



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA

MARIA AMANDA LOPES

FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA COM SOBRECONTORNO E SEU
IMPACTO NO PERIODONTO: RELATO DE CASO

FORTALEZA, CEARÁ
2025

MARIA AMANDA LOPES

FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA COM SOBRECONTORNO E SEU
IMPACTO NO PERIODONTO: 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: Prof. Dr. Átila Vinicius Vitor Nobre

FORTALEZA, CEARÁ

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)

L864f Lopes, Maria Amanda.

FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA COM
SOBRECONTORNO E SEU IMPACTO NO PERIODONTO:
RELATO DE CASO / Maria Amanda Lopes. - 2025.

52 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Átila Vinicius Vitor Nobre.

1. Gengivite. 2. Falha de restauração dentária. 3. Doença
iatrogênica. I. Título.

CDD 617.6

MARIA AMANDA LOPES

FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA COM SOBRECONTORNO E SEU
IMPACTO NO PERIODONTO: 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: Prof. Dr. Átila Vinicius Vitor
Nobre

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Átila Vinicius Vitor Nobre (Orientador)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Me. Ana Carolina Luna de Carvalho
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Me. Mayra Sabiá de Moura
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico este trabalho primeiramente à Deus por ser minha fonte de paz e esperança em todos os momentos da minha vida. Aos meus pais que não mediram esforços para realizar esse grande sonho. À minha família, que sempre acreditaram no meu potencial. As minha amigas, que não hesitaram em me aconselhar, ouvir e apoiar principalmente nos momentos difíceis. Ao meu namorado que sempre me motivou e caminhou ao meu lado em toda trajetória. E aos meus professores, que contribuíram para minha evolução acadêmica e profissional. A todos vocês, muito obrigada por serem essencial nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não representa apenas a conclusão de uma etapa acadêmica, mas também simboliza o amor, apoio e dedicação de todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a minha trajetória.

Agradeço, primeiramente, a Deus, por permitir que eu chegasse até este momento com esperança, força e fé, sendo meu alicerce em toda a caminhada.

Aos meus pais, Graça Lopes e Beto Lopes, pelo amor incondicional e confiança. Sem vocês, certamente eu não estaria aqui hoje. Obrigada por me ensinarem a lutar pelos meus sonhos e a perseverar mesmo diante das dificuldades.

À Família Lopes, que sempre acreditou no meu potencial e esteve presente nos momentos mais importantes, ensinando-me o verdadeiro significado do companheirismo.

Ao meu namorado, Breno, que permaneceu ao meu lado desde o princípio dividindo cada vitória e dificuldade, me incentivando a crescer como profissional e pessoa, com dedicação e amor.

Às minhas amigas, Dhiovana e Camila, que todos os dias estavam à disposição para me apoiar de todas as formas possíveis, tornando esta jornada mais leve e agradável.

Ao meu trio acadêmico, Eduarda e Marillya, que transformaram os dias de clínica em momentos de aprendizado, diversão e cumplicidade, compartilhando comigo cada conquista e cada desafio.

À minha banca examinadora, que se dispôs a participar deste momento tão importante, e especialmente ao meu orientador, Átila Nobre, cuja paciência, dedicação e orientação desde o início foram essenciais para a realização deste trabalho, sempre estimulando-me a alcançar meu melhor.

Todos, de maneira direta ou indireta, participaram de uma etapa fundamental da minha vida, tornando possível a concretização deste sonho. A todos, meu mais sincero e profundo agradecimento.

"Portanto, não percam a coragem, pois ela traz uma grande recompensa."
(Hebreus 10:35)

RESUMO

A busca pela estética dentária é cada vez maior na atualidade. Procedimentos estéticos orofaciais têm sido extensamente procurados pelos pacientes, com destaque para as facetas diretas. Por se tratarem de restaurações diretas, sem a necessidade de etapas laboratoriais, as facetas em resina composta otimizam o tempo, o custo e atendem as expectativas do paciente. Entretanto, iatrogenias estão surgindo cada vez mais, advindas da má execução desta técnica restauradora. Além das falhas técnicas que podem acontecer, implicações biológicas podem afetar o periodonto, causando inflamação, perda de inserção clínica e até bolsas periodontais. Para garantir que o tratamento restaurador tenha estabilidade e longevidade, é imprescindível respeitar os termos do preparo/restauração e a inserção dos tecidos supracrestais. Nesse contexto, é de grande importância para o cirurgião-dentista o conhecimento sobre o impacto que a presença de restaurações com sobrecontorno (excesso de material restaurador no terço cervical dos dentes) pode causar no periodonto. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de uma paciente com facetas diretas em resina composta em dentes anteriores superiores, com sobrecontorno. Paciente E.L.S, 35 anos, sexo feminino, buscou a clínica-escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (Unichristus) com a queixa de “gengiva inflamada”. Ao exame clínico foi observada gengivite induzida por biofilme acumulado devido às restaurações com sobrecontorno. Foi realizado tratamento periodontal e adequação do meio bucal e, ao restabelecer saúde gengival, foi realizado o tratamento restaurador novamente, além do recobrimento de recessões gengivais inferiores. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unichristus (CAAE: 88452925.8.0000.5049). Podemos concluir que facetas diretas com sobrecontorno em região cervical exercem impacto negativo na saúde periodontal com sérias consequências, e que o tratamento periodontal adequado, associado ao restabelecimento estético do sorriso podem restaurar a saúde gengival e a autoestima de pacientes que buscam esta modalidade de tratamento estético.

Palavras-chaves: gengivite; falha de restauração dentária; doença iatrogênica

ABSTRACT

The search for aesthetic dentistry is increasingly common today. Orofacial aesthetic procedures have been widely sought after by patients, particularly direct veneers. Because they are direct restorations, without the need for laboratory steps, composite resin veneers optimize time and cost, and meet patient expectations. However, iatrogenic complications are increasingly emerging due to poor execution of this restorative technique. In addition to potential technical failures, biological implications can affect the periodontium, causing inflammation, loss of clinical attachment, and even periodontal pockets. To ensure the stability and longevity of the restorative treatment, it is essential to respect the preparation/restoration deadlines and the insertion of the supracrestal tissues. In this context, it is crucial for dentists to understand the impact that overcontour restorations can have on the periodontium. The objective of this study was to report a clinical case of a patient with direct composite resin veneers on upper anterior teeth, with overcontouring (excess restorative material in the cervical third of the teeth). Patient E.L.S., a 35-year-old female, sought the Dental School Clinic of the Christus University Center (Unichristus) complaining of "inflamed gums." Clinical examination revealed gingivitis induced by biofilm accumulation due to the overcontour restorations. Periodontal treatment and oral environment adjustment were performed. Upon restorative treatment, which was performed upon gingival health, was repeated, in addition to coverage of lower gingival recessions. This study was submitted to and approved by the Research Ethics Committee (CEP) of Unichristus (CAAE: 88452925.8.0000.5049). We can conclude that direct veneers with overcontouring in the cervical region have a negative impact on periodontal health with serious consequences, and that appropriate periodontal treatment, combined with aesthetic smile restoration, can restore gingival health and self-esteem in patients seeking this type of aesthetic treatment.

Keywords: gingivitis; dental restoration failure; iatrogenic disease

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Avaliação inicial: (A) Sondagem periodontal em região anterior; (B) Vista de arcada superior com facetas diretas nos dentes 14 a 24; (C) Registro de periodontal screening recording (PSR).....	23
Figura 2 – Aspecto clínico intraoral: (A) Vista lateral direita; (B) Vista lateral esquerda; (C) Vista frontal; (D) Vista lateral do sobrecontorno das facetas diretas; (D) e (E) Presença de degrau cervical indicado pela sonda da Organização Mundial de Saúde (OMS); (F) Vista lateral em oclusão.....	24
Figura 3 – Aspecto clínico extraoral: (A) Registro de sorriso em paciente; (B) Vista de facetas diretas anteriores; (C) Vista lateral esquerda evidenciando acúmulo de placa e fraturas nas facetas diretas; (D) Vista lateral direita evidenciando acúmulo de placa e inflamação gengival.....	25
Figura 4 – Desgastes cervicais: (A) Ponta diamantada 3195F em posição cervical de facetas; (B) Remoção de sobrecontorno com pontas diamantadas 3195F e 3195FF; (C) Vista lateral pós remoção de sobrecontorno; (D) Pós imediato de desgastes cervicais; (E) Vista frontal do aspecto imediato.....	26
Figura 5 – Terceira sessão: Vista após desgastes cervicais das áreas com sobrecontorno e reavaliação do sangramento gengival.....	27
Figura 6 – Guia Palatina: (A) Vista da incisal de modelo encerado; (B) Modelo pronto para confecção de guia palatina; (C) Confecção de guia palatina; (D) Guia pronta para confecção de novas facetas.....	28
Figura 7 – Retrabalho de facetas em resina composta: (A) Isolamento com dique de borracha evidenciando os preparos dentários e pinos metálicos nos dentes 21 e 22; (B) Confecção de concha palatina nos preparos dentários; (C) Uso de grampos B4 e 212 para melhorar visualização dos terminos dos pinos; (D) Restauração direta finalizada em isolamento absoluto; (E) Aspecto imediato após remoção de isolamento absoluto, evidenciando oclusão das arcadas superior e inferior; (F) Aspecto lateral após acabamento e polimento; (G) Aspecto da face.....	29
Figura 8 – Aspecto Final: (A) Aspecto antes do retratamento das facetas diretas; (B) Aspecto após retratamento das facetas diretas.....	29
Figura 9 – Recobrimento radicular: (A) Aspecto inicial de cirurgia de recobrimento; (B) Incisões do tipo túnel concluída e checagem da passividade do túnel com sonda	

Carolina do Norte; (C) Área doadora do enxerto de epitélio e conjuntivo suturada antes da inserção da resina flow; (D) Enxerto posicionado em região de exposição radicular; (E) Tecido suturado com enxerto em posição subepitelial em região de dente 31 e 33.....	31
Figura 10 – Pós Operatório: (A) Aspecto frontal após 15 dias; (B) Aspecto lateral após 15 dias de recobrimento radicular.....	32
Figura 11 – Aspecto inicial e final: (A) Aspecto inicial das facetas diretas com sobrecontorno, inflamação gengival e recessões gengivais; (B) Aspecto final das novas facetas diretas e pós-recobrimento radicular das recessões gengivais dos dentes 31 e 33; (C) Vista lateral antes; (D) Vista lateral depois.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ES	Espaço Supracrestal
LP	Ligamento Periodontal
PE	Perfil de Emergência
PSR	Periodontal Screnning and Recording
RC	Resina Composta
RG	Recessão Gengival
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unichristus	Centro Universitário Christus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1	Facetas em resina composta	16
3.2	Protocolo clínico de confecção de restauração do tipo facetas diretas	16
3.3	Sobrecontorno e sua repercussão na saúde bucal	17
3.4	Espaço dos tecidos supracrestais.....	18
3.5	Saúde Periodontal.....	20
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
4.1	Modalidade de Pesquisa.....	22
4.2	Aspectos éticos.....	22
5	RELATO DE CASO	23
5.1	Exames iniciais, diagnóstico e tratamento periodontal	23
5.2	Re-trabalho das facetas diretas em resina composta	27
5.3	Recobrimento radicular dos dentes 31 e 33.....	30
6	DISCUSSÃO.....	33
7	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICES	45
	ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

A busca pela estética orofacial em Odontologia está cada dia mais frequente. A globalização e o acesso fácil a informação obtida pelos pacientes elevou o mercado odontológico, com destaque principalmente nas áreas de Dentística e Harmonização Orofacial (Hirata *et al.*, 2022). Dentes brancos, alinhados e bem-posicionados são parâmetros da estética “branca” buscados pela maioria dos pacientes. Desta forma, procedimentos restauradores estéticos, como as facetas diretas em resina composta (RC) ganharam popularidade, com uma proposta de modificar cor e formato dos dentes, de forma simples, de fácil execução, bom custo-benefício e sem necessitar de etapas de confecção de peças laboratoriais, como provisórios (Lanzaretti *et al.*, 2025).

Com o aumento de demanda nessa área, surgem alguns impasses devido a falhas no procedimento restaurador, iatrogenias e desarmonia entre a estética branca (dentes) e rosa (gengivas). Os problemas comumente presentes durante e após um tratamento estético podem ser relacionados a excesso de agentes cimentantes no periodonto, desadaptação/fratura da restauração, erros na tomada da cor, invasão do espaço dos tecidos supracrestais por material restaurador, falha entre margem do preparo da faceta e a restauração direta, entre outros (Pes *et al.*, 2023). A presença de um destes quesitos influencia negativamente no sucesso do procedimento, comprometendo dentes e saúde periodontal (Lobo *et al.*, 2019).

Para garantir que o tratamento restaurador tenha estabilidade e longevidade é imprescindível respeitar a integridade da distância exigida pelos tecidos supracrestais, mantendo o selamento biológico e a saúde do periodonto (Gracis *et al.*, 2002). O espaço dos tecidos supracrestais, antes conhecido como espaço biológico, foi descrito por Gargiulo *et al.*, (1961) e compreende o epitélio do sulco (0,69 mm), epitélio juncional (0,97 mm) e inserção conjuntiva (1,07 mm), que somados apresentam média de 2,73 mm. Este é um espaço inviolável e sua invasão, seja por material restaurador, porcelana ou cerâmica, pode resultar desde uma gengivite persistente, recessão da margem gengival e até formação de bolsa periodontal com perda óssea (Lyra *et al.*, 2022).

Desta forma, é de grande importância para o cirurgião-dentista o conhecimento sobre os aspectos clínicos do periodonto na presença de restaurações em excesso e sua repercussão na saúde bucal. O esclarecimento sobre os parâmetros

periodontais e princípios da dentística restauradora, contribui para aprimorar a prática clínica, tornando-a mais segura e eficaz, beneficiando, principalmente, o paciente. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de uma paciente que apresentava restaurações do tipo facetas diretas em dentes anteriores superiores com sobrecontorno (excesso de material restaurador no terço cervical dos dentes) e seu impacto no periodonto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Relatar um caso clínico de uma paciente com restaurações do tipo facetas diretas, em dentes anteriores superiores, com sobrecontorno (excesso de material restaurador no terço cervical dos dentes) e gengivite generalizada.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características clínicas do impacto que o sobrecontorno de facetas diretas em RC pode causar no periodonto de proteção e/ou sustentação;
- Relatar o tratamento adequado para restaurar a saúde periodontal diante desta condição.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Facetas em resina composta

Facetas diretas em RC trata-se de uma técnica bastante implementada da Dentística Restauradora, devido às suas propriedades conservadoras e funcionais. Estas podem ser realizadas em consultório odontológico, à mão livre ou utilizando guias pré-confeccionadas, capazes de reproduzir anatomia dentária e modificar cor e formato de dentes, principalmente, anteriores superiores (Araujo *et al.*, 2021). As RCs possuem versatilidade e capacidade de atingir altos padrões estéticos ao mimetizar características naturais do esmalte dentário, bem como suas propriedades ópticas e físicas, e são consideradas o principal material dentário para restaurações diretas hoje em dia (Shah *et al.*, 2022).

Inúmeras são as indicações das RCs, dentre elas, podemos destacar: correção de cor em dentes ou restaurações, malformações ou pequenas más posições dentárias, diastemas e alterações estéticas, como fraturas de coroa e defeitos abrasivos ou erosivos de esmalte (Korkut., 2018; Gresnigt *et al.*, 2021).

As restaurações diretas em RC apresentam vantagens importantes, tais como as propriedades estéticas e adesivas, possibilidade de realização à mão livre (excluindo etapas laboratoriais), preparo dentário mínimo, resultados rápidos e duradouros, possibilidade de reparos diante de microfraturas, dentre outras (Coelho *et al.*, 2015). Entretanto algumas desvantagens podem ser observadas, como a necessidade de substituição devido ao desgaste e a fraturas e falta de estabilidade da cor a longo prazo. Ademais, desgaste de estrutura ou sobreextensão do material são fatores que podem levar à falha de uma restauração em RC (Gresnigt *et al.*, 2021).

3.2 Protocolo clínico de confecção de restauração do tipo facetas diretas

O planejamento do caso deve ser iniciado com anamnese e análise detalhada de face e sorriso, incluindo a simetria facial, proporções dentárias, exposição gengival e linha do sorriso para a determinação de harmonia facial e dental do paciente. O profissional deve avaliar criteriosamente as necessidades e expectativas do paciente, para elaborar um tratamento adequado e satisfatório. A fotografia odontológica e o

planejamento digital também podem ser considerados ferramentas importantes nesta etapa de planejamento (Dominguez *et al.*, 2024; Soares *et al.*, 2023).

Durante a elaboração de um protocolo restaurador, deve-se respeitar princípios mecânicos e de retenção, espaço supracrestal (ES), estruturas de sustentação do periodonto, função mastigatória e expectativa do paciente dentro dos princípios biológicos (Araújo *et al.*, 2023). O resultado é dependente de um planejamento criterioso, incluindo aplicação correta das etapas, desde exames clínicos, *mockup* para ensaio do resultado final, acabamento e polimento (Santos *et al.*, 2022).

No protocolo restaurador, o preparo do substrato muda em relação a profundidade, dependendo da forma, posição ou necessidade de alteração de cor. Entre as características de um preparo ideal, pode-se citar um término periférico em até 0,5mm dentro do sulco gengival e terminação cavitária chanfrada. O objetivo é obter excelente resultado estético e funcional, preservar estruturas dentárias sadias e obter longevidade das restaurações. Durante o tratamento, a complexidade e carência de uma atenção minuciosa podem levar a erros no procedimento, resultando em cáries recorrentes e efeitos irritantes ao periodonto e/ou complexo dentino-pulpar, interferindo diretamente no sucesso das restaurações diretas (Son *et al.*, 2021; Alahmari *et al.*, 2024).

Acrescenta-se que, existem fatores que podem afetar a integridade periodontal incluindo, posição intrassulcular da margem da restauração, saliências, características do material dentário, procedimentos de deslocamento gengival, fenótipo periodontal, perfil de emergência (PE) e inserção dos tecidos supracrestais (Ercoli *et al.*, 2021).

O surgimento de falhas pode ser ocasionado por diversos fatores, como por exemplo a execução inadequada do protocolo restaurador, resultando em possível diferença de cor, falta de contato proximal, anatomia e acabamento insatisfatório favorecendo a ocorrência de uma restauração com sobrecontorno e retenção de biofilme, desencadeando danos aos tecidos periodontais (Cardoso *et al.*, 2023).

3.3 Sobrecontorno e sua repercussão na saúde bucal

O sobrecontorno é caracterizado pelo excesso de material, seja em restaurações diretas, próteses ou coroas. Geralmente o material ultrapassa os limites biológicos e anatômicos de um dente natural formando degraus principalmente na região

cervical, dificultando a higienização e facilitando o acúmulo de placa bacteriana que posteriormente resulta em inflamação gengival e danos ao periodonto (Padoin *et al.*, 2018).

Carneio *et al.*, (2023) destacaram que a carência de conhecimentos teóricos, habilidade de execução do profissional, escolha de materiais e falha na técnica, podem resultar no sobrecontorno de facetas. Desta forma, um tratamento restaurador mal planejado e técnicas executadas de forma inadequada são fatores contribuintes para o desenvolvimento de danos periodontais.

Para favorecer uma higiene adequada do paciente, indica-se que as restaurações apresentem um contorno cervical ideal, em que as bordas do material restaurador permaneçam na margem da gengiva formando um contorno capaz de manter um formato gengival e visão estética harmoniosa. Um fator culminante para um degrau cervical, é a preparação inadequada do elemento dentário, levando o operador a depositar excesso de material restaurador no substrato preparado (Aldakheel *et al.*, 2022; Tarcin *et al.*, 2023).

Em restaurações que apresentem sobrecontorno, é extremamente importante elaborar um protocolo de acabamento e polimento previsível e adequado, garantindo um PE (45º) com material bem adaptado, proporcionando uma anatomia satisfatória e superfícies lisas para facilitar a higiene bucal, reduzir acúmulo de biofilme, inflamação gengival e alterações no periodonto (Santin *et al.*, 2019).

3.4 Espaço dos tecidos supracrestais

O espaço supracrestal (ES) é conhecido como barreira física responsável por impedir que micro-organismos e suas toxinas cheguem aos tecidos de sustentação do dente. Os tecidos supracrestais estão localizados na parte interna do tecido gengival, em volta do dente, porção em que sua integridade é mantida por uma dimensão biológica (Tomokiyo *et al.*, 2019).

ES é constituído por três tecidos distintos: Epitélio oral, que compreende a área externa da gengiva e é voltado para a cavidade bucal; Epitélio sulcular, responsável pela união dente-gengiva e pela vedação interna e externa e não apresenta projeções de cristas epiteliais para dentro do tecido conjuntivo em caráter de saúde gengival; Este,

situa-se em contato direto com superfície dentária, é permeável, faz troca de fluidos e é responsável pela secreção do fluido crevicular gengival; A inserção conjuntiva é o terceiro constituinte, e contribui na manutenção da margem gengival, impedindo a migração apical do epitélio juncional (Terenzi E Sampaio., 2021).

O epitélio juncional e inserção conjuntiva não devem ser comprometidos por qualquer procedimento restaurador. Diante da invasão das distâncias biológicas, constata-se o desenvolvimento de processo inflamatório com potencial de perda iminente do osso alveolar (Lyra *et al.*, 2022). Além disso, é necessário manter distância entre a margem cervical das restaurações e a crista óssea de pelo menos 3 mm para que haja a adaptação dos tecidos supracrestais (Dórea *et al.*, 2023).

A invasão ou comprometimento do ES pode ser avaliado clinicamente ou radiograficamente. Ao realizar exame clínico, o sangramento à sondagem e/ou desconforto em região de gengiva próxima a restaurações, pode ser um fator sugestivo de violação do ES. Isto pode ser notado desde o sangramento, até a presença de bolsa periodontal, perda óssea, alteração de cor e textura gengival (Carvalho *et al.*, 2020). Radiograficamente, é possível observar e diagnosticar sua violação em radiografias 2D (periapicais e interproximais) e 3D (tomografias computadorizadas) ao analisar a distância entre a margem da restauração e o topo da crista óssea (Tarcin *et al.*, 2023).

Estudos reforçam que a barreira natural responsável pela proteção do LP e osso alveolar, delimitada pela junção amelocementaria, quando violada, faz com que o organismo busque promover reabsorção do tecido ósseo de sustentação, no intuito de compensar o espaço perdido resultando em complicações como sensibilidade a estímulos mecânicos, resposta inflamatória gengival, sangramento à sondagem, recessão gengival, formação de bolsas periodontais, perda de inserção e reabsorção do osso alveolar (Rissato *et al.*, 2012; Rinaldi *et al.*, 2023). Em casos mais avançados, em que a inflamação se torna crônica, pode-se evoluir à periodontite e em casos extremos resultar na perda dentária (Lima *et al.*, 2023).

Entre os fatores mais comuns que podem implicar na violação dos tecidos supracrestais, pode-se citar as restaurações mal adaptadas, preparos dentários protéticos, cáries subgengivais, fraturas, perfurações e reabsorções radiculares (Santos

et al., 2022). Acrescenta-se que é de grande importância a remoção de fatores etiológicos, para promover a saúde periodontal (Rinaldi *et al.*, 2023).

3.5 Saúde Periodontal

O periodonto é formado por gengiva, ligamento periodontal, cimento radicular e osso alveolar, e sua função principal é manter a integridade da mucosa mastigatória e o dente adaptado no processo alveolar. O “periodonto de sustentação” composto por osso alveolar, cimento e ligamento periodontal possuem propriedades biológicas e funcionais que, com passar do tempo podem sofrer alterações morfológicas quando ocorre mudanças funcionais na cavidade oral. Já o “periodonto de proteção”, composto por gengiva, reveste o processo alveolar de maxila e mandíbula e envolve a junção amelocementaria dos dentes (Guo *et al.*, 2022; Andras *et al.*, 2022).

A presença de placa bacteriana e falta higiene oral adequada está associado ao desenvolvimento de doenças periodontais. Ainda, a implementação de restaurações invadindo o epitélio juncional e em região de tecido conjuntivo supracrestal, predispõe à inflamação gengival e eventualmente à recessão. A inflamação periodontal implica em sinais e sintomas como sangramento gengival, halitose, mudanças de cor e texturas do tecido, edema, eritema, sem perda de inserção ou destruição alveolar. Quando não tratada adequadamente, pode evoluir para periodontite culminando em danos irreversíveis aos tecidos de suporte periodontal, como por exemplo, a perda de inserção clínica (Srimaneepong *et al.*, 2022; Pavanelli *et al.*, 2025).

LOBO *et al.*, 2019 sugeriu diretrizes para assegurar integridade periodontal diante de intervenções restauradoras, incluindo:

- Preservar o ES, evitando o contato direto do material restaurador com o epitélio juncional (JE) e/ou tecido;
- Otimizar o PE e o contorno cervical da restauração evitando sobreposições ou adaptações inadequadas que possam promover acúmulo de placa e/ou afetar a trajetória alimentar ideal;
- Evitar manipulação excessiva da margem gengival com fios de retração, agentes hemostáticos, pinças, materiais de moldagem e instrumentação inadequada;
- Obter uma excelente adaptação marginal, com ou sem preparo dentário;
- Evitar o contato de materiais impregnados durante a cimentação (cordões de tração e excesso de cimento adesivo);

Garantir adequado selamento e adaptação da restauração em relação ao material dentário, substrato, evitando desadaptações, vazios e/ou espaços suscetíveis ao posterior acúmulo de placa.

Para qualquer tratamento restaurador, é de grande importância estabelecer e manter a saúde periodontal, sendo pré-requisito definir PE adequado no terço cervical de uma restauração. No intuito de evitar danos ao periodonto, o término deve permanecer pelo menos 3mm distante da crista óssea (Rissato., 2012; Ercoli *et al.*, 2021).

A periodontia e a dentística restauradora são especialidades que atuam de forma bidirecional. A gengiva e a saúde periodontal influenciam diretamente no procedimento restaurador, e o procedimento restaurador pode influenciar diretamente na manutenção da saúde periodontal, evitando-se áreas retentivas de biofilme. Estas áreas da Odontologia devem integrar-se para planejar e executar a reabilitação de um sorriso harmônico e saudável. É dever do profissional possuir conhecimentos básicos e domínio da técnica necessária para o tratamento restaurador, no intuito de evitar futuros danos ao periodonto (Santos *et al.*, 2022; Araújo *et al.*, 2023). A saúde periodontal é um dos principais requisitos para manter a longevidade, função, manutenção e estética das restaurações dentárias (Carvalho *et al.*, 2020).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Modalidade de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo observacional realizado em paciente cadastrada no banco de dados da Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).

4.2 Aspectos éticos

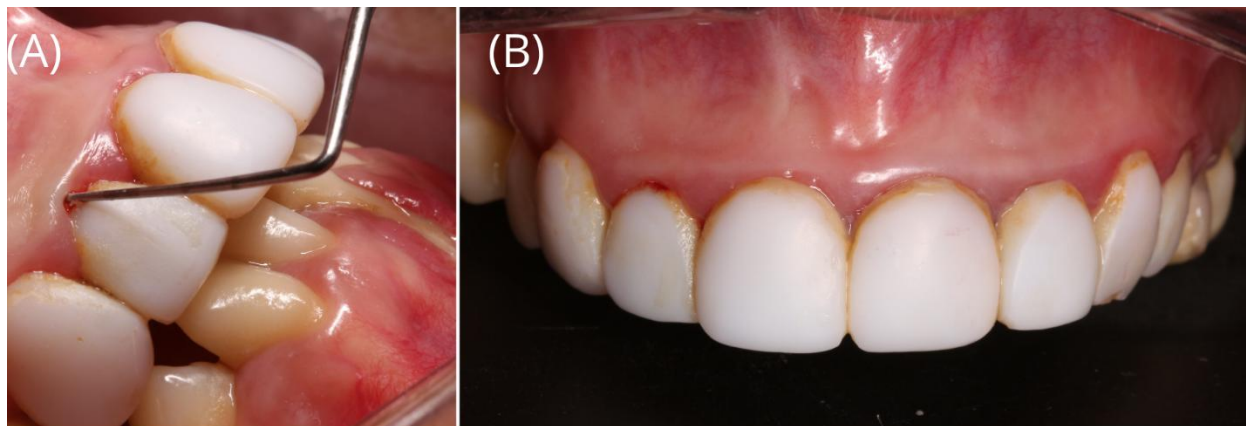
O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unichristus (CAAE: 88452925.8.0000.5049), sob o número de parecer 7.607.806 (ANEXO I). A paciente foi informada sobre o objetivo do protocolo clínico multidisciplinar, garantia de anonimato e sigilo de informações. A paciente participante consentiu e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE I).

5 RELATO DE CASO

5.1 Exames iniciais, diagnóstico e tratamento periodontal

Paciente E.L.S, 35 anos, sexo feminino, normossistêmica, não fumante, buscou a clínica-escola de Odontologia da Unichristus com a queixa de “gengiva inflamada”. Ao exame clínico periodontal foi observada gengivite generalizada induzida por biofilme acumulado devido às restaurações com sobrecontorno e registro de periodontal screening recording (PSR) com código 2 em todos os sextantes. A presença do asterisco (*) no quinto sextante foi em razão de recessões maiores que 3,5 mm, classificadas em tipo 2 de Cairo (2011), caracterizada pela perda de inserção clínica interproximal menor que a perda de inserção vestibular.

Figura 1 – Avaliação inicial: (A) Sondagem periodontal em região anterior; (B) Vista de arcada superior com facetas diretas nos dentes 14 a 24; (C) Registro de periodontal screening recording (PSR).



PSR – PERIODONTAL SCREENING RECORDING

(C)

Data: 20/10/24

2	2	2
2	2*	2

Fonte: autoral (2025)

No exame clínico intraoral, paciente apresentava inflamação gengival em região de facetas em resina composta, as mesmas, com degraus nos terços cervicais do primeiro pré-molar superior direito até o primeiro pré-molar superior esquerdo, referente aos dentes 14 a 24 (Figura 2).

Figura 2 – Aspecto clínico intraoral: (A) Vista lateral direita; (B) Vista lateral esquerda; (C) Vista frontal; (D) Vista lateral do sobrecontorno das facetas diretas; (E) Presença de degrau cervical indicado pela sonda da Organização Mundial de Saúde (OMS); (F) Vista lateral em oclusão



Fonte: autoral (2025)

Figura 3 – Aspecto clínico extraoral: (A) Registro de sorriso em paciente; (B) Vista de facetas diretas anteriores; (C) Vista lateral esquerda evidenciando acúmulo de placa e fraturas nas facetas diretas; (D) Vista lateral direita evidenciando acúmulo de placa e inflamação gengival.

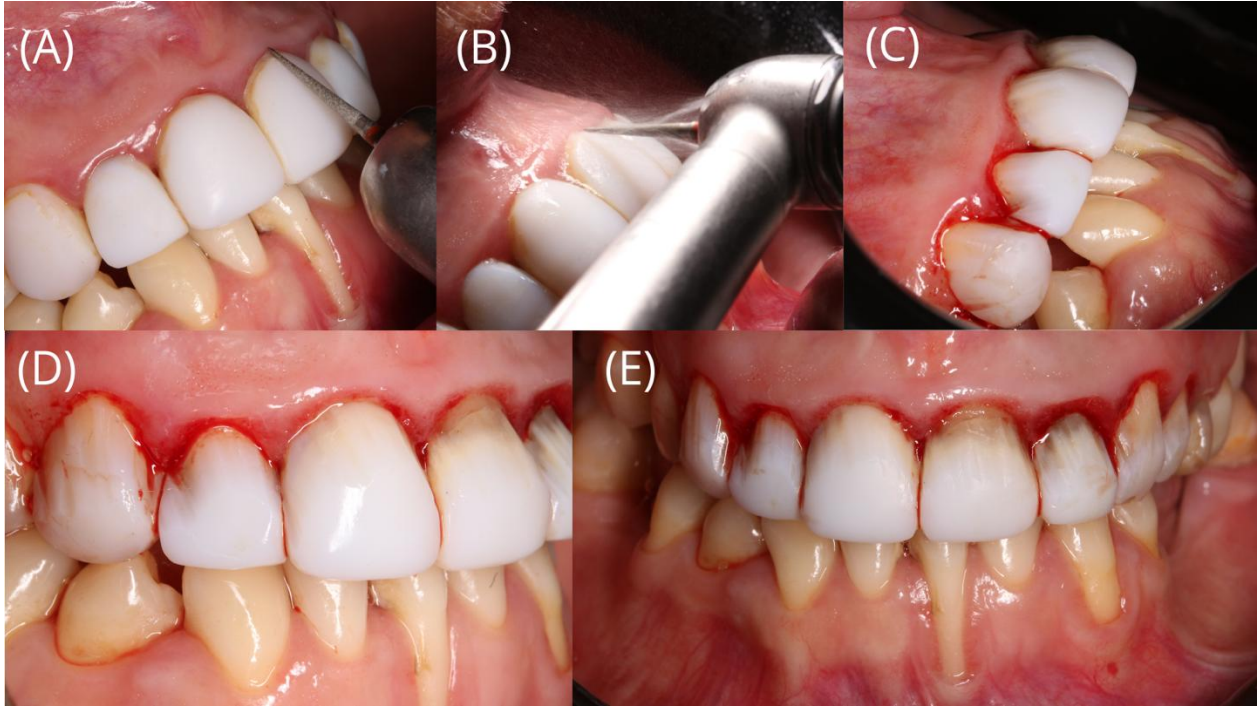


Fonte: autoral (2025)

Inicialmente, a paciente recebeu tratamento periodontal, incluindo raspagem supragengival de todos os sextantes com ponta ultrassônica, curetas gracey e foice ponta morse 0-00, instrução de higiene oral adequada sobre uso de fio dental e prescrição de digluconato de clorexidina 0,12% (PerioGard Colgate®) de 12 em 12 horas durante 07 dias para auxiliar no controle da inflamação gengival. Paciente retornou com intervalo semanal para reavaliação da condição periodontal e início do protocolo de tratamento dos degraus cervicais nas facetas dos dentes anteriores. Foi recomendado desgastes nos terços cervicais das restaurações, com o uso de pontas diamantadas 3195F e 3195FF para facilitar a higiene e reduzir o acúmulo de placa bacteriana na região. Após concluir o procedimento, foi realizado prescrição de digluconado de clorexidina 0,12% (PerioGard®) por mais 15 dias, a cada 12 horas, devido a continuidade do quadro

inflamatório, medida essa que visa intensificar o controle mecânico de placa por meios químicos.

Figura 4 – Desgastes cervicais: (A) Ponta diamantada 3195F em posição cervical de facetas; (B) Remoção de sobrecontorno com pontas diamantadas 3195F e 3195FF; (C) Vista lateral pós remoção de sobrecontorno; (D) Pós imediato de desgastes cervicais; (E) Vista frontal do aspecto imediato.



Fonte: autoral (2025)

Após 07 dias, a paciente retornou para avaliação da saúde periodontal. O aspecto gengival mostrou remissão do quadro inflamatório da gengivite, margens bem delimitadas, sem dor ou desconforto, melhor controle de placa e ausência de sangramento.

Figura 5 – Terceira sessão: Vista após desgastes cervicais das áreas com sobrecontorno e reavaliação do sangramento gengival.



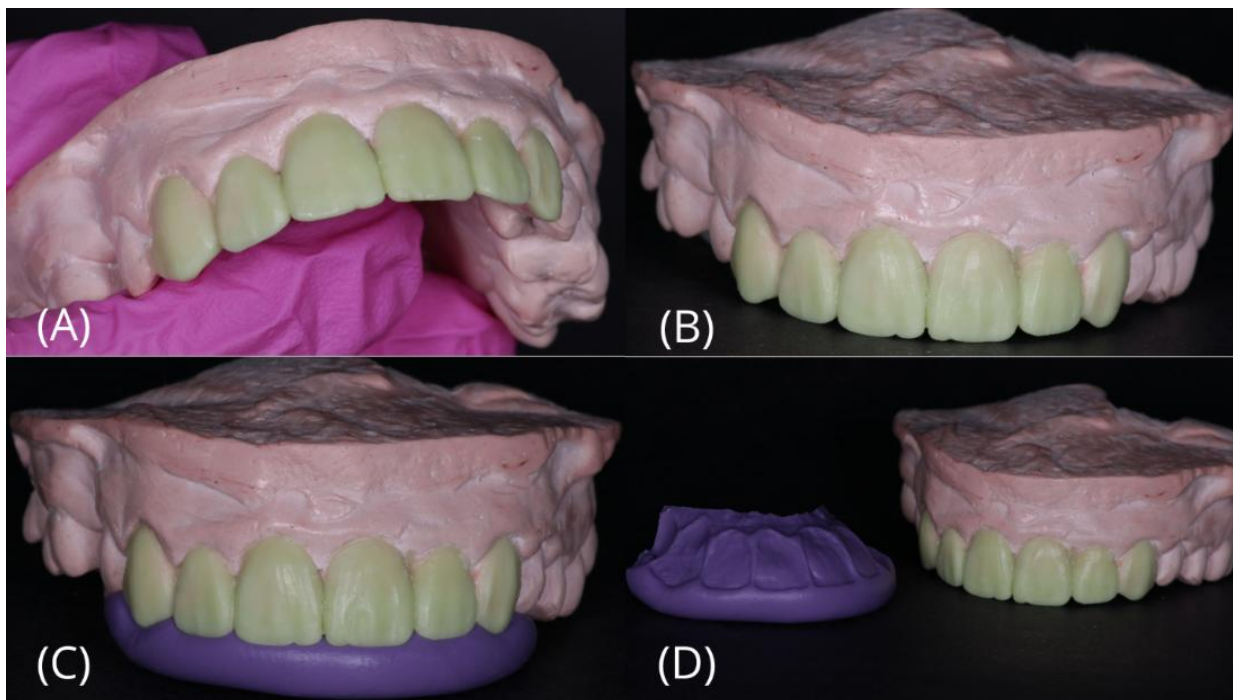
Fonte: autoral (2025)

5.2 Re-trabalho das facetas diretas em resina composta

Em seguida, a paciente foi encaminhada para a clínica de especialização em dentística da Unichristus, para realizar novo protocolo de facetas em RC. Foi executada a moldagem com alginato (Hydrogum 5, Zhermack SpA) para planejamento estético e confecção do enceramento diagnóstico para idealização do resultado final. Após modelo pronto, foi confeccionada guia palatina com silicone de adição (Scan Putty + Scan Light, Yllor Biomateriais) e seleção de cor de resina pela técnica de botão.

Posteriormente, com guia palatina pronta e resinas selecionadas, iniciou-se a sequência de etapas. Isolamento absoluto, remoção completa das restaurações antigas, condicionamento com ácido fosfórico 37%, lavagem por 30s e secagem por 3s, aplicação de sistema adesivo (Clearfil™ Se Bond) autocondicionante de dois passos.

Figura 6 – Guia Palatina: (A) Vista da incisal de modelo encerado; (B) Modelo pronto para confecção de guia palatina; (C) Confecção de guia palatina; (D) Guia pronta para confecção de novas facetas.

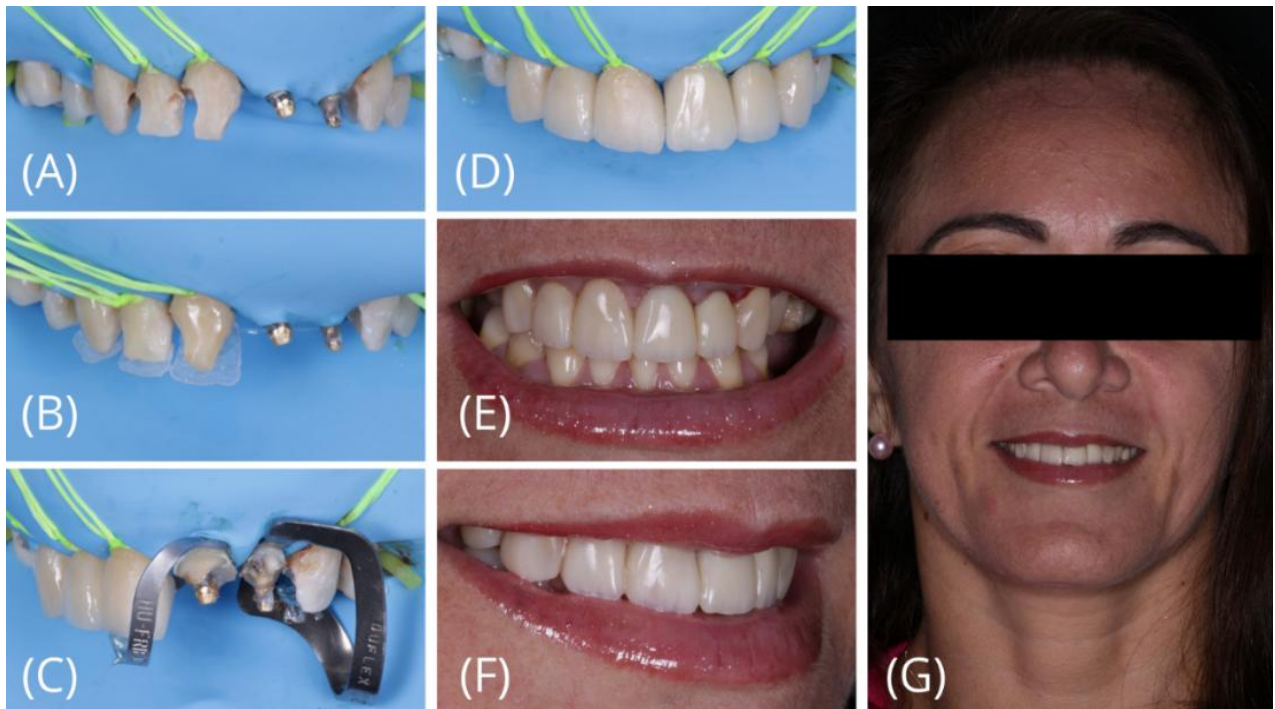


Fonte: autoral (2025)

A utilização da guia de silicone foi crucial para a confecção das facetas diretas de pré-molar direito (14) a pré-molar esquerdo (24), os princípios de escultura e anatomia dentária foram seguidos rigorosamente, seguiu a sequência de confecção de concha palatina (resina forma – Ultradent), dentina profunda com resina A2 (IPS Empress® Direct), dentina superficial A2D (Harmonize Ker™) e camada final de esmalte A1 (Palfique LX5). Observa-se que os dentes 21 e 22 apresentavam pinos metálicos e foram mantidos. Na sequência, foi efetuado o ajuste oclusal com auxílio de carbono, pinça muller, pontas diamantadas 3118F e 3195FF e para acabamento, discos abrasivos (3M™ Sof-Lex™), começando do mais abrasivo para o menos abrasivo.

A paciente retornou com intervalo de uma semana para finalizar o procedimento com polimento das restaurações. Foi utilizado kit de acabamento e polimento (Enhance®), pasta polidora (Diamond excel – FGM) e discos de feltro (Diamond flex – FGM).

Figura 7 – Retrabalho de facetas em resina composta: (A) Isolamento com dique de borracha evidenciando os preparos dentários e pinos metálicos nos dentes 21 e 22; (B) Confecção de concha palatina nos preparos dentários; (C) Uso de grampos B4 e 212 para melhorar visualização dos terminos dos pinos; (D) Restauração direta finalizada em isolamento absoluto; (E) Aspecto imediato após remoção de isolamento absoluto, evidenciando oclusão das arcadas superior e inferior; (F) Aspecto lateral após acabamento e polimento; (G) Aspecto da face.



Fonte: autoral (2025)

Figura 8 – Aspecto Final: (A) Aspecto antes do retratamento das facetas diretas; (B) Aspecto após retratamento das facetas diretas.



Fonte: autoral (2025)

5.3 Recobrimento radicular dos dentes 31 e 33

Após o restabelecimento estético com as facetas diretas foi proposto o recobrimento radicular das recessões gengivais presentes tipo 2 de Cairo (2011) nos dentes 31 e 33. Iniciou-se o procedimento com antissepsia intraoral com digluconato de clorexidina a 0,12% e 2,0% para antissepsia extraoral. Em sequência, foi realizado anestesia local com articaína 4% com epinefrina 1:100.000 (Nova DFL®) em nervo mentoniano e incisões do tipo túnel do dente 34 ao 42 com auxílio de uma micro lâmina (Spoon Blades SB003 – MJK) . Após preparo da área receptora e alcance de mobilidade tecidual compatível com o reposicionamento coronal desejado, utilizou-se uma sonda Carolina do Norte para medir extensão da recessão e para a coleta do enxerto autógeno de tecido conjuntivo da região doadora de palato.

A área doadora foi anestesiada com articaína 4% e epinefrina 1:100.000 (Nova DFL®), e o enxerto de epitélio e conjuntivo foi coletado com lâmina de bisturi 15C e cabo nº3. Em seguida, o tecido epitelial foi cuidadosamente removido fora da boca, em bancada, utilizando a lâmina 15C, e a área foi suturada com fio nylon 5.0 (ProCare®) e protegida com resina opallis flow (FGM®). Nesta situação a cicatrização esperada é por segunda intenção.

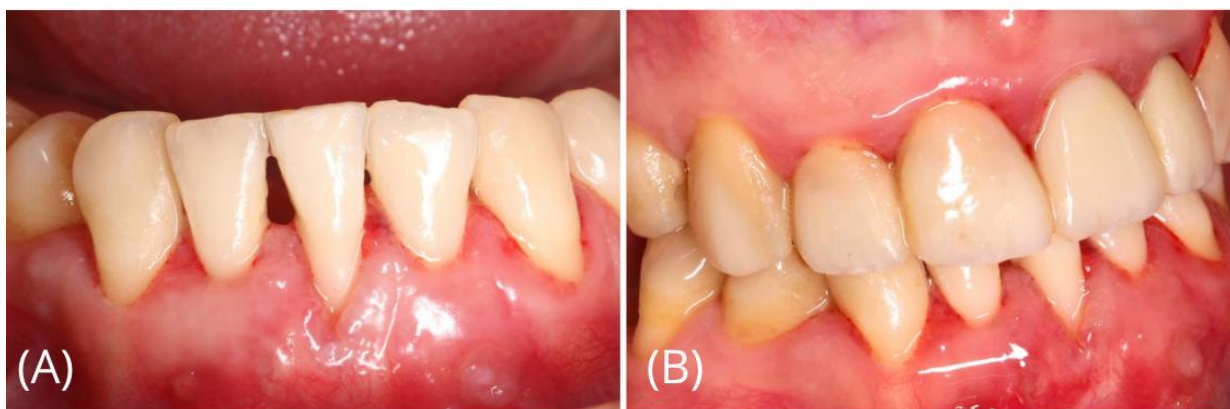
Figura 9 – Recobrimento radicular: (A) Aspecto inicial de cirurgia de recobrimento; (B) Incisões do tipo túnel concluída e checagem da passividade do túnel com sonda Carolina do Norte; (C) Área doadora do enxerto de epitélio e conjuntivo suturada antes da inserção da resina flow; (D) Enxerto posicionado em região de exposição radicular; (E) Tecido suturado com enxerto em posição subepitelial em região de dente 31 e 33.



Fonte: autoral (2025)

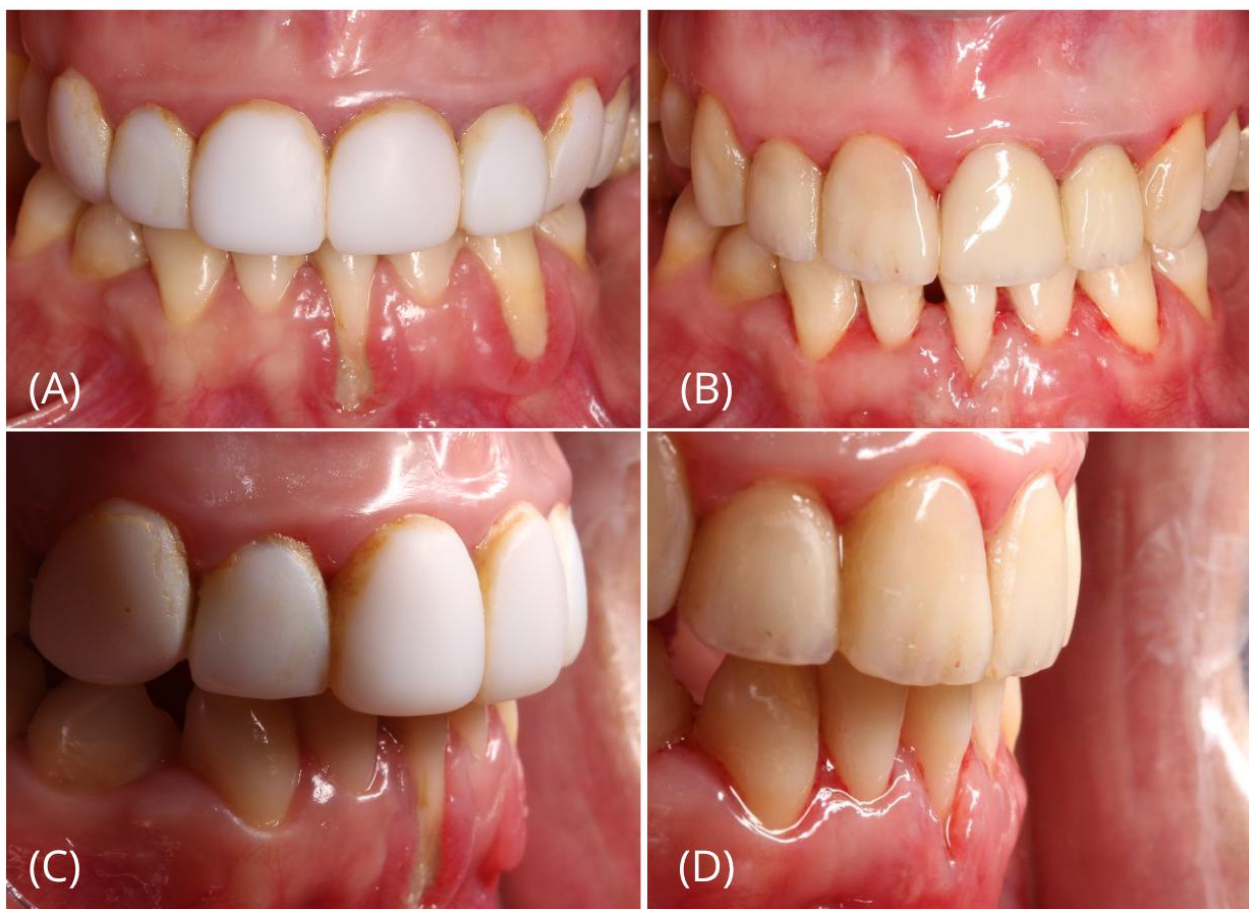
O enxerto de tecido conjuntivo foi posicionamento subepitelial via túnel e suturas com fio 6-0 (Techsuture) foram realizadas para o fechamento lateral da recessão gengival. Para prescrição medicamentosa, optou-se por nimesulida 100mg (um comprimido a cada 12 horas por 03 dias), dipirona 500mg (um comprimido a cada 6 horas durante 03 dias) e bochecho digluconato de clorexidina 0,12% (PerioGard Colgate – São Paulo/SP, Brasil) 12 em 12 horas durante 14 dias, além disso, foi instruído manter higiene bucal adequada e cuidadosa no pós-operatório. A paciente foi observada em 07 dias, 15 dias e 30 dias.

Figura 10 – Pós Operatório: (A) Aspecto frontal após 15 dias; (B) Aspecto lateral após 15 dias de recobrimento radicular.



Fonte: autoral (2025)

Figura 11 – Aspecto inicial e final: (A) Aspecto inicial das facetas diretas com sobrecontorno, inflamação gengival e recessões gengivais; (B) Aspecto final das novas facetas diretas e pós-recobrimento radicular das recessões gengivais dos dentes 31 e 33; (C) Vista lateral antes; (D) Vista lateral depois.



Fonte: autoral (2025)

6. DISCUSSÃO

Este trabalho reportou um caso clínico de facetas diretas em resina composta com sobrecontorno cervical que resultou em gengivite generalizada devido ao acúmulo de biofilme e dificuldade na higienização oral. O plano de cuidado realizado envolveu tratamento periodontal básico e cirúrgico e um novo planejamento e tratamento restaurador com facetas diretas.

As facetas em RC tem se destacado por apresentar resultados estéticos excelentes com mínimas intervenções e preservação da estrutura dentária, além de poder ser realizado em única sessão recobrando faces vestibulares, proximais e incisais. Porém, os resultados dependem do planejamento, técnica e habilidade do profissional (Dominguez *et al.*, 2024; Moura *et al.*, 2022).

É possível observar que no caso em questão, não foi realizado um planejamento restaurador adequado, com avaliação completa incluindo face, dentes, lábios, materiais restauradores e sistemas adesivos. Berian *et al.*, (2022) reportaram que o planejamento reabilitador deve ser criterioso, incluir anamnese detalhada, exame intra e extraoral, exames radiográficos e análise das expectativas do paciente, visando alcançar um resultado estético harmonioso e de aparência natural. Adicionalmente, o uso de tecnologias digitais favorece o prognóstico da reabilitação, permitindo medidas precisas de cada etapa do procedimento. É importante destacar que os dentes, além de estética, possuem aspectos relacionados à autoestima e à condição geral do paciente.

O estudo apresentado buscou avaliar o impacto de restauração com sobrecontorno na saúde periodontal. Carvalho *et al.*, (2020) ressaltam que a manutenção da integridade do ES é de suma importância e que sua violação está susceptível a induzir processos inflamatórios, recessão gengival e perda óssea inesperada. Além da invasão do ES, iatrogenias na confecção e execução das facetas ocorrem quando não é respeitado os conceitos essenciais durante o planejamento restaurador, resultando no comprometimento de longevidade das facetas diretas. Gracis *et al.*, (2023) reportaram, que o contorno marginal deve seguir os requisitos básicos do material restaurador, apresentando formato semelhante ao dente original, evitando uma restauração com saliências que predispõe o acúmulo de alimentos.

As manifestações clínicas em nosso caso estão alinhadas com o estudo Reddy *et al.*, (2020) onde os autores ressaltaram que margens elevadas têm sido um problema clínico frequente e restaurações subgengivais afetam a saúde periodontal. Isto pode resultar em formação de bolsas periodontais e perda de suporte ósseo quando não tratado adequadamente. A violação do ES e contorno gengival, pontos de contato compressivos e higienização insuficiente vão influenciar diretamente no periodonto. Nugala *et al.*, (2012) mencionaram em seu estudo sobre os três tipos de margem em uma restauração: margem supragengival, que resulta menor impacto periodontal; margem ao nível da gengiva, bem tolerada em perspectiva periodontal; e margem subgengival que acarreta em alterações no periodonto, além do risco de violação do ES, quando mal executadas. No presente caso é possível observar degraus cervicais, situação que favorece o acúmulo de placa bacteriana, dificultando a higienização oral adequada e resultando em inflamação gengival, sangramento à sondagem e gengivite generalizada nos sextantes das restaurações. Esse achado reforça a hipótese de que facetas diretas mal planejadas associadas à sobrecontorno, resultarão no desenvolvimento de danos periodontais.

As margens subgengivais são mais usadas por questão estética, porém podem contribuir para a permanência de biofilme na região, já que, apesar de um controle de placa satisfatório, essas áreas possuem acesso limitado mesmo com instrumentais apropriados (Mulla *et al.*, 2023). Fatores como contorno cervical, oclusão funcional, tipo de material usado, design das facetas influenciam diretamente o sucesso do tratamento em perspectiva periodontal e restauradora. Dessa forma, é necessária atenção rigorosa para evitar iatrogenias e preservar estruturas sadias. Além disso, antes de realizar protocolo restaurador, é importante identificar os fenótipos periodontais finos e espessos, tanto para a periodontia quanto para a dentística restauradora para produzir resultados excelentes em pacientes que necessitam. Indivíduos com fenótipo fino apresentam maior predisposição à RG em comparação àqueles com fenótipo espesso. (Kumar *et al.*, 2023).

É importante enfatizar que a preservação de esmalte e dentina precisam ser priorizados durante procedimentos estéticos, já que a permanência das estruturas dentárias originais depende dos tecidos de suporte e estão diretamente ligados à estabilidade funcional e estética do sorriso. Dessa forma, os princípios fundamentais de

periodontia e dentística não devem ser negligenciados, sendo imprescindível que o profissional tenha conhecimento teórico e domínio técnico a fim de minimizar possíveis iatrogenias (Cardoso *et al.*, 2023).

7. CONCLUSÃO

Podemos concluir que facetas diretas com sobrecontorno em região cervical exercem impacto negativo na saúde periodontal com consequências, e que o tratamento periodontal adequado, associado ao restabelecimento estético do sorriso podem restaurar a saúde gengival e a autoestima de pacientes que buscam esta modalidade de tratamento estético.

A falta de uma correta conduta clínica associada a alta demanda pela facetas em RC pode resultar em iatrogenias como o sobrecontorno cervical, resultando no comprometimento da saúde periodontal e longevidade das restaurações diretas. Sendo necessário a necessidade de reforçar a qualificação constante dos profissionais para garantir resultados seguros e duradouros.

Dessa forma, a crescente busca estética exige habilidade, conhecimento e responsabilidade ética do profissional, além disso, cabe ao cirurgião dentista manter a integridade dos tecidos periodontais e respeitar os princípios de dentística restauradora para garantir a saúde, função e o bem estar do paciente.

REFERÊNCIAS

ALAHMARI, N. M. et al. Knowledge and practice of dental professionals regarding vertical teeth preparation techniques. **BMC Medical Education**, v. 24, n. 1, 18 dez. 2024. DOI: 10.1186/s12909-024-06520-w. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12909-024-06520-w>. Acesso em: 7 jul. 2025.

ALDAKHEEL, M. et al. Deep margin elevation: current concepts and clinical considerations – a review. **Medicina (Kaunas)**, v. 58, n. 10, p. 1482, 18 out. 2022. DOI: 10.3390/medicina58101482. Disponível em: <https://www.mdpi.com/16489144/58/10/1482>. Acesso em: 22 ago. 2025.

ANDRAS, N. L. et al. Between a rock and a hard place: Regulation of mineralization in the periodontium. **Genesis**, v. 60, n. 8-9, e23474, set. 2022. DOI: 10.1002/dvg.23474. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35460154/>. Acesso em: 19 set. 2025.

ARAUJO, E.; PERDIGÃO, J. Anterior Veneer Restorations – An Evidence-based Minimal-Intervention Perspective. **Journal of Adhesive Dentistry**, v. 23, n. 2, p. 91–110, 7 abr. 2021. DOI: 10.3290/j.jad.b1079529. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33825424/>. Acesso em: 19 out. 2025.

ARAÚJO, I. G. dos S.; COSTA, C. H. S. da; LIMA, T. M. de. A inter-relação periodontia e dentística observando os tecidos periodontais em restaurações em resina composta – relato de caso clínico. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 125–135, jan./fev. 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n1-012. Disponível em: <https://scispace.com/papers/a-inter-relacao-periodontia-e-dentistica-observando-os-2x8104c8>. Acesso em: 4 mai. 2025.

CAIRO, F. et al. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study.

Journal of Clinical Periodontology, v. 38, n. 7, p. 661-666, 2011. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21507033/>. Acesso em: 14 out. 2025.

CARVALHO, B. A. S. et al. Clinical and radiographic evaluation of the Periodontium with biologic width invasion. **BMC Oral Health**, v. 20, n. 1, 16 abr. 2020.

DOI:10.1186/s12903-020-01101-x. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12903-020-01101-x>. Acesso em: 22 ago. 2025.

CARDOSO, T. T. B et al. As principais falhas na execução de facetas em resina composta em dentes anteriores: revisão de literatura. **Revista Cathedral**, v. 5, n. 3, p. 75-86, 10 set. 2023. Disponível em:

<http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/632>. Acesso em: 3 set. 2025.

COELHO, F. H. et al. Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: A retrospective clinical evaluation. **Journal of Dentistry**, v. 43, n. 11, p. 1330–1336, nov. 2015. Elsevier. DOI: 10.1016/j.jdent.2015.08.011. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300571215300361?via%3Dihub>. Acesso em: 1 set. 2025.

DOMINGUEZ, G. P. et al., Facetas diretas em resina composta: uma revisão abrangente. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 13, n. 7, e12213746470, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i7.46470. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/46470>. Acesso em: 6 ago. 2025.

ERCOLI, C. et al. The Relationships Between Tooth-Supported Fixed Dental Prostheses and Restorations and the Periodontium. **Journal of Prosthodontics**, v. 30, n. 4, p. 305–317, 10 dez. 2020. DOI: 10.1111/jopr.13292. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33210761/>. Acesso em: 6 ago. 2025.

GARGIULO, A. W.; WENTZ, F. M.; ORBAN, B. Dimensions and Relations of the Dentogingival Junction in Humans. **Journal of Periodontology**, v. 32, n. 3, p. 261–267, jul. 1961. DOI: 10.1902/jop.1961.32.3.261. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1902/jop.1961.32.3.261>. Acesso em: 5 fev. 2025.

GRACIS, S. et al. Biological integration of aesthetic restorations: factors influencing appearance and long-term success. **Periodontology 2000**, v. 27, n. 1, p. 29–44, out. 2001. DOI: 10.1034/j.1600-0757.2001.027001029.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11551298/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

GRACIS, S.; LLOBELL, A.; CHU, S. J. Contemporary concepts on periodontal complications from prosthetic and restorative therapies. **Review Periodontol 2000**, v. 92, n. 1, p. 159–196, jun. 2023. DOI: 10.1111/prd.12505. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/prd.12505>. Acesso em: 9 set. 2025.

GRESNIGT, M. M. M. et al. Comparison of conventional ceramic laminate veneers, partial laminate veneers and direct composite resin restorations in fracture strength after aging. **Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials**, v. 114, p. 104172, fev. 2021. DOI: 10.1016/j.jmbbm.2020.104172. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33172798/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

GUO, H. et al. Development and regeneration of periodontal supporting tissues. **Genesis**, v. 60, n. 8-9, e23491, set. 2022. DOI: 10.1002/dvg.23491. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35785409/>. Acesso em: 19 set. 2025.

HIRATA, R. et al. Quo vadis, esthetic dentistry? Ceramic veneers and overtreatment-A cautionary tale. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 34, n. 1, p. 7–14, 1

jan. 2022. DOI: 10.1111/jerd.12838. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34792281/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

KUMAR, M. et al. Importância do fenótipo periodontal na periodontia e na odontologia restauradora: uma revisão sistemática. **BMC Oral Health**, v. 23, art. 3777, 2023. DOI:10.1186/s12903-023-03777-3. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38191372/>. Acesso em: 3 set. 2025.

KORKUT, B. Smile makeover with direct composite veneers: A two-year follow-up report. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, v. 12, n. 2, p. 146–151, 20 jun. 2018. DOI: 10.15171/joddd.2018.023. Disponível em:
<https://joddd.tbzmed.ac.ir/Article/joddd-15678>. Acesso em: 7 jul. 2025.

LANZARETTI, G. et al. Esthetic smile rehabilitation with direct composite veneers: a narrative review with a practical explanation of the technique. **Minerva dental and oral science**, p. 10, jun. 2025. DOI: 10.23736/S2724-6329.25.05161-7. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40052299/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

LIMA, M.L.D.F.; TELES, M.C.T. Levantamento da margem gengival associado a invasão do espaço biológico – revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 10, p. 4970–4978, 26 nov. 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i10.11879. . Disponível em:
<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11879>. Acesso em: 10 abr. 2025.

LOBO, G. M. et al. Alterações gengivais em área de restaurações classe II com excesso de material restaurador. **Odontol. Clín.-Cient.**, v. 10, n. 4, p. 357-359, out.–dez. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-755704>. Acesso em: 10 set. 2025.

LOBO, M. et al. Periodontal considerations for adhesive ceramic dental restorations: key points to avoid gingival problems. **The International Journal of Esthetic Dentistry**, v.

14, n. 4, p. 444–457, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31549109/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

LYRA, S. Q. P.; SAMPAIO, R. I. F.; OLIVEIRA, D. F. Espaço biológico: importância de restabelecer previamente a reabilitação protética. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e25911729814, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.29814. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29814>. Acesso em: 5 fev. 2025.

MOURA, J. A. et al. Facetas diretas em resina composta ou indiretas em cerâmica: qual é a melhor opção? **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, e9411830562, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i8.30562. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30562>. Acesso em: 3 set. 2025.

MULLA, S. A. et al. Exploring the Biological Width in Dentistry: A Comprehensive Narrative Review. **Cureus**, v. 15, n. 7, e42080, jul. 2023. DOI: 10.7759/cureus.42080. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37602053/>. Acesso em: 3 set. 2025.

NUGALA, B. et al. Biologic width and its importance in periodontal and restorative dentistry. **Journal of Conservative Dentistry**, v. 15, n. 1, p. 12–17, jan.–mar. 2012. DOI: 10.4103/0972-0707.92599. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22368328/>. Acesso em: 10 set. 2025.

PADOIN, K.; SOLDA, C. A importância do perfil emergencial em prótese fixa: revisão de literatura e relato de caso. **Journal of Oral Investigations**, v. 7, n. 2, p. 79–88, 23 ago. 2018. DOI: 10.18256/2238-510X.2018.v7i2.2692. Disponível em: <https://seer.atitus.edu.br/index.php/JOI/article/view/2692/html>. Acesso em: 23 mar 2025.

PAVANELLI, A. L. R. et al. Anti-inflammatory, antioxidant, and reparative effects of *Casearia sylvestris* leaf derivatives on periodontium in vitro. **Antioxidants (Basel)**,

Basel, v. 14, n. 8, p. 901, jul. 2025. DOI: 10.3390/antiox14080901. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-3921/14/8/901>. Acesso em: 10 set. 2025.

PES, L. V. B. et al. Iatrogenias causadas por procedimentos estéticos em dentes anteriores: uma revisão de literatura. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 52, n. especial, 2023. Disponível em: <https://revodontolunesp.com.br/article/65cf7334a95395428c5ac054/pdf/rou-52-Especial-65cf7334a95395428c5ac054>. Acesso em: 10 abr. 2025.

REDDY, K. V. et al. Effect of iatrogenic factors on periodontal health: An epidemiological study. **Saudi Dental Journal, Riyadh**, v. 32, n. 2, p. 80–85, fev. 2020. DOI: 10.1016/j.sdentj.2019.07.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32071536/>. Acesso em: 9 set. 2025.

RINALDI, T. et al. Periodontal Healing with Fixed Restorations Using the Biologically Oriented Preparation Technique Combined with a Full Digital Workflow: A Clinical Case Report. **Healthcare, Basel**, v. 11, n. 8, p. 1–10, abr. 2023. DOI: 10.3390/healthcare11081144. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37107978/>. Acesso em: 15 de jun. de 2025.

RISSATO, M.; TRENTIN, M. S. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora - revisão da literatura. **RFO UPF**, v. 17, n. 2, p. 234–239, 1 ago. 2012. Disponível em: <https://ojs.upf.br/index.php/rfo/article/view/2889>. Acesso em: 12 de abr. 2025.

SANTIN, D. C. et al. Protocolo de acabamento, texturização e polimento para restaurações diretas em resina composta. **Clinical and Laboratorial Research in Dentistry**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 50–56, abr. 2019. DOI: 10.11606/issn.2357-8041.clrd.2019.152964. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/334516701>. Acesso em: 6 ago. 2025.

SANTOS, R. G. et al. O impacto das facetas diretas em resina composta sobre o tecido periodontal: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e54511730235–e54511730235, 4 jun. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/30235/26153/347923>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SHAH, Y. et al. Long-term survival and reasons for failure in direct anterior composite restorations: A systematic review. **Journal of Conservative Dentistry**, v. 24, n. 5, p. 415, 2021. DOI: 10.4103/jcd.jcd_527_21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35399771/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

SRIMANEEPONG, V. et al. Fixed Prosthetic Restorations and Periodontal Health: A Narrative Review. **Journal of Functional Biomaterials**, v. 13, n. 1, p. 15, 1 fev. 2022. DOI: 10.3390/jfb13010015. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2079-4983/13/1/15>. Acesso em: 6 ago. 2025.

SOARES, I. S.; BORGES, T. S. Técnicas e indicações para a realização das facetas em resina composta direta: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, e3312641962, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i6.41962. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41962>. Acesso em: 10 set. 2025.

SON, K.; LEE, K.-B. Effect of finish line locations of tooth preparation on the accuracy of intraoral scanners. **International Journal of Computerized Dentistry**, v. 24, n. 1, p. 29-40, 26 fev. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34006061/>. Acesso em: 19 set. 2025.

TARCIN, B.; GUMRU, B.; IDMAN, E. Radiological assessment of alveolar bone loss associated with overhanging restorations: A retrospective cone beam computed tomography study. **Journal of Dental Sciences**, v. 18, n. 1, p. 165–174, jan. 2023.

DOI: 10.1016/j.jds.2022.06.021. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36643281/>. Acesso em: 19 out. 2025.

TOMOKIYO, A.; WADA, N.; MAEDA, H. Periodontal Ligament Stem Cells: Regenerative Potency in Periodontium. **Stem Cells and Development**, v. 28, n. 15, p. 974–985, ago.

2019. DOI: 10.1089/scd.2019.0031. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31215350/>. Acesso em: 6 mar. 2025.

APÊNDICES

Apêndice I



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A) senhor (a)

Elizângela Lima da Silva

está sendo convidado

(a) a participar do projeto: **FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA COM SOBRECONTORNO E SEU IMPACTO NO PERIODONTO: RELATO DE CASO**, de responsabilidade da pesquisadora Maria Amanda Lopes. Por favor, leia este documento atentamente antes de assina-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o(a) senhor(a) não consiga entender, converse com seu pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarece-los.

Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela Resolução 196/96 CONEP.

Este trabalho quer relatar um caso clínico explanando os efeitos que facetas diretas em resina composta mal planejadas e mal executadas podem ocasionar ao periodonto e a saúde gengival. Entre os procedimentos envolvidos em sua participação estarão: exame clínico periodontal, raspagem supragengival, remoção dos excessos de restauração para prevenir e tratar o risco de desenvolvimento de danos periodontais e confecção de novas facetas.

Todos os dados relacionados ao Sr (a) serão confidenciais e sua identidade será mantida em sigilo em todas as etapas da pesquisa. A divulgação dos resultados será realizada preservando sempre a sua identidade. Você será identificado(a) por um número ou apenas por suas iniciais, não tendo seu nome ou dados que lhe possam identificar revelados.



Os riscos previsíveis à sua saúde em consequência desta pesquisa são mínimos, como por exemplo, mudanças de cor da faceta, uma vez que será necessário remover o excesso para facilitar a higienização e reduzir inflamação gengival. Todos os procedimentos necessários para minimização dos riscos existentes serão cuidadosamente observados. O nivelamento do sobrecontorno na região cervical das facetas pode resultar em eventual descolamento entre dente e restauração direta. Entretanto, caso ocorra algum problema ou dano com o(a) sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) sr.(a) receberá todo o atendimento necessário.

Além disso, iremos realizar atendimento odontológico inicialmente a cada 07 dias e em seguida a cada mês para avaliar a progressão do tratamento e saúde do periodonto que o (a) Sr. (a) apresenta em sua boca. O (A) Sr. (a) poderá fazer contato com a equipe por meio dos telefones pessoais citados abaixo a qualquer hora do dia e também pelo telefone da clínica de atendimento: **Clínica Escola Odontológica Unichristus: (85) 3265-8139**

Como benefícios, poderá ajudar a outros pacientes e profissionais a lidar com o tratamento deste tipo de condição, além de redução da inflamação gengival, redução de sangramento gengival, restaurar a saúde gengival e reduzir o risco de doença periodontal. Caso seja verificado algum problema dental, o Sr. (a) será encaminhado para tratamento. A sua autorização não é obrigatória, e o Sr. (a) poderá desistir a qualquer momento, retirando o seu consentimento. A não autorização deste trabalho não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Centro Universitário Christus.

Você receberá uma via deste termo, com o contato da pesquisadora e da secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo, o Sr. (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento, antes, durante ou após a realização da pesquisa. Além disso, Sr. (a) terá tempo necessário para refletir e



consultar familiares ou outras pessoas de sua confiança para avaliar se deseja ou não participar da pesquisa.

Este documento será assinado pela pesquisadora responsável e caso haja mais de uma página, as primeiras páginas devem ser rubricadas e a última assinada por todos os pesquisadores e pelo Sr. (a). Além disso, os dados obtidos neste protocolo não serão usados em outra pesquisa sem novo consentimento do Sr. (a).

Em caso de insatisfações ou reclamações, você poderá entrar em contato com a secretária do CEP, e seu nome será mantido em anonimato.

Secretaria do CEP

Endereço do CEP: Rua João Adolfo Gurgel, 133/ 60192-345 – Fortaleza-CE

14h às 20h de segunda-feira a sexta-feira. Email: cep@unichristus.edu.br

Contato da pesquisadora:

Maria Amanda Lopes (85) 99240-4068

Email: ammandalopess@gmail.com

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Ao colocar sua assinatura ao final deste documento, VOCÊ, de forma voluntária, na qualidade de PARTICIPANTE da pesquisa, expressa o seu consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo e declara que está suficientemente informado(a), de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. E receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinada pelo(a) Pesquisador(a) Responsável.

Assinatura, por extenso, do(a) Participante da Pesquisa

Belizangela Lira de Silva

Fortaleza-CE, 35 de Setembro de 2025

RG: 2004006020481

Telefone: 85 9 9619-0221

Endereço: Rua: Salvador Correia do Sa 462

Maria Amanda Lopes

Maria Amanda Lopes

CPF: 073.213.803-51

Pesquisadora responsável

ANEXOS

Anexo I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA COM SOBRECONTORNO E SEU IMPACTO NO PERIODONTO: RELATO DE CASO

Pesquisador: Átila Vinicius Vitor Nobre

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88452925.8.0000.5049

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.607.806

Apresentação do Projeto:

A busca pela estética dentária é cada vez maior na atualidade. Procedimentos estéticos orofaciais têm sido extensamente procurados pelos pacientes, com destaque para as facetas diretas. Por se tratar de restaurações diretas, sem a necessidade de etapas laboratoriais, as facetas em resina composta otimizam o tempo, o custo e atendem as expectativas do paciente. Entretanto, iatrogenias estão surgindo cada vez mais, advindas da má execução desta técnica restauradora. Além das falhas técnicas que podem acontecer, implicações biológicas podem afetar o periodonto, causando inflamação, perda de inserção clínica e até bolsas periodontais. Para garantir que o tratamento restaurador tenha estabilidade e longevidade, é imprescindível respeitar os termos do preparo/restauração e a inserção dos tecidos supracrestais. Nesse contexto, é de grande importância para o cirurgião-dentista o conhecimento sobre o impacto que a presença de restaurações em excesso pode causar no periodonto. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um (a) paciente com facetas diretas em resina composta em dentes anteriores superiores, com sobrecontorno (excesso de material restaurador no terço cervical dos dentes). O projeto será submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em

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: 7.607.806

Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar um caso clínico de um (a) paciente com restaurações diretas do tipo facetas, em dentes anteriores superiores, com sobrecontorno (excesso de material restaurador no terço cervical dos dentes)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos deste relato de caso estariam relacionados com a quebra de confidencialidade mediante a divulgação de dados e divulgação não autorizada pelo paciente, o qual resultaria em danos psicológicos, morais e/ou materiais ao paciente ou à terceiros. Porém, todos os cuidados serão tomados para que a identidade do paciente não seja revelada e a autorização para uso de imagens será obtida expressamente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

Este estudo contribuirá para aprimorar o diagnóstico e a abordagem terapêutica de pacientes com inflamação gengival proveniente de facetas diretas em resina composta com sobrecontorno, garantindo uma melhor qualidade de vida ao paciente e sua família

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa do curso de odontologia

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentado estão de acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 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: 7.607.806

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2530952.pdf	15/04/2025 14:29:12		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	15/04/2025 14:28:41	Átila Vinicius Vitor Nobre	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	15/04/2025 14:28:30	Átila Vinicius Vitor Nobre	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_anuencia.pdf	15/04/2025 14:28:10	Átila Vinicius Vitor Nobre	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_infraestrutura.pdf	15/04/2025 14:27:46	Átila Vinicius Vitor Nobre	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	15/04/2025 14:27:24	Átila Vinicius Vitor Nobre	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/04/2025 14:27:00	Átila Vinicius Vitor Nobre	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Maio 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