente: Radiografia panorâmica; (B) Telerradiografia lateral.

Fonte: arquivo pessoal

A análise de Steiner é um método amplamente utilizado para avaliar as características da má oclusão e fornecer diretrizes para o tratamento ortodôntico. Entre os parâmetros analisados, destacou-se a angulação dos incisivos superiores. O ângulo formado pela intersecção do longo eixo do incisivo superior com a linha NA indica a inclinação axial desse dente em relação à sua base óssea. O valor médio esperado para essa medida é de 22°. No caso da paciente, foi constatado

um valor de $35,8^\circ$ e $13,8^\circ$ de desvio.

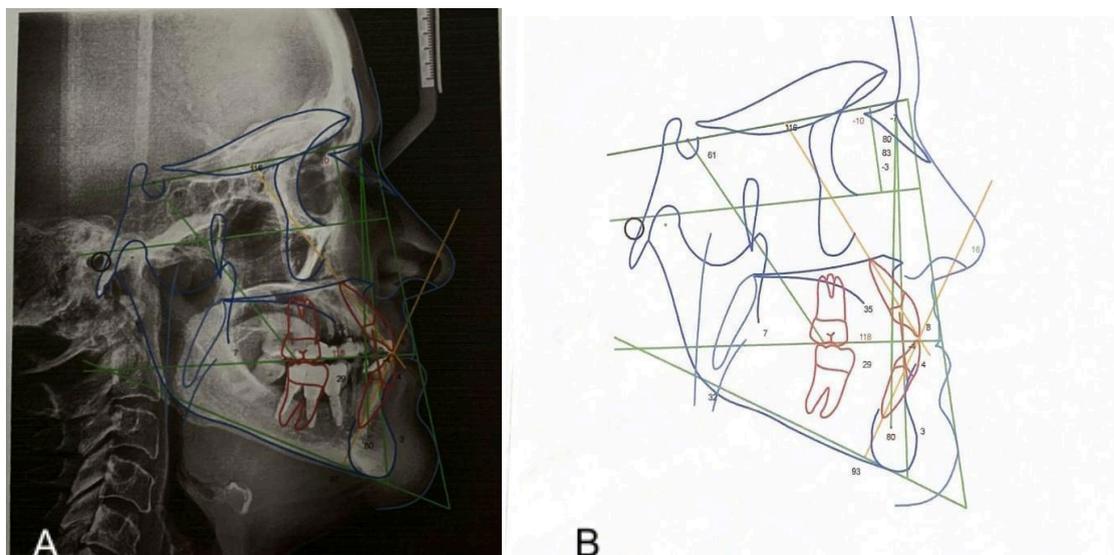


Figura 4 - (A)Imagens referentes a Telerradiografia lateral com traçado sobreposto; (B) traçados cefalométricos .

Fonte: Arquivo pessoal

Tabela 1 - Análise de steiner realizada, com os números obtidos a partir da telerradiografia lateral do crânio.

Parâmetro	Obtido	Padrão	Desvio	Observação
Plano Oclusal (Go-Gn . Ocl)	22,27	$18,0^\circ$	4,27	-
1/1 (Ângulo Interincisivos)	118,15	$131,0^\circ \pm 10$	-12,85	Biprotrusão
1/NS (Incl. Incisivo Superior)	116,45	$103,0^\circ$	13,45	-
1/NA (Incl. Incisivo Superior)	35,8	$22,0^\circ$	13,8	-
1/NA (Pos. Incisivo Superior)	8,1	4,0 mm	4,1	-
1 NB (Incl. Incisivo Inferior)	29,12	$25,0^\circ$	4,12	-
1 - NB (Pos. Incisivo Inferior)	4,53	4,0 mm	0,53	-
1 - NPog (Násio – Pogônio)	2,23	0,0 mm	2,23	-
1 - Órbita	6,93	5,0 mm	1,93	-
H - NB	-7,1	—	—	-
Linha "H" - Ponta Nariz	16,86	$10,0 \pm 1$ mm	6,86	Acima

Fonte: arquivo pessoal

Com a análise completa da cefalometria, concluiu-se que a paciente apresentava uma má oclusão de Classe III de Angle, caracterizada por mordida de topo a topo. Isso significa que, na máxima intercuspidação habitual, as bordas incisais dos dentes anteriores superiores tocavam diretamente as bordas incisais

dos dentes anteriores inferiores, sem o trespasse vertical ou horizontal esperado em uma oclusão normal.

Concluído o plano de cuidado, procedeu-se à instalação do aparelho ortodôntico fixo metálico, utilizando a técnica Straightwire, exclusivamente na arcada superior, uma vez que a paciente já apresentava contenção inferior decorrente de um tratamento ortodôntico anterior, além de três implantes. O aparelho foi instalado do elemento 16 ao 26 (de primeiro molar superior a primeiro molar superior), com fio 0,14 de NiTi. Após a instalação, seguiu-se um cronograma de manutenções, conforme descrito na Tabela 02.

Tabela 2 – Cronograma de manutenções.

Data	Manutenção	Observações
01/12/2022	Utilizou o fio 0,16 de NiTi.	Associado a amarelho de 0,25 dos elementos 23 ao 26.
12/01/2023	Realizou-se com a troca para o fio 0,18 (aço).	Molas abertas com ativação $\frac{1}{2}$ entre os elementos 13 a 23.
02/02/2023	Troca para fio 0,20 (aço) mais amarelho na região posterior do lado esquerdo e direito.	Mola aberta com ativação meio braquete entre os elementos 13 ao 23.
04/05/2023	Troca para o fio 0,16 (NiTi) associada com amarelho no elemento 13. Mola fechada dos elementos 12 ao 23.	Manutenção de espaço.
15/06/2023	Utilizou-se o fio de 0,18 de NiTi, com amarelho de 0,25 no elemento 13 e mola fechada do elemento 12 ao 22.	Avaliar contato prematuro do elemento 13.
18/08/2023	O fio utilizado foi o 0,18 de NiTi mais amarelos de 0,25 no elemento 13 e molas fechadas do 12 ao 22.	Avaliar contato prematuro do elemento 13, caso persistente, fazer dobra em 8 com fio de aço.
15/12/2023	Utilizou-se fio 0,18 (NiTi) mais mola aberta (14 ao 24)	Sem observações.
19/01/2024	Utilizou-se fio 0,18 (NiTi) mais a recolagem do braquete no elemento 15 e molas fechadas.	Colagem com resina da contenção fixa inferior de forma passiva.

Fonte: Arquivo pessoal.

Na última manutenção ortodôntica, realizada em 14 de maio de 2024, foi feita a remoção do aparelho ortodôntico fixo (Figura 5). Em seguida, procedeu-se à

moldagem da arcada superior com alginato *Hydrogum 5*, utilizando-se a proporção de 1:1, conforme orientação do fabricante (uma medida de pó para uma medida de água). Após a moldagem, foi confeccionado o modelo com gesso tipo III (gesso pedra). Após o endurecimento do modelo, foi realizada a confecção da contenção em acetato com espessura de 1,5 mm, da marca *Bio-Art*, utilizando uma plastificadora a vácuo.

Durante o mesmo atendimento, a contenção foi confeccionada, testada e ajustada, permitindo que a paciente deixasse o consultório já utilizando-a de forma adequada. O modelo de gesso utilizado na confecção da contenção também serviu de base para a elaboração do enceramento diagnóstico, etapa fundamental para o planejamento das restaurações. Esse mesmo modelo foi empregado na confecção da guia de silicone, utilizando silicone de condensação (*Perfil – Vigodent*).

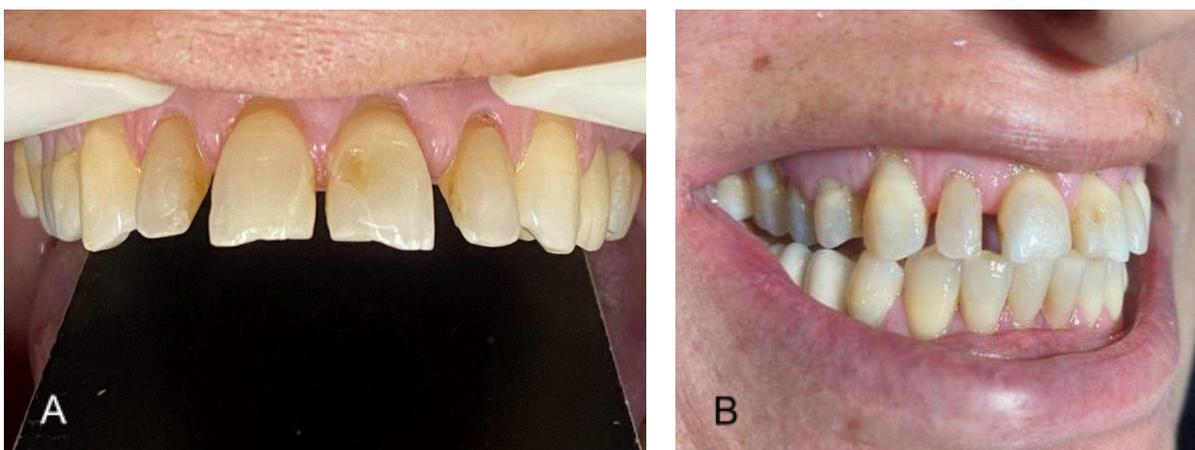


Figura 5- Pós imediato a remoção do aparelho ortodôntico e remoção das resinas que fixaram os braquetes:(A) Intraoral; (B)Extraoral.

Fonte: Arquivo pessoal.

Após 60 dias, foi realizado o ensaio restaurador com acréscimos estratégicos de resina composta. Nessa etapa, utilizou-se o modelo de gesso previamente confeccionado, já com o enceramento diagnóstico aprovado pela paciente. Para a confecção da guia de silicone, foi utilizada a proporção recomendada pelo fabricante de uma medida de silicone para uma medida de catalisador. Após a manipulação, o material foi moldado em formato de bola e aplicado na região do palato, sendo cuidadosamente pressionado até alcançar a região incisal dos dentes anteriores e a face vestibular dos elementos dentários.

O tempo de presa, também seguiu as instruções do fabricante, e foi de aproximadamente 5 minutos. Decorrido esse período, a guia foi removida, e

constatou-se que todos os detalhes anatômicos necessários foram fielmente reproduzidos. Em seguida, realizou-se o recorte dos excessos com lâmina de bisturi nº 15. Esta etapa é fundamental, pois, ao apoiar a guia na região palatina, é possível obter uma referência precisa da quantidade de resina a ser aplicada em cada dente com desgaste estrutural.

Logo após o teste da guia, iniciou-se o ensaio restaurador. Foi realizado o teste de cor com o auxílio da escala VITA®, sendo selecionadas as cores A3,5 para dentina e A3 para esmalte, ambas da marca IPS *Empress® direct* – Ivoclar. Como etapa complementar, utilizou-se a técnica da confecção de duas pequenas porções das resinas selecionadas, foram posicionadas na face vestibular do incisivo central superior, sem uso de adesivo, e fotopolimerizadas (Figura 6). Essa técnica permitiu a validação estética da escolha cromática, garantindo maior previsibilidade no resultado final do tratamento restaurador.



Figura 6- Imagem referente ao procedimento de teste de cor das resinas usadas nas restaurações.

Fonte: Arquivo pessoal.

Assim, seguiu as etapas do procedimento restaurador, com a guia de silicone devidamente confeccionada e testada, prosseguiu-se com a etapa clínica de reanatomização dos dentes anteriores. Optou-se por não utilizar sistemas adesivos neste momento, motivo pelo qual o procedimento foi realizado sob isolamento relativo, utilizando rolinhos de algodão.

Inicialmente, foi aplicada uma camada fina e uniforme de resina composta de esmalte na região palatina da guia, assegurando a cobertura total da área

necessária para estabelecer a base da reanatomização. A guia foi posicionada cuidadosamente sobre os dentes e levemente pressionada, permitindo que a resina aderisse de forma adequada às superfícies dentárias. Mantendo-se a pressão para evitar bolhas ou falhas, realizou-se a fotopolimerização por aproximadamente 40 segundos em cada face, garantindo a estabilização da primeira camada. Após esse tempo, a guia foi removida com cautela, revelando a base palatina da restauração já adaptada à morfologia dentária.

Na sequência, iniciou-se a construção da estrutura dentinária. Uma porção adequada de resina composta de dentina foi modelada e aplicada sobre a face vestibular do dente, utilizando-se uma espátula de inserção número 1. A resina foi cuidadosamente distribuída, respeitando os volumes naturais da coroa e promovendo uma leve convexidade. Para a escultura dos mamelos dentinários na região incisal, utilizou-se os instrumentais: esculpidor 3080, espátula 3086, espátula dupla 3077 e a ponta fina de uma sonda exploradora, conferindo profundidade óptica e maior naturalidade à restauração. A transição entre a dentina e o esmalte previamente aplicado foi suavizada com o uso de um pincel de pelo de marta, levemente umedecido com resina fluida (Applic Flow). Finalizada essa etapa, a camada de dentina foi fotopolimerizada por mais 40 segundos em cada face.

Com a estrutura dentinária definida, aplicou-se a camada final de esmalte. Uma nova quantidade de resina de esmalte foi depositada com a espátula de inserção número 1 sobre a estrutura modelada e cuidadosamente espalhada com o auxílio do pincel de pelo de marta e *microbrush* na remoção dos acessos de resina, garantindo a continuidade estética e naturalidade da restauração. Após os ajustes morfológicos, realizou-se a fotopolimerização por, no mínimo, 40 segundos em cada face. Esse mesmo protocolo foi seguido nos quatro incisivos superiores da paciente.

Para o acabamento, foram utilizados brocas multilaminadas (3118F e 3118FF), onde foram empregadas permitindo a definição de sulcos secundários e periquemáticos. Os discos abrasivos do sistema Lixa 3M™ Sof-Lex™ Pop-On – *Solventum* foram utilizados para remoção de excessos e ajuste de contorno, em que foram empregadas no refinamento anatômico. A lâmina de bisturi nº 12 foi utilizada para detalhamento da textura superficial e interproximal dos elementos dentários. O polimento foi finalizado com pasta diamantada aplicada com disco de feltro, conferindo brilho e estética ideais ao resultado final.

Ao longo de todo o ensaio restaurador, buscou-se respeitar rigorosamente a anatomia natural dos dentes anteriores. Nos incisivos centrais superiores, assegurou-se que a face vestibular apresentasse uma leve convexidade e que a borda incisal mantivesse um formato levemente arredondado. Já nos incisivos laterais, por serem menores e mais estreitos, o contorno foi ajustado de modo a preservar sua morfologia característica, com cingulo menos proeminente e discreta inclinação distal da raiz.

Esse cuidado resultou em um efeito estético harmonioso e funcional (Figura 7), validado pelo relato da paciente ao final do atendimento. Ela informou a sua satisfação com o resultado provisório e apontou modificações desejadas para as restaurações definitivas, como ajustes no comprimento dos incisivos laterais em relação aos centrais. Além disso, expressou preferência por um sorriso com aspecto mais natural, em que as restaurações acompanhassem fielmente a anatomia ideal para o seu perfil estético.

Ao término do atendimento, foi realizada a moldagem com a mesma silicone de condensação (Perfil – Vigodent), a mesma utilizada no início do tratamento, para a confecção de uma nova guia, baseada nas restaurações feitas no ensaio. Essa nova guia serviu como referência precisa para as restaurações definitivas.



Figura 7 - Pós imediato do ensaio restaurador, realizado para que a paciente aprovasse e realizasse um feedback sobre as restaurações definitivas.
Fonte: Arquivo pessoal.

A paciente retornou para casa com as restaurações provisórias em resina ainda em boca, conforme seu desejo de mantê-las por um período antes da realização das restaurações definitivas. O objetivo era permitir uma fase de adaptação ao novo sorriso, possibilitando a identificação de eventuais desconfortos e ajustes estéticos necessários.

Dias após o ensaio restaurador, a paciente retornou ao consultório relatando que todas as resinas provisórias haviam se descolado, o que já era previsto, considerando que o procedimento havia sido realizado sem o uso de sistemas adesivos. Ainda assim, esse período foi fundamental para que a paciente fornecesse uma opinião relevante quanto ao resultado estético e funcional. Ela relatou ter se adaptado rapidamente ao novo tamanho dos dentes, porém demonstrou insatisfação com o formato dos incisivos laterais, que, segundo ela, destoavam do conjunto dentário.

Diante disso, optou-se por realizar a técnica restauradora em mão livre, associada ao uso da guia de silicone previamente confeccionada. O procedimento teve início com a profilaxia utilizando pedra-pomes, seguida da anestesia infiltrativa na região de pré-molares superiores, com lidocaína 2% como anestésico de escolha. Para garantir um campo operatório seco e devidamente isolado, realizou-se o isolamento absoluto da arcada superior, abrangendo os dentes de primeiro pré-molar a primeiro pré-molar (elementos 14 ao 24). Foram utilizados lençol de borracha, arco metálico de Young, perfurador de lençol, pinça porta-grampo e grampos nº 206 e 209, que proporcionaram fixação adequada e estabilidade ao isolamento.

Adicionalmente, realizou-se a amarração com fio dental nos quatro incisivos superiores, com o objetivo de otimizar a adaptação do lençol de borracha e prevenir possíveis infiltrações salivares. Esse protocolo assegura um isolamento absoluto eficiente, condição indispensável para a previsibilidade, segurança e longevidade do procedimento restaurador (Figura 8). Após a montagem completa do isolamento absoluto, realizou-se uma verificação final para assegurar que não houvesse dobras, folgas ou falhas na vedação do lençol de borracha.



Figura 8 - Isolamento absoluto. Nesta imagem observamos a acomodação grampo no elemento 24, após isso o grampo no elemento 14 também foi acomodado.
Fonte: Arquivo pessoal.

Como forma de proteção para os incisivos laterais, que não seriam manipulados nesta etapa, foi utilizado o material *Isotape*, promovendo o isolamento seletivo dessas estruturas. Já os incisivos centrais, previamente preparados, receberam a aplicação do ácido fosfórico a 37% (*allPrime*®), cuidadosamente restrito à superfície de esmalte, evitando qualquer contato com a dentina.

O ácido foi mantido em contato com o esmalte por 30 segundos. Em seguida, procedeu-se à remoção do agente condicionante por meio de lavagem abundante com água por 15 segundos, a fim de eliminar completamente quaisquer resíduos que pudessem comprometer a adesão. Após a secagem com jato de ar, observou-se o aspecto esbranquiçado e opaco da superfície, indicativo de um condicionamento ácido eficaz.



Figura 9 - Etapa de condicionamento ácido.
Fonte: Arquivo pessoal.

Com o condicionamento ácido finalizado, iniciou-se a aplicação do sistema adesivo. O adesivo selecionado foi o *Adper*™ *Scotchbond*™ Multiuso. Utilizando um pincel aplicador, foi aplicado apenas o componente *bond* (adesivo), friccionando sobre o esmalte por um período de 15 a 20 segundos, uma vez que as restaurações seriam exclusivamente em esmalte. Em seguida, procedeu-se à fotopolimerização por 20 segundos. Essa técnica assegura uma adesão eficaz e reduz significativamente o risco de falhas clínicas, como sensibilidade pós-operatória ou descolamento da restauração.

A resina composta utilizada foi a mesma adotada no ensaio restaurador: *IPS Empress*® *direct*, nas cores A3,5 (dentina) e A3 (esmalte). A reconstrução dos

incisivos centrais teve início pela face palatina, com o auxílio da guia de silicone previamente confeccionada, que funcionou como uma matriz anatômica para a primeira camada de resina de esmalte, servindo como base para as camadas subsequentes.

Na face vestibular, foi aplicada a resina de dentina, com uso da espátula de inserção número 1, conferindo opacidade e profundidade óptica à restauração. Antes da finalização com a camada de esmalte, uma nova aplicação de resina de dentina foi realizada para reforçar a região vestibular, proporcionando uma transição suave e natural na construção da anatomia dentária, neste momento os instrumentais usados foram: esculpido 3080, espátula 3086, espátula dupla 3077 e a ponta fina de uma sonda exploradora. Sobre essa camada, a última aplicação de resina de esmalte foi posicionada cuidadosamente, com auxílio da espátula de inserção número 1.

Para melhorar a integração entre as camadas e garantir transições óticas imperceptíveis, foi empregada a resina *Applic Flow - Maquira*, aplicada com o auxílio de um pincel de pelo de marta, favorecendo uma fusão mais homogênea entre os diferentes incrementos. Foram também utilizados instrumentos específicos, como microbrush, fundamentais para a correta adaptação do material e esculpimento anatômico preciso.

A escultura foi executada com atenção aos detalhes morfológicos, respeitando os lóbulos de desenvolvimento e a convexidade natural da face vestibular. Microtexturas foram criadas com instrumentos finos, simulando as características óticas dos dentes adjacentes e promovendo uma integração estética harmoniosa ao sorriso.

Após a acomodação das camadas de resina composta, realizou-se a fotopolimerização final por 40 segundos, consolidando toda a estrutura restauradora. O acabamento das restaurações foi conduzido com rigor técnico. Inicialmente, após a fotopolimerização, procedeu-se à remoção do isolamento absoluto. O acabamento inicial foi realizado com brocas multilaminadas de alta rotação (3118F e 3118FF) e discos abrasivos do sistema de discos abrasivos do sistema Lixa 3M™ *Sof-Lex™ Pop-On – Solventum*, promovendo a remoção de excessos e o ajuste anatômico. As brocas permitiram refinamento dos contornos vestibulares e palatinos, além da definição das linhas de margem, essenciais para um resultado funcional e

esteticamente satisfatório (Figura 10).



Figura 10- Pós imediato do acabamento realizado ao final das restaurações.
Fonte: Arquivo pessoal

Ao seguir com o procedimento restaurador iniciou-se nos incisivos centrais. Aproximadamente três semanas depois, a paciente retornou à clínica para a realização das restaurações nos incisivos laterais. Com base nas observações feitas anteriormente e nas queixas relatadas pela paciente, a abordagem escolhida foi a técnica direta à mão livre, permitindo ajustes precisos conforme sua anatomia e estética desejada.

O atendimento teve início com profilaxia utilizando pedra-pomes, seguida da aplicação da anestesia local. O anestésico selecionado foi a lidocaína 2%, administrada por meio da técnica infiltrativa na região dos primeiros pré-molares superiores, garantindo conforto durante todo o procedimento.

Assim como nos atendimentos anteriores, foi realizado o isolamento absoluto da arcada superior, abrangendo os dentes de primeiro pré-molar a primeiro pré-molar. Para isso, selecionou-se um lençol de borracha apropriado, no qual foram feitas perfurações estratégicas para o adequado posicionamento sobre os dentes. A fixação foi feita com grampos 206 e 209, e as amarrilhas com fio dental envolveram os quatro incisivos, promovendo uma vedação eficiente contra a infiltração de saliva.

Na sequência, aplicou-se ácido fosfórico 37% (*AllPrime®*) exclusivamente sobre o esmalte, com cuidado para evitar contato com a dentina. O condicionamento foi mantido por 30 segundos, seguido de lavagem abundante por 15 segundos e secagem com jato de ar, revelando o aspecto esbranquiçado do esmalte adequadamente condicionado.

A adesão foi realizada conforme o protocolo anterior, utilizando o sistema *Adper™ Scotchbond™ Multiuso* (3M ESPE). O *bond* foi aplicado com pincel aplicador em movimentos de fricção por 15 a 20 segundos, e fotopolimerizado por 40 segundos, visto que as restaurações envolveriam apenas estrutura de esmalte.

Para a reconstrução dos incisivos laterais, manteve-se a abordagem com a técnica à mão livre. A primeira etapa consistiu na acomodação da resina de esmalte na face palatina com o auxílio de uma tira de poliéster. Após a remoção dos excessos, realizou-se a fotopolimerização por 40 segundos e, em seguida, a tira de poliéster foi retirada.

Na sequência, iniciou-se a aplicação da primeira camada de resina de dentina na face vestibular. Essa etapa foi conduzida com o uso da espátula de inserção nº 1, sendo a resina cuidadosamente acomodada e esculpida com os instrumentos apropriados: esculpidor 3080, espátula 3086, espátula dupla 3077 e a ponta fina de uma sonda exploradora, garantindo fidelidade à anatomia dental.

A última camada aplicada foi a de resina de esmalte, inserida com a espátula de inserção nº 1. Para aprimorar a adaptação entre as camadas e garantir transições ópticas naturais, utilizou-se resina *Aplic flow - Maquira*, aplicada com o auxílio de pincel de pelo de marta. Concluída essa etapa, procedeu-se à fotopolimerização final por 40 segundos.

Com a escultura anatômica concluída, o isolamento absoluto foi cuidadosamente removido. O acabamento inicial foi realizado com brocas multilaminadas de alta rotação (3118F e 3118FF) e discos abrasivos *Sof-Lex™* (3M ESPE), aplicados em ordem decrescente de abrasividade. Essa fase foi essencial para a remoção de excessos, refinamento dos contornos vestibulares e palatinos, e definição de linhas de margem bem delimitadas, sempre respeitando a morfologia natural dos dentes e garantindo harmonia estética no sorriso final da paciente (Figura 11).



Figura 11- Pós imediato das restaurações dos incisivos laterais: (A) Sorriso. (B) Lateral esquerdo. (C) Frente. (D) Lateral direito.

Fonte: Arquivo pessoal.

A paciente retornou em atendimento posterior para a realização do polimento final das restaurações. Neste momento, foi utilizado o kit de polimento para resina composta *Enhance®* - *Dentsply*, em associação com a pasta de polimento diamantada *AAf*, aplicada em baixa rotação. Todo o processo foi conduzido com atenção aos detalhes, visando otimizar a lisura superficial e o brilho das restaurações. Para a etapa final, empregou-se o disco de feltro, promovendo um brilho realçado e conferindo às resinas uma aparência ainda mais natural e estética.

Dessa forma, concluiu-se o planejamento restaurador proposto, com a devolução da função, da estética e da harmonia do sorriso da paciente. O resultado final atendeu às expectativas clínicas e pessoais, evidenciado pela satisfação demonstrada pela paciente ao final do tratamento (Figura 12).

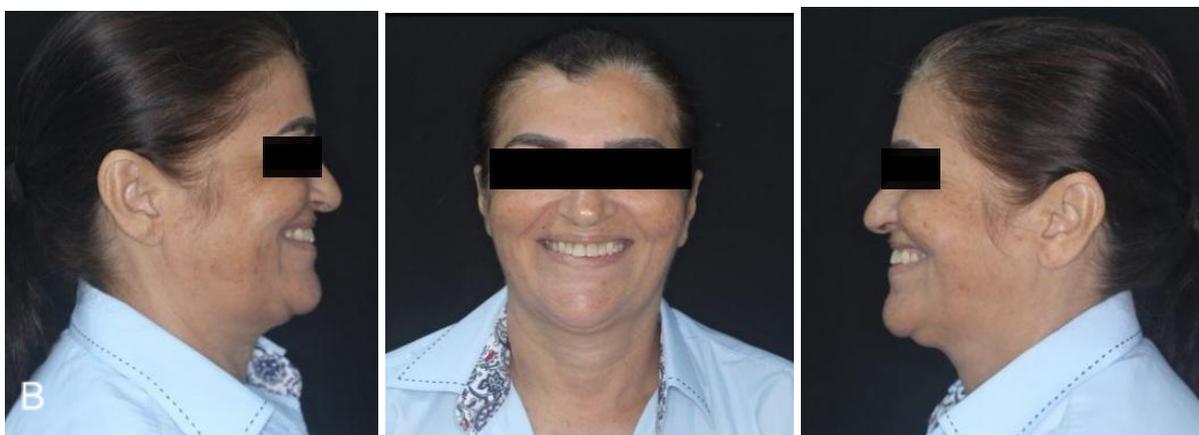


Figura 12- (A) Pós imediato do polimento final das restaurações. (B) Extraorais após finalização do caso.
Fonte: Arquivo Pessoal.

6 DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado evidencia a importância da abordagem interdisciplinar entre ortodontia e dentística restauradora no tratamento de máis oclusões em pacientes adultos, especialmente nos casos de Classe III de Angle com relação incisal de topo a topo. Essa condição é caracterizada por um posicionamento anterior da mandíbula em relação à maxila, resultando em contatos incisivos diretos entre os dentes anteriores superiores e inferiores. Tal configuração compromete não apenas a estética do sorriso, mas também a função mastigatória e o equilíbrio oclusal, além de favorecer o desgaste acelerado das bordas incisais, a perda de guias anteriores. Essas cargas em excesso podem desencadear fraturas dentárias, alterações nas estruturas e disfunções temporomandibulares (Proffit *et al.*, 2018; Okeson, 2013).

A anamnese inicial representa uma etapa imprescindível no diagnóstico e no planejamento terapêutico de casos odontológicos complexos. É por meio dessa etapa, obtendo informações que o cirurgião-dentista compreende não apenas a queixa principal, mas também o histórico médico, odontológico e os fatores psicossociais envolvidos. A literatura afirma que a anamnese detalhada permite identificar sinais e sintomas que, muitas vezes, não são perceptíveis apenas com o exame clínico, sendo essencial para a definição de uma conduta precisa (Pedrini *et al.*, 2007).

Além disso, Okeson (2013, p. 19) reforça que garantindo uma boa anamnese se estabelece um diagnóstico diferencial confiável, especialmente em casos que envolvem dor orofacial e disfunções temporomandibulares. Essas informações, obtidas durante a anamnese inicial, guiaram a escolha por uma abordagem conservadora e interdisciplinar, que integrasse ortodontia e dentística restauradora. Tal conduta teve como objetivo restabelecer o equilíbrio oclusal, a estética do sorriso e a função mastigatória da paciente de forma previsível, minimamente invasiva e alinhada às suas necessidades subjetivas, conforme preconiza a odontologia centrada no paciente.

Após a anamnese e o exame clínico inicial, a paciente foi encaminhada para a realização de exames radiográficos complementares para que fosse obtido um diagnóstico ortodôntico. A análise de Steiner (1953) foi determinante para a definição da conduta terapêutica, ao fornecer dados objetivos sobre o

posicionamento e a inclinação dos incisivos em relação às estruturas ósseas de suporte. Dentre os parâmetros avaliados, destacou-se o ângulo 1.NA, que mensura a inclinação dos incisivos superiores em relação à base óssea maxilar. O valor obtido de 35,8°, inferior ao padrão médio de 22°, evidenciou uma retroinclinação expressiva desses dentes, característica frequentemente associada a padrões de má oclusão Classe III. Essa retroinclinação contribuiu para a ausência de overjet e para os contatos incisais traumáticos, comprometendo a função mastigatória e a estética do sorriso (Melsen, 2015).

Diante disto, os achados cefalométricos fundamentaram a indicação de uma abordagem ortodôntica compensatória, voltada para a vestibularização dos incisivos superiores, com o objetivo de restabelecer o trespasse horizontal e vertical adequados. Essa decisão foi especialmente relevante diante das limitações impostas pelo caso clínico, como a presença de contenção fixa na arcada inferior e de implantes osseointegrados nos setores posteriores, que inviabilizavam a movimentação dentária mais ampla nesse segmento (Ricketts, 1981).

De acordo com Capelozza Filho (2010), a compensação ortodôntica é uma alternativa eficaz para pacientes adultos que apresentam discrepâncias esqueléticas de média magnitude, desde que a estética facial e a saúde periodontal sejam preservadas. Melsen (2015) complementa que, em adultos, essa estratégia deve ser executada com cautela, respeitando os limites biológicos do periodonto e as particularidades estruturais do osso cortical. Nessa perspectiva, a análise cefalométrica de Steiner não apenas corroborou o diagnóstico clínico, mas também direcionou um plano terapêutico seguro, conservador e individualizado, compatível com as condições clínicas e expectativas da paciente.

Optou-se pela técnica ortodôntica *Straight Wire*, reconhecida por sua eficácia em promover movimentações dentárias tridimensionais controladas, com previsibilidade clínica satisfatória (Ricketts, 1981). Esta abordagem foi selecionada por possibilitar a criação de espaços adequados para posterior reanatomização dentária, além de contribuir significativamente para a melhora da relação incisal, sempre respeitando os limites impostos pela biomecânica individual da paciente (Rodrigues, 2004).

A movimentação ortodôntica foi conduzida exclusivamente na arcada superior, utilizando-se a prescrição original da técnica *Straight Wire*, cuja mecânica

se baseia no controle tridimensional dos dentes a partir das características incorporadas nos brackets. O alinhamento e a nivelção inicial foram realizados com fios de níquel-titânio (NiTi) de calibres 0,14" e 0,16", seguidos pela inserção de fios de aço inoxidável de calibres 0,18" e 0,20", com o objetivo de proporcionar maior controle de torque (Rodrigues, 2004).

Com o intuito de criar espaços interincisais e promover a vestibularização dos incisivos superiores, foram inseridas molas abertas entre os elementos 13 e 23. Esta etapa seguiu os princípios biomecânicos descritos por Mendes-Gouvêa *et al.* (2013) sendo acompanhada por manutenções mensais monitoradas para avaliação da resposta dentoalveolar.

Optou-se por um tratamento ortodôntico compensatório usado na substituição da cirurgia ortognática, uma conduta considerada viável em casos de discrepâncias esqueléticas moderadas (Capelozza Filho, 2010). A estratégia terapêutica adotada teve como objetivo principal a correção da inclinação dentária e o restabelecimento de uma relação funcional e estética satisfatória, mesmo diante das limitações impostas pelo padrão esquelético da paciente. Essa abordagem conservadora tem sido amplamente defendida como eficaz, sobretudo em pacientes adultos que não desejam se submeter a procedimentos invasivos (Mendes-Gouvêa *et al.*, 2013)

A moldagem com alginato após o tratamento ortodôntico tem como a obtenção de modelos em gesso para enceramento diagnóstico. Além disso, esse procedimento permite simular, em ambiente laboratorial, a morfologia dentária ideal, servindo como guia para a reanatomização clínica posterior. O enceramento diagnóstico orientou tanto a forma final dos dentes quanto a confecção de uma guia de silicone de condensação, dispositivo essencial para a reprodução precisa da anatomia palatina durante a fase restauradora (Edelhoff; Brix, 2011).

Durante o planejamento restaurador, observou-se a relevância de restabelecer não apenas a estética do sorriso, mas também as guias oclusais anteriores, frequentemente comprometidas em pacientes com má oclusão Classe III. A ausência dessas guias pode predispor a sobrecarga dos dentes posteriores e das ATM, elevando o risco de desenvolvimento de disfunções orofaciais (Okeson, 2013). Assim, a reanatomização com resina composta tornou-se uma etapa fundamental para restaurar a proteção funcional durante os movimentos excursivos

mandibulares, especialmente nos movimentos de protrusão e lateralidade (Jefferies, 2007).

A previsibilidade estética e funcional é de grande importância. Neste caso, o ensaio restaurador utilizando resinas compostas provisórias, aplicadas sem sistema adesivo é uma abordagem que permite a visualização, pela paciente, da nova morfologia dental e, assim, proporcionar participação ativa nas decisões clínicas antes da reabilitação definitiva. Com base no enceramento diagnóstico e na guia de silicone previamente confeccionada, o ensaio restaurador possibilitou ajustes personalizados, alinhando as expectativas da paciente aos critérios clínicos de estética e função (Baratieri *et al.*, 2005; Spear, 2007).

A técnica restauradora usada combinou métodos indiretos, como o uso da guia de silicone para a reprodução da parede palatina, com a aplicação direta à mão livre, essencial para o refinamento anatômico e individualização das restaurações. A utilização de resinas compostas em diferentes colorações permitiu uma naturalidade em relação à cor, respeitando a anatomia dos dentes. Isso resulta em uma harmonia estética e integração cromática satisfatória (Araujo; Perdigão, 2021; Van Meerbeek *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, é imprescindível que a etapa restauradora definitiva seja realizada sob isolamento absoluto para garantir o controle de umidade e um campo operatório ideal. O sistema adesivo aplicado de acordo com os preceitos de Baratieri (2010) e seguindo as instruções do fabricante permitem condições ideais para adesão. Além disso, o sistema adesivo convencional de 3 passos, usado do caso em questão, é considerado padrão ouro por sua durabilidade e força de união ao esmalte (Van Meerbeek *et al.*, 2011).

As resinas compostas quando usadas pela técnica incremental, em camadas sucessivas, permite tanto um acabamento como também diminuição de contração de polimerização. A técnica direta à mão livre é uma abordagem indicada para pequenas modificações morfológicas que exigem liberdade escultural e sensibilidade clínica (Bichacho, 2002).

O acabamento e polimento das restaurações com brocas multilaminadas, sistema Sof-Lex, pasta diamantada e disco de feltro promoveu uma superfície restauradora lisa, brilhante e resistente ao manchamento e à adesão de biofilme, contribuindo significativamente para a longevidade clínica das restaurações e para a

manutenção da saúde periodontal (Chidoski; Perin, 2021). Tais cuidados são fundamentais não apenas do ponto de vista estético, mas também biológico, garantindo a preservação tecidual e o conforto funcional da paciente no longo prazo (Van Meerbeek *et al.*, 2011).

As consultas de acompanhamento são essenciais para analisar a qualidade das restaurações e estabilidade oclusal, a função mastigatória e a adaptação à nova guia anterior (Mohamed, 2024). No caso em questão foi possível observar uma melhora expressiva na estética do sorriso, com equilíbrio do corredor bucal, regularidade dos bordos incisais e restabelecimento das guias funcionais anteriores, essenciais para a desoclusão posterior e proteção das articulações temporomandibulares.

Em síntese, a previsibilidade e resolutividade deste caso clínico refletem a aplicação de princípios biológicos, funcionais e estéticos, baseados em literatura atualizada e boas práticas clínicas. A integração entre ortodontia e dentística restauradora demonstrou ser eficaz mesmo diante das limitações impostas por discrepâncias esqueléticas, evidenciando o potencial da odontologia interdisciplinar centrada no paciente adulto. Tal abordagem reforça o papel da reanatomização como alternativa conservadora, minimamente invasiva e de alto impacto estético e funcional.

7 CONCLUSÃO

Este relato de caso demonstrou a abordagem interdisciplinar no tratamento de uma paciente com má oclusão Classe III, desgastes dentários. A integração entre ortodontia, dentística e restauradora permitiu resultados funcionais e estéticos satisfatórios, com foco na individualização do tratamento e no protagonismo da paciente. O uso de técnicas restauradoras adesivas, guias de silicone e escultura manual contribuiu para uma reabilitação natural e harmônica. Conclui-se que a interdisciplinaridade, aliada a um planejamento criterioso e à escuta ativa do paciente, é essencial para o sucesso de reabilitações orais complexas na prática clínica.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, E.; PERDIGÃO, J. Anterior Veneer Restorations - An Evidence-based Minimal-Intervention Perspective. **J Adhes Dent**. v. 7, n. 23, p. 91-110, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33825424/>. Acesso em: 2 de abril de 2025.
- BARATIERI, Luiz N. **Odontologia Restauradora - Fundamentos & Técnicas**. Rio de Janeiro: Santos, v. 1, 2010. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-412-0307-4/>. Acesso em: 8 de abril de 2025.
- BICHACHO, H. **Estética em reabilitação adesiva: planejamento e técnicas clínicas**. São Paulo: Quintessence, 2002. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/718255851/Odontologia-Estetica-e-Restauradora-Selecao-de-Materiais-e-Tecnicas-Terry-e-Geller-2-Ed>. Acesso em: 8 de abril de 2025.
- CAPELOZZA FILHO, L. *et al.* Individualização de braquetes na técnica de StraightWire: revisão de conceitos e sugestão de indicações para uso. **Rev Dental Press Ortod Ortop Facial**, v. 4, n. 4, p.87-106, 1999. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001397210>. Acesso em: 2 de abril de 2025.
- CAVAZZINI, A. *et al.* Guia canina - importância clínica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25058/21901>. Acesso em: 2 de abril de 2025.
- CHIDOSKI, J.C.; PERIN, N.D. Reanatomização em dentes anteriores. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. v. 7, n. 10, p.1826–1845, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2700>. Acesso em: 8 de abril de 2025.
- DANTE, A. C. S. *et al.* Tratamento da má oclusão de Classe III por meio de compensação dentária. **Clinical Orthodontics**, v.15, n.4, 2016. Disponível em: <https://clinicalorthodontics.net/artigo/119/CI%C3%ADnical-2016-v15n4/1586/Tratamento-da-m%C3%A1-oclus%C3%A3o-de-Classe-III-por-meio-de-compensa%C3%A7%C3%A3o-dent%C3%A1ria>. Acesso em: 2 de abril de 2025.
- EDELHOFF, D.; BRIX, O. All-ceramic restorations in different indications: a case series. **J Am Dent Assoc**. v. 2, n. 14, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21454836/>. Acesso em: 8 de abril de 2025.
- GOLDSTEIN, G.; CAMPBELL S. Angle's Classification-A Prosthodontic Consideration: Best Evidence Consensus Statement. **J Prosthodont**. v. 30, n.1, p. 67-71, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33331655/>. Acesso em: 2 de abril de 2025.
- JEFFERIES, S. R. Abrasive finishing and polishing in restorative dentistry: a state-of-the-art review. **Dent Clin North Am**, v. 51, n. 2, p. 379-397, 2007. Disponível

em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17532918/>. Acesso em: 8 de abril de 2025.

MELO, A. K. V. *et al.* Importância da inter-relação entre oclusão e dentística restauradora na busca por um sorriso estético e funcional: uma revisão de literatura. **Archives of health investigation**, v. 8, n. 6, 2019. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/3321>. Acesso em: 8 de abril de 2025.

MELSEN, B. Ortodontia: **Tratamento em adultos: princípios e estratégias**. Maringá: Dental Press, 2015. Disponível em: <https://www.dentalpressbooks.com/books/ortodontia-tratamento-em-adultos-birte-melsen/>. Acesso em: 5 de abril de 2025

MENDES-GOUVÊA, C. C. *et al.* Multidisciplinary treatment of adult patients with Class III malocclusion. **Rev. gaúch. odontol**, v.61, n.3, 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372013000300014. Acesso em: 5 de abril de 2025.

MIAMOTO, C. B. *et al.* Impact of two early treatment protocols for anterior dental crossbite on children's quality of life. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 23, n. 1, p. 71–78, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/7WQtknPZG3QsNtVqMtCwK5D/>. Acesso em: 2 de abril de 2025.

MOHAMED, A. The Art and Science of Anterior Composite Restoration. **International Dental Journal**. v. 74, n.1, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002065392401195X>. Acesso em: 8 de abril de 2025.

OLIVEIRA, S. R. Má oclusão Classe III, com mordida cruzada posterior unilateral e assimetria facial. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 5, p. 182–191, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/ZMTc5gtyjQBpjqhXwcPXxMw/>. Acesso em: 4 de abril de 2025.

OLTRAMARI, P. V. P. *et al.* Tratamento ortopédico da Classe III em padrões faciais distintos. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 10, n. 5, p. 72–82, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpress/a/6mrMmVKFPFqFM4JrRLmP96q/>. Acesso em: 2 de abril de 2025.

OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595157873/>. Acesso em: 4 de abril de 2025.

PEDRINI, D. *et al.* Plano de Tratamento em Odontologia: Análise dos Planos Propostos por Alunos de Graduação. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. v. 7, n. 3, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/251067459_Plano_de_Tratamento_em_Odon

tologia_Analise_dos_Planos_Propostos_por_Alunos_de_Graduacao. Acesso em: 2 de abril de 2025.

PINTO, E. M.; LIMA, N. S.; GONDIM, P. P. C. Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das más oclusões. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**. v. 13, n. 1, p. 82-91, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpress/a/Z67VTcQbHFxzLLnPYkP3fnt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 de abril de 2025.

PROFFIT, W. R. *et al.* **Ortodontia contemporânea**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595158313/>. Acesso em: 4 de abril de 2025.

RICKETTS, R. M. Cephalometric synthesis: a review of its principles and clinical applications. **Angle Orthod**, v. 51, n. 2, p. 115-150, 1981. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6942666/>. Acesso em: 2 de abril de 2025.

RODRIGUES, M. **Técnica Straight Wire Simplificada**. Maringá: Dental press, 2004. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/355464466/Tecnica-Straight-Wire-Simplificada-Messias-Rodrigues>. Acesso em: 4 de abril de 2025

SILVA, A. F. ; LUND, R. G. **Dentística Restauradora - Do Planejamento à Execução**. São Paulo: Santos, 2019. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Dent%C3%ADstica-Restauradora-Do-Planejamento-Execu%C3%A7%C3%A3o-ebook/dp/B073DQV7Z7>. Acesso em: 8 de abril de 2025

SPEAR, F. M; KOKICH, V. G. A multidisciplinary approach to esthetic dentistry. **Dent Clin North Am**, v. 51, n. 2, p. 487-505, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17532924/>. Acesso em: 4 de abril de 2025.

STEINER, C. C. Cephalometrics for you and me. **American Journal of Orthodontics**, St. Louis, v. 39, n. 10, p. 729–755, 1953. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0002941653900827>. Acesso em: 2 de abril de 2025.

VIANA, E. P. *et al.* Distúrbios intracapsulares da articulação temporomandibular: da semiologia à terapêutica:uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n.3, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13189/11811/172361>. Acesso em: 2 de abril de 2025.

VAN MEERBEEK, B. *et al.* State of the art of self-etch adhesives. **Dental Materials, Amsterdam**, v. 27, n. 1, p. 17–28, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21109301/>. Acesso em: 2 de abril de 2025.

APÊNDICES



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Regina Maria Costa de Moraes, você está sendo convidada, pela pesquisadora Maria Elisa Martins Moura, da clínica odontológica do centro Universitário Christus, a participar de um estudo do tipo Relato de caso, intitulado: REABILITAÇÃO ESTÉTICO FUNCIONAL: UM RELATO DE CASO. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre o estudo que estaremos fazendo. A sua participação é importante, porém você não deve participar contra sua vontade e sem sua autorização. Leia atentamente as informações abaixo, e faça qualquer pergunta que desejar que teremos prazer em esclarecê-las.

1. TÍTULO DA PESQUISA:

Reabilitação estético funcional: Um relato de caso.

2. PESQUISADORA:

Dra. Maria Elisa Martins Moura

3. OBJETIVO DO ESTUDO:

Relatar e descrever os procedimentos relacionados ao tratamento ortodôntico e estético restaurador de uma paciente com desgastes dentários causados por um colapso oclusal.

4. BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO:

O tratamento proposto é considerado de grande importância a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para a paciente, na melhora da estética e funcionalidade da saúde oral, e, como consequência, melhoras no bem-estar social e psicológico, além de contribuir com a literatura odontológica e outros casos que podem ser tratados de forma semelhante. Apesar dos benefícios, riscos comuns, presentes em qualquer tratamento odontológico podem ser considerados, como insatisfação com o resultado final do tratamento, quebra acidental de sigilo, a possibilidade de desconforto durante o tratamento, o não resultado desejado caso a paciente não colabore com o tratamento e o constrangimento da paciente por ter seu caso apresentado em pesquisas e congressos.

5. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

A sua participação é voluntária e tem a liberdade de desistir ou interromper a participação neste estudo no momento que desejar, para isso você deve informar imediatamente sua decisão aos pesquisadores, sem necessidade de qualquer explicação e sem que isto venha interferir de forma alguma em seu atendimento médico-odontológico.

6. GARANTIA DE SIGILO:

Os pesquisadores se comprometem a resguardar todas as informações individuais, tratando-as com impessoalidade e não revelando a identidade do sujeito que as originou, durante e após o estudo. Além disso, as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa e a divulgação destas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. As imagens e os dados poderão ser publicados em revistas científicas, porém seu nome será preservado. Os pesquisadores garantem que as imagens e os dados serão utilizados somente para esta pesquisa.

7. CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÃO:

Eu Regina Maria Costa do Moraes ⁶⁰ anos, portadora do RG nº 01511073503, declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e que, após, tive nova oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo e também sobre o estudo e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Acredito estar suficientemente informada, ficando claro para mim que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou plenamente de acordo com a realização do estudo e com a utilização das imagens para publicações em revistas ou artigos científicos. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expreso afirmo estar livre e espontaneamente decidido a autorizar a minha participação no estudo e declaro ainda estar recebendo uma via deste termo.

Fortaleza (CE), 18 de Agosto de 2023

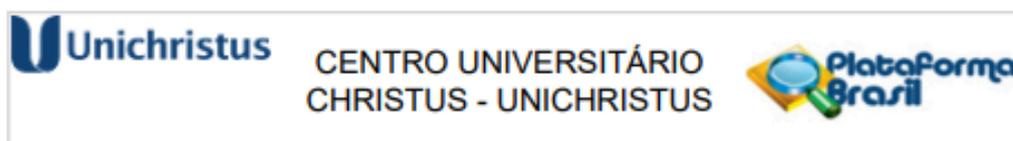
Regina Maria Costa do Moraes 
SUJEITO DA PESQUISA ASSINATURA

Marion Elton Martin Moura 
PESQUISADOR ASSINATURA

Lelicia de Sousa Marques
Endereço do Pesquisador:

Rua João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza – CE,
CEP 60190-060; Tel: (85) 98195-6976.

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO ESTÉTICO FUNCIONAL: UM RELATO DE CASO.

Pesquisador: Maria Elisa Martins Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84419824.9.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: INSTITUTO UNICHRISTUS LTDA.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.419.136

Apresentação do Projeto:

Este estudo é um relato de caso em odontologia, que visa detalhar os procedimentos realizados em um tratamento odontológico reabilitador e estético de forma completa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo do presente estudo é apresentar, por meio de um relato de caso, a sequência multidisciplinar para o tratamento de um paciente com histórico de desgastes dentários e reabsorção periodontal devido a má oclusão, descrevendo os procedimentos necessários com característica multidisciplinar usadas na reabilitação da paciente. (dentística, ortodontia e periodontia).

Objetivo Secundário:

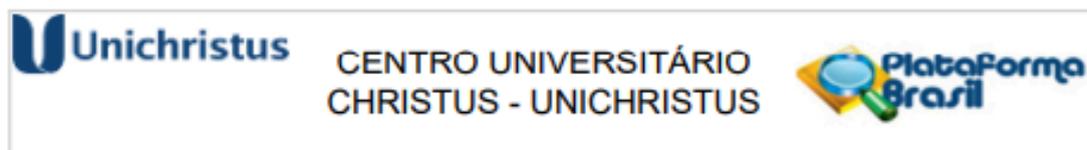
Destacar, por meio de um relato de caso detalhado, a importância do conhecimento por parte do cirurgião-dentista sobre os protocolos para tratamento de pacientes com má oclusão que causaram desgastes dentários e reabsorção periodontal. Junto a isso, salientar a importância de unir diversas áreas da Odontologia na elaboração e conclusão do plano de tratamento desse paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apesar dos benefícios, riscos comuns, presentes em qualquer tratamento odontológico podem

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.419.136

ser considerados, como insatisfação com o resultado final do tratamento, quebra acidental de sigilo, a possibilidade de desconforto durante o tratamento, o não resultado desejado caso a paciente não colabore com o tratamento e o constrangimento da paciente por ter seu caso apresentado em pesquisas e congressos.

Benefícios:

O tratamento proposto é considerado de grande importância a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para a paciente, na melhora da estética e funcionalidade da saúde oral, e, como consequência, melhoras no bem-estar social e psicológico, além de contribuir com a literatura odontológica e outros casos que podem ser tratados de forma semelhante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente trabalho apresentará um relato de caso que abordará o tratamento multidisciplinar de uma paciente com má oclusão classe III, desgaste dentário e recessão gengival. O tratamento terá como objetivo reabilitar a estética e funcionalidade oral por meio de ortodontia, periodontia e dentística. Após o diagnóstico clínico e radiográfico, serão realizadas etapas como a instalação de aparelho ortodôntico, reanatomização dentária com resina composta e cirurgia de enxerto gengival para recobrimento radicular. O planejamento detalhado e coordenado entre as especialidades proporcionará um tratamento estético e funcional, contribuindo para a qualidade de vida da paciente. O estudo destacará a importância da interdisciplinaridade e do planejamento cuidadoso no manejo de casos complexos em odontologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os termos foram apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2203572.pdf	03/01/2025 18:52:02		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	03/01/2025	LETICIA DE SOUZA	Aceito

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS

Continuação do Parecer: 7.419.136

Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	18:48:58	MARQUES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/10/2024 20:53:15	LETICIA DE SOUZA MARQUES	Aceito
Outros	imagem.pdf	26/09/2024 18:27:51	LETICIA DE SOUZA MARQUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisa.pdf	26/09/2024 18:24:18	LETICIA DE SOUZA MARQUES	Aceito
Orçamento	arqorcamento.pdf	26/09/2024 18:21:45	LETICIA DE SOUZA MARQUES	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	26/09/2024 18:18:11	LETICIA DE SOUZA MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2024 18:09:28	LETICIA DE SOUZA MARQUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1tccprojeto.pdf	26/09/2024 18:07:18	LETICIA DE SOUZA MARQUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 28 de Fevereiro de 2025

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
 Bairro: Cocó CEP: 60.190-060
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3265-8187 E-mail: cep@unichristus.edu.br