

**UNIVERSIDADE DE UBERABA  
DANIELA SILVA LEMOS FERREIRA  
PAULA APARECIDA ALVES**

**RESTAURAÇÃO EM RESINA COMPOSTA DE DENTES POSTERIORES:  
RELATO DE CASO UTILIZANDO RESINA COMPOSTA BULK-FILL EM  
INCREMENTO ÚNICO PELA TÉCNICA DO “STAMP”**

**UBERABA-MG**

**2017**

**DANIELA SILVA LEMOS FERREIRA  
PAULA APARECIDA ALVES**

**RESTAURAÇÃO EM RESINA COMPOSTA DE DENTES POSTERIORES:  
RELATO DE CASO UTILIZANDO RESINA COMPOSTA BULK-FILL EM  
INCREMENTO ÚNICO PELA TÉCNICA DO “STAMP”**

Trabalho apresentado à Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para conclusão de curso de graduação em Odontologia da Universidade de Uberaba.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Antônio Borges

**UBERABA-MG**

**2017**

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Daniela Silva Lemos.

F413m Restauração em resina composta de dentes posteriores: relato de caso utilizando resina composta Bulk-Fill em incremento único pela técnica do “Stamp” / Daniela Silva Lemos Ferreira, Paula Aparecida Alves – Uberaba (MG), 2017. 46 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) – Universidade de Uberaba.  
Orientador: Prof. Dr. Gilberto Antônio Borges.

1. Resinas dentárias. 2. Materiais dentários. 3. Restauração (Odontologia). 4. Odontologia. I. Alves, Paula Aparecida. II. Título.

CDD: 617.67

Ficha catalográfica elaborada por: Marcos Antônio de Melo Silva-CRB6/2461

**DANIELA SILVA LEMOS FERREIRA**

**PAULA APARECIDA ALVES**

**RESTAURAÇÃO EM RESINA COMPOSTA DE DENTES POSTERIORES:  
RELATO DE CASO UTILIZANDO RESINA COMPOSTA BULK-FILL EM  
INCREMENTO ÚNICO PELA TÉCNICA DO "STAMP"**

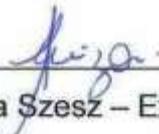
Trabalho apresentado à Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para conclusão de curso de graduação em Odontologia da Universidade de Uberaba.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Antônio Borges

Aprovado em 15/12/2017.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Gilberto Antônio Borges – Orientador  
Universidade de Uberaba

  
\_\_\_\_\_  
Anna Luiza Szesz – Examinadora  
Universidade de Uberaba

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos em primeiro lugar a Deus por nos proporcionar a alegria de viver e nos permitir ir em busca dos nossos sonhos.

Agradecimento especial ao Professor Dr. Gilberto Antônio Borges, pela orientação, dedicação e por nos mostrar que a odontologia vai além dos livros e da ciência. Agradecimento ao Diretor da Policlínica Getúlio Vargas Professor Dr. Anderson Silva, pela disposição em sempre os ajudar, agradecemos ainda aos professores Dr. Vinícius Geraldo Martins, Dr. César Penazzo Lepri, Dr. Régis Teodoro Schroeder e Dr<sup>a</sup>. Daniella de Oliveira Nogueira que não mediram esforços e ensinamentos durante nosso atendimento na Policlínica. Todo nosso carinho e agradecimento a paciente Gabrielle Urzedo de Araújo que aceitou nos ajudar e nos ensinou com sua paciência e respeito o que não se aprende nos livros. Agradecemos aos nossos colegas de curso e aos mestres que acompanharam nossa trajetória nos mostrando os caminhos a percorrer. O nosso muito obrigada!

### **Agradecimentos especiais de DANIELA SILVA LEMOS FERREIRA**

A toda minha família, meus pais, em especial meu marido Emerson Lemos Ferreira que me inspira e me faz cada dia querer ser uma profissional e um ser humano melhor, aos meus filhos Davi e Tiago por aceitarem as ausências da mamãe. Com grande carinho agradeço minha amiga Paula Aparecida Alves que me completou como estudante durante esta trajetória, me apoiou e me ensinou todos os dias um pouco mais.

### **Agradecimentos especiais de PAULA APARECIDA ALVES**

Dedico meu agradecimento maior aos meus pais, meus maiores exemplos, a vocês nunca terei palavras suficientes para agradecer. Agradeço também meu namorado Guilherme Marques pelo carinho, por estar sempre me apoiando e ser paciente com minhas ausências. A minha amiga Daniela Silva Lemos Ferreira, pela convivência harmoniosa, pelas palavras de encorajamento e pelos momentos que tanto aprendemos juntas.

## RESUMO

A odontologia restauradora em dentes posteriores nos últimos tempos vem passando por grandes transformações, as técnicas de restauração e os materiais são estudados para que possam facilitar a vida clínica e diminuir o tempo gasto com um trabalho minucioso e cheios de detalhes quanto o de dentística. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico onde se restaurou dente posterior utilizando a técnica do “stamp”, empregando resina Bulk Fill Sonic-Fill. Paciente do sexo feminino, 14 anos, com cáries ativas, passou por exames clínicos, radiográficos, fotográficos e aconselhamento quanto a mudança de hábitos alimentares e higienização. Foi detectado recidiva de cárie no dente 46 e inicialmente utilizando um molde foi obtido o modelo em gesso que foi enviado ao técnico para que pudesse fazer o enceramento da face oclusal. A matriz foi confeccionada com resina flow sobre o gesso isolado. A restauração foi feita utilizando resina de preenchimento em massa Bulk Fill Sonic-Fill e depois adaptada a matriz. A fotoatização foi conduzida e a restauração passou por processo de acabamento e polimento. Pode-se concluir que a técnica diminui o tempo clínico do profissional, ajuda muito quanto a estética e traz facilidade ao dentista na sua execução.

**Palavras Chave:** Resina composta. Restauração direta. Estética dentária. Restauração dentária permanente.

## ABSTRACT

Restorative dentistry in posterior teeth lately has been undergoing major transformations, not only in techniques, but also new materials. These have facilitated clinical life and reduced the time spent to construct details necessities. The aim of this study was to describe a clinical case where the posterior tooth was restored using the "stamp" technique, with Bulk Fill Sonic-Fill composite resin. A female patient, 14 years old, with active cavities, underwent clinical, radiographic, photographic exams and advice on changing eating habits and hygiene. Caries recurrence was detected in tooth 46 and initially using a mold the die was obtained in gypsum that was sent to the technician to wax the occlusal face. The matrix was made with flow composite resin on the insulated die. The restoration was carried out using Bulk Fill Sonic-Fill composite resin and then adapted to the matrix. The photo-activation was conducted, and the restoration was finished and polished. It could be concluded that the technique reduces the clinical time results in favorable and makes the procedure easier to perform.

**Keywords:** Composite resin. Direct restoration. Dental aesthetic. Permanent dental restoration.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Foto inicial arcada inferior	20
Figura 2 - Foto inicial arcada superior	21
Figura 3 - Evidenciação inicial	21
Figura 4 - Exame radiográfico inicial	22
Figura 5 - Enceramento diagnóstico do elemento dental 46	23
Figura 6 - Isolamento do modelo com manteiga de cacau	23
Figura 7 - Confecção da matriz em resina flow	24
Figura 8 - Confecção do cabo em resina flow	24
Figura 9 - Fotoativação da matriz	25
Figura 10 - Remoção da restauração de amálgama em alta rotação	26
Figura 11 - Remoção do tecido cariado em baixa rotação	27
Figura 12 - Aspecto da cavidade após remoção da restauração e tecido cariado, e realização da toailete	27
Figura 13 - Remoção dos prismas sem suporte no esmalte cavo superficial	28
Figura 14 - Proteção do complexo dentino-pulpar com compósito de hidróxido de cálcio.	28
Figura 15 - Forramento da cavidade com ionômero de vidro	29
Figura 16 - Condicionamento ácido em esmalte cavo-superficial com ácido fosfórico a 37%.	29
Figura 17 - Aplicação do primer do sistema adesivo Clearfil SE Bond	30
Figura 18 - Volatilização em aplicação do primer do sistema adesivo Clearfil SE Bond	30
Figura 19 - Aplicação do adesivo do sistema adesivo Clearfil SE Bond	30
Figura 20 - Jato de ar após aplicação do adesivo do sistema adesivo Clearfil SE Bond	31
Figura 21 - Fotoativação do adesivo do sistema adesivo Clearfil SE Bond.	31
Figura 22 - Verificação da adaptação da matriz resinosa	31
Figura 23 - Acomodação da matriz resinosa sobre a resina bulk fill	32
Figura 24 - Remoção dos excessos de resina extravasados após a inserção da matriz resinosa	32
Figura 25 - Fotoativação por 20 segundos após a remoção dos excessos	32

Figura 26 - Complementando a fotoativação por mais 20 segundos, após a remoção da matriz resinosa	33
Figura 27 - Remoção dos excessos com lâmina de bisturi nº 12	33
Figura 28 - Aplicação do pigmento Ivoclar Vivadent com auxílio de Lima endodôntica Dentsply 0,8 mm e em seguida a fotoativação	33
Figura 29 - Aspecto final da restauração	34
Figura 30 - Verificação dos pontos de contatos oclusais	34
Figura 31 - Exame radiográfico final	35

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instrumentais que foram utilizados no caso clínico	17
Quadro 2 - Materiais restauradores que foram utilizados no caso clínico	17
Quadro 3 - Materiais restauradores que foram utilizados no caso clínico	18
Quadro 4 - Materiais acessórios que foram utilizados no caso clínico	19

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BULK FILL</b>	Preenchimento em Massa
<b>DUAL</b>	Ativação Dupla
<b>FLOW</b>	Resina Fluida
<b>MMPs</b>	Metaloproteinases da Matriz Dentinária
<b>STAMP</b>	Carimbo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVO</b> .....	16
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	17
<b>3.1 Caso clínico</b> .....	19
<b>3.2 Diário alimentar antes de iniciar o tratamento</b> .....	35
<b>4 RESULTADOS</b> .....	36
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	37
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	42
<b>ANEXO 2- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO</b> .	44
<b>ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO DA POLICLÍNICA GETÚLIO VARGAS</b>	45
<b>ANEXO 4 – COMPROVANTE DE ENVIO DE PROJETO</b> .....	46

## 1 INTRODUÇÃO

O amálgama dentário foi utilizado como material de eleição por muitos anos, mas devido ao aumento pela busca de estética mesmo em dentes posteriores, o início de uma odontologia minimamente invasiva, e devido à falta de adesividade à estrutura dentária, o amálgama foi perdendo sua utilização e a partir daí começa-se a ser utilizado um material que desta forma minimiza estes fatores, a resina composta (ALSHEHADAT et al., 2016; VAN DE SANDE et al. 2015).

Diversos pesquisadores ao longo dos últimos 50 anos abordaram este material, a resina composta, principalmente quando se trata de sua evolução, desde o momento em que surgiram em meados da década de 50, buscou-se reduzir o tamanho de suas partículas para conseguir melhor polimento e minimizar o desgaste, conservando a dureza (FERNANDES et al. 2014; PHILLIPS; SHEN; RAWLS, 2013).

Atualmente o que se tem buscado é diminuir a contração de polimerização do material, sua tensão, afim de subtrair as melhores propriedades da resina composta, bem como se tem buscado diminuição no tempo gasto de trabalho do cirurgião dentista com a construção da anatomia do dente. Quanto a sua longevidade tem-se relato de comprovação científica de duração da resina composta em dentes posteriores durante médio e longo prazo (BORGIA, E.; BARON; BORGIA, J., 2017).

Kubo (2011), relata em seu estudo um dos fatores que podem influenciar na longevidade das restaurações é a experiência e o ano de graduação do operador, visto que matérias e técnicas restauradoras estão sendo constantemente aprimoradas. Quando comparadas restaurações em molares e pré-molares, em pré-molares observa-se maior taxa de sobrevida isso provavelmente se deve a menor incidência de forças oclusais e melhor acesso ao campo operatório. Efeitos significativos são observados com uso de sistemas adesivos e condicionamento com ácido fosfórico em esmalte, contudo em estudo não houve diferenças significativas entre sistema adesivo auto-condicionante (Clearfil Liner Bond II e SE Bond) e sistema adesivo de condicionamento total (Clearfil Photo Bond), quando observados por um período de até 10 anos. Os compostos resinosos devem apresentar propriedades como tenacidade a fratura, boa adaptação marginal, resistência ao desgaste, textura superficial adequada e estabilidade de cor, pois esses fatores refletem na durabilidade das restaurações. Quando materiais e técnicas são

aplicadas corretamente, baseados no conceito de mínima intervenção, conseqüentemente há aumento na longevidade das restaurações (KUBO, 2011).

A longevidades das restaurações depende de fatores relacionados ao seu tipo, a sua localização, a habilidade do executor, fatores socioeconômicos, idade dos pacientes e prevalência da cárie. As falhas das restaurações em resina composta normalmente se dão por cárie secundária e fraturas (DEMARCO et al., 2012).

As resinas compostas são materiais usados para restaurar e restituir os tecidos dentais que foram perdidos por cárie ou por traumas, e são utilizadas para cimentar restaurações protéticas tais como coroas ou facetas. Tem sido comprovado que são formadas por partícula de carga, agente de união e matriz orgânica. (FERNANDES et al., 2014). São classificadas em resinas fluidas, indicadas principalmente para cavidades de difícil acesso, e pode ser classificada como resina acomodável, comparada ao amalgama, hoje em desuso pela dificuldade de técnica de utilização e muito mais tempo gasto, além de terem sido ineficientes. De acordo com a polimerização, as resinas compostas podem ser quimicamente ativadas apresentadas em duas pastas, uma que possui o iniciador que é o peróxido de benzoíla e a outra a amina terciária aromática como ativador, podem ainda ser foto ativada, ou seja ativada por luz, que neste caso possuem um iniciador que é sensível a luz, o mais comum dos iniciadores fotossensíveis é a canforoquinona. Ainda sobre a forma de ativação se tem as resinas de ativação dupla (Dual) que possuem tanto o peróxido de benzoíla quanto a amina terciária aromática, e a maior vantagem desse sistema está em garantia da polimerização em todo o corpo da restauração, mesmo nos locais de difícil acesso da luz onde a polimerização se dá, assim quimicamente. De acordo com os autores, há vários tipos de resinas compostas, porém vários aspectos devem ser de conhecimento do profissional para que aplique o material clinicamente de forma segura (PHILLIPS; SHEN; RAWLS et al, 2013).

Para se promover a adesão entre o material restaurador e o substrato, garantindo resistência de união e de micro infiltração e possibilitando a distribuição de tensões, foram criados os sistemas adesivos. Estes por sua vez, podem ser classificados quanto ao tratamento da dentina, em sistema adesivo de condicionamento total de 3 passos e de 2 passos e sistema adesivo auto-condicionante de 2 passos e de passo único. Os mais utilizados com história clínica de longevidade e evidencias científicas são os auto-condicionantes de 2 passos e

convencional de 3 passos, que exigem mais passos clínicos. A medida que simplificam os números de passos operatórios, eles se tornam mais atrativos, porém ainda há poucas evidências quanto a sua eficiência e durabilidade (PHILLIPS; SHEN; RAWLS et al., 2013). Quando se trata de redução de passos existe no mercado um adesivo dito como Universal, que de acordo com sua definição deveria ser indicado para todos os casos, vir em um único frasco e aplicação de passo único, mas ainda existe uma dificuldade para se produzir um adesivo universal verdadeiro, uma vez que o mesmo possui grande adesividade em dentina, mas pequena adesão em esmalte. Desta forma, a sua utilização pelo clínico deve ser com grande cautela observando sempre sua formulação contida na bula e os passos operatórios a serem seguidos. (VAKAY et al., 2017). Para se tentar garantir uma melhor adesão, mudanças clínicas acontecem e surgem materiais que auxiliam nesta adesão, como é o caso da Clorexidina a 2% que aplicada previamente ao sistema adesivo inibe as metaloproteinases da matriz dentinária(MMPs) impedindo a deteriorização do colágeno e ainda agindo como agente antimicrobiano (NEVES et al., 2017).

As resinas aplicadas em massa (Bulk fill) foram recentemente introduzidas no mercado odontológico, elas são resinas compostas que se dispõem a serem utilizadas em 1 camada de incremento de 4 mm em vez dos 2 mm preconizados na técnica incremental. (ILIE; HICKEL, 2011; EL DAMANHOURY; PLATT, 2014). Estas resinas, segundo os fabricantes, prometem uma baixa contração volumétrica, menor tensão de polimerização o que minimizaria a formação de micro infiltração marginal, bem como cárie secundária, irritação da polpa, sensibilidade pós-operatória e até mesmo a deflexão de cúspide quando o fator C é alto. Estas resinas possuem o modulador de polimerização, que impede a contração da polimerização e diminui seus efeitos (CZASCH; ILIE, 2013).

Alguns materiais de preenchimento por incremento, possuem baixa resistência mecânica o que impede o seu uso em áreas de alta carga oclusal, e a característica translúcida do material justifica a necessidade de se utilizar uma resina para melhorar a qualidade estética e aumentar a sua dureza. (LEPRINCE et al., 2014).

Em recente estudo Dijken comparou a técnica incremental de 2 mm com a técnica de aplicação em massa de 4 mm e demonstrou que quase não houve diferença significativa em durabilidade durante os 6 anos de observação das duas

técnicas, o que levou a hipótese nula de nenhuma diferença ser aceita (DIJKEN; PALLESEN, 2017).

Várias técnicas restauradoras são utilizadas para reconstituir dentes que perderam sua anatomia, seja por cárie ou trauma, devolvendo função e estética ao paciente. Uma das técnicas restauradoras mais utilizadas pelos profissionais da área de odontologia, é a restauração direta a mão livre, procedimento esse que depende da habilidade profissional, conhecimentos a respeito dos compósitos resinosos e senso artístico de quem executa. Para que se obtenha um melhor desempenho quanto a restauração, as resinas compostas preconizam que seja utilizada a técnica de inserção incremental onde se utiliza incrementos de 2 mm, sem a união de paredes opostas reduzindo a tensão em função da contração de polimerização que acarretaria sensibilidade pós-operatória, trincas, deflexão de cúspide e descoloração marginal. O uso de baixa intensidade de luz seguido de um aumento progressivo com fonte luminosa de intensidade adequada, é um fator que se deve levar em consideração quando se fotoativa a resina em sua fase inicial prologando a fase pré-gel reduzindo as tensões geradas da contração na fase pós gel (BICALHO et al., 2015).

Visando buscar menor tempo clínico do cirurgião dentista na reconstituição da anatomia oclusal foi desenvolvida a técnica do carimbo (“*stamp*”) ou técnica inversa, que consiste na confecção de uma matriz que copie a forma oclusal do dente a ser restaurado. Esta técnica é preconizada para dentes cariados com a anatomia intacta e dentes que sofreram erosão, e ela permite a reprodução da anatomia e oclusão original do paciente, permite a polimerização completa da resina já que não ocorre a inibição pelo oxigênio e necessita de pouco acabamento e polimento, uma vez que a estrutura original é copiada. A simplicidade da técnica e a redução do tempo são as características que chamam a atenção dos profissionais da área (CHAVES et al., 2011).

A técnica de “*stamp*” visa melhorar a estética e diminuir a dificuldade que o dentista tem quando se trata de escultura dentária, e quando se molda o dente ainda íntegro e constrói em silicone a matriz oclusal para depois carimbar a resina já colocada na cavidade preparada se busca justamente esta melhoria (MUSELLA et al., 2016).

A partir de todo o exposto, objetiva-se apresentar um relato de caso clínico envolvendo, a técnica de estratificação reversa ou “*stamp*” ou ainda carimbo,

utilizando resina Bulk fill Sonic-fill, com incrementos em torno de 4 mm, tendo como instrumento a matriz de resina.

## 2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi descrever um relato de caso envolvendo a técnica de estratificação reversa ou “*stamp*” ou ainda carimbo, utilizando resina Bulk fill Sonic-fill, com incrementos em torno de 4 mm, tendo como instrumento a matriz de resina.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Nome do Material	Nome Comercial	Fabricante
Alicate perfurador Ainsworth	Alicate perfurador Ainsworth	GOLGRAN
Cabo de bisturi	Cabo de bisturi	QUINELATO
Escavador de dentina	Cureta	GOLGRAN
Kit Clínico	Kit Clínico (Sonda Goldman-fox nº4, Espelho bucal nº5, Sonda exploradora, pinça clínica para algodão)	QUINELATO
Kit para aplicação e escultura de resina composta	Garrisom	KOSMEDENT
Pinça porta grampo Palmer	Pinça porta grampo Palmer	GOLGRAN
Seringa aplicadora e pontas para aplicação de materiais dentários	Seringa aplicadora Centrix dispensador	NOVA DFL
Seringa Carpule	Seringa Carpule com refluxo	DUFLEX SS-WHITE

Quadro 1- Instrumentais que foram utilizados no caso clínico

Fonte: As autoras

Nome do Material	Nome Comercial	Fabricante
Ácido Fosfórico 37%	Condicionador ácido fosfórico 37%	FGM
Compósito de Hidróxido de Cálcio	Cimento forrador de Hidróxido de cálcio Hydro C	DENTSPLY
Ionômero de vidro	Ionômero de vidro Forrador Vidrion F	SS WHITE
Kit de pigmentos	Empress Direct Color Assortment	IVOCLAR VIVADENT
Resina Composta do tipo Bulk Fill	Sonic – Fill	KERR SYBRON, USA
Resina Fluida	Resina Opallis Flow	FGM
Sistema adesivo	Adesivo Clearfil SE Bond	KURARAY

Quadro 2 - Materiais restauradores que foram utilizados no caso clínico

Fonte: As autoras

<b>Nome do Material</b>	<b>Nome Comercial</b>	<b>Fabricante</b>
Algodão em rolete	Rolete dental	SSPLUS
Anestésico	Mepivacaína 2% com Epinefrina	NOVA DFL
Anestésico tópico gel	Benzotop	DFL
Aplicador Descartável Microbrush	Aplicador KG Brush	KG SORENSEN
Cera (protético/escultura)	Cera para escultura Menta Opaca 05-102	ARTWAX
Digluconato de Clorexidina 2%	Clorhexin 2% Digluconato de Clorexidina	REYMER
Fio dental	Fio dental Reach Essencial Menta	JOHNSON & JOHNSON
Gesso tipo IV	Gesso pedra especial Durone Tipo IV	DENTSPLY
Hipoclorito de sódio 5%	Hipoclorito de sódio 5%	COLUMBUS
Lâmina de Bisturi	Lâmina de Bisturi n.º 12	MAXICOR
Lençol de borracha	Lençol de borracha	MADEITEX
Luva de procedimento nitrílica	Luva de procedimento nitrílica	SUPERMAX
Manteiga de Cacau	Manteiga de cacau batom	NATURAVENE
Otosporin	Otosporin	FQM
Silicone por condensação, massa densa	Silicone por condensação Speedex	COLTENE
Silicone por condensação, massa leve	Silicone por condensação Speedex	COLTENE

Quadro 3 - Materiais restauradores que foram utilizados no caso clínico

Fonte: As autoras

<b>Nome do Material</b>	<b>Nome Comercial</b>	<b>Fabricante</b>
Afastador Labial	Abridor bucal	MAQUIRA
Arco de Young	Arco de Young	JON
Câmera fotográfica	Câmera fotográfica Canon t5i (Japão)	CANON
Disco de Feltro Polimax	Disco de Feltro Polimax	TDV
Disco feltro	Disco feltro Polimax	TDV
Escala de cor	Vita Classic	WILCOS
Escova Carbetto de Silício CA	Escova Carbetto de Silício	IVOCLAR VIVADENT
Espelho para fotografia	Espelho para fotografia metálico	ICE
Fotoativador	Fotopolimerizador Radii-Cal	SDI
Gel hidrossolúvel	Gel hidrossolúvel	JOHNSON & JOHNSON
Grampo para isolamento nº 26	Grampo para isolamento KSK nº 26	NOVA DFL
Kit acadêmico	Kit acadêmico (Alta rotação, baixa rotação, peça reta)	KAVO
Kit de brocas e pontas diamantadas da Universidade de Uberaba	KG	KG SORENSEN
Kit Para Polimento de Resina	Kit Para Polimento de Resina	MICRODONT
Lima endodôntica	Lima K série especial Mailefer n.º 08 – 25 mm	DENTSPLY
Moldeira tipo vernis	Moldeira met jg adulto lisa	MUGHAL, HOLANDA
Pasta de Polimento Diamond AC I e AC II	Pasta de Polimento	FGM
Pincel	Pincel pelo de Marta	DENCRIL

Quadro 4 - Materiais acessórios que foram utilizados no caso clínico  
Fonte: As autoras

### 3.1 Caso clínico

Para a realização do trabalho, o projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade de Uberaba, o qual teve aprovação sob o número CAAE 80203417.5.0000.5145. Paciente com 14 anos de idade, sexo feminino, procurou uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sentindo dores em alguns elementos dentais e por possuir lesões de cárie. A paciente foi encaminhada para o Centro Especializado

de Odontologia (CEO) na Policlínica Getúlio Vargas. Anamnese detalhada e exame clínico possibilitou detectar lesões de cárie em vários dentes. Ficou constatado que a paciente necessitava de motivação e orientação para que cuidasse melhor de seus dentes e foi feita profilaxia para que controlasse a placa bacteriana.

Exame radiográfico complementar, seguido de fotografias utilizando uma câmera fotográfica T5i (CANON, Tóquio, Japão) com auxílio do abridor bucal foi realizado para que fosse feito o planejamento do tratamento. De acordo com o diagnóstico, a paciente foi orientada a fazer diário alimentar com descrição detalhada da alimentação bem como das mudanças necessárias para se melhorar sua saúde bucal revertendo assim o seu estado anterior de alto risco e em atividade de cárie.



Figura 1: Foto inicial arcada inferior.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 2: Foto inicial arcada superior.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 3: Evidenciação inicial.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 4: Exame radiográfico inicial.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).

O tratamento planejado para os dentes com lesões de cárie irreversível, ou seja, sem acesso para higienização, foi a remoção do tecido cariado e restauração com resina composta Bulk-fill Sonic Fill (Kavo Kerr, Joinvile, SC). Dessa forma, o dente 46 foi restaurado com a "Técnica de Stamp".

Em seguida, foi feita uma moldagem com silicone por condensação denso e leve Speedex (COLTENE, Rio de Janeiro, RJ) em dois passos, das arcadas superior e inferior. Após, foi feita a desinfecção com hipoclorito de sódio a 5% (COLUMBUS, São Paulo, SP, por 10 minutos, e confeccionado o modelo de trabalho com Gesso pedra especial Durone Tipo IV (DENTSPLY, Rio de Janeiro, RJ). O modelo foi entregue ao técnico em prótese dentária, que executou o preparo e o enceramento reconstituindo a anatomia correta no dente 46 com a cera para escultura Menta opaca 05-102 (ARTWAX, São Paulo, SP).



Figura 5: Enceramento diagnóstico do elemento dental 46.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).

Foi feito isolamento do modelo da região a ser trabalhada com manteiga de cacau (NATURAVENE, São Paulo, SP) utilizando pincel pêlo de Marta (DENCRIIL, Pirassununga, SP), posteriormente foi feita a aplicação da resina Opallis Flow (FGM, Joinville, SC) no modelo encerado, de forma contínua, recobrimo minuciosamente todos os sulcos e a anatomia oclusal, após todo o preenchimento a resina foi fotoativada com o fotoativador Radii- Call (SDI, Bayswater, Austrália). Para facilitar a remoção e utilização da matriz construiu-se uma extensão com resina em forma de cabo.

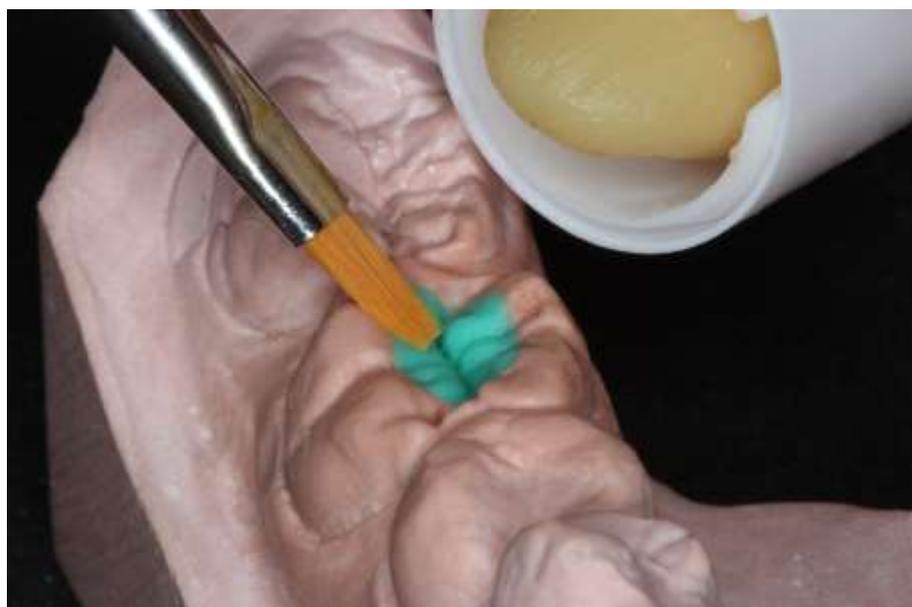


Figura 6: Isolamento do modelo com manteiga de cacau.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 7: Confeção da matriz em resina flow.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 8: Confeção do cabo em resina flow.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 9: Fotoativação da matriz.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).

O atendimento da paciente iniciou-se com a escolha da cor a ser utilizada, com a escala de cor Vita Classic (WILCOS, Petrópolis, RJ), logo após executou-se a anestesia do tipo Mandibular do lado correspondente ao dente 46, utilizando anestésico tópico gel Benzotop (DFL, Rio de Janeiro, RJ) na região de punção, e com o auxílio da seringa carpule com refluxo (DUFLEX SS-WHITE, Rio de Janeiro, RJ), foi administrado o anestésico Mepivacaína 2% com Epinefrina na diluição de 1:100.000 (NOVA DFL, Rio de Janeiro, RJ). Para realização do isolamento absoluto utilizou-se a pinça porta grampo Palmer (GOLGRAN, São Caetano do Sul, SP) e o grampo nº 26 (NOVA DFL, Rio de Janeiro, RJ), juntamente com o arco de Young (JON, São Lourenço do Oeste, SC), alicate perfurador (GOLGRAN, São Caetano do Sul, SP) e lençol de borracha (MADEITEX, São José dos Campos, SP). Depois do isolamento, realizou-se a antissepsia do campo operatório com Digluconato de Clorexidina a 2% (REYMER, Aparecida de Goiana, GO), para então iniciar a remoção do amálgama com a alta rotação (KAVO, Joinville, SC) e broca 245 (KG SORENSEN, Cotia, SP), e posterior remoção do tecido cariado em baixa rotação (KAVO, Joinville, SC) com Brocas Carbites CA Kavo (KG SORENSEN, Cotia, SP) e Escavador de dentina (GOLGRAN, São Caetano do Sul, SP). Após a remoção do tecido amolecido, foi feita a toailete da cavidade em baixa rotação com Brocas Carbites CA, e foi detectado a necessidade de utilizar Otosporin (FQM, Rio de Janeiro, RJ) - hidrocortisona 10 mg/mL + sulfato de neomicina 5 mg/mL + sulfato de polimixina B 10.000 UI/MI- bem como da necessidade de proteção do complexo

dentino pulpar com compósito de hidróxido de cálcio (DENTSPLY, Rio de Janeiro, RJ) e Ionômero de vidro forrador (SS WHITE, Rio de Janeiro, RJ) por se tratar radiograficamente e clinicamente de uma cavidade muito profunda. Para a aplicação do sistema adesivo Clearfil SE Bond (KURARAY, Tokio, Japão), iniciou-se com o condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% (FGM, Joinville, SC), em esmalte por 30 segundos e depois lavou-se pelo mesmo tempo, depois foi feita secagem utilizando-se o ar da seringa tríplice, e passou-se a aplicação do primer na cavidade com o aplicador descartável microbrush (KG SENSOREN, Cotia, SP) aplicando jato de ar para o auxílio da volatilização, por último aplicou-se uma fina camada do adesivo com o aplicador descartável, foi feita a remoção do excesso com outro aplicador e foi feita a fotoativação com o fotoativador. A restauração propriamente dita consistiu em resina composta do tipo Bulk- fill Sonic Fill, em incremento único, realizada com auxílio da ponta aplicadora própria do sistema de 4 mm. A matriz foi isolada anteriormente com gel hidrossolúvel (JOHNSON & JOHNSON, Nova Jersey, EUA), e depois acondicionada sobre a resina, comprimida para que o excesso extravase, após o excesso foi retirado e feita a fotoativação por 20 segundos. A matriz resinosa foi removida e completou-se o restante da fotoativação por mais 20 segundos, pois o aparelho tem intensidade de 800 mW/cm<sup>2</sup>. Foi feita a remoção dos excessos com auxílio de lâmina de bisturi n.º 12 (MAXICOR, Pinhais, PR), acoplada no Cabo de bisturi (QUINELATO, Rio Claro, SP). Para a caracterização dos sulcos foi aplicado o pigmento marrom do kit de pigmento (IVOCLAR VIVADENT, Schaan, Liechtenstein) com a Lima 0,8 mm (DENTSPLY New York, USA) e em seguida a fotoativação.



Figura 10: Remoção da restauração de amálgama em alta rotação.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 11: Remoção do tecido cariado em baixa rotação.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 12: Aspecto da cavidade após remoção da restauração e tecido cariado, e realização da toaleta.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).

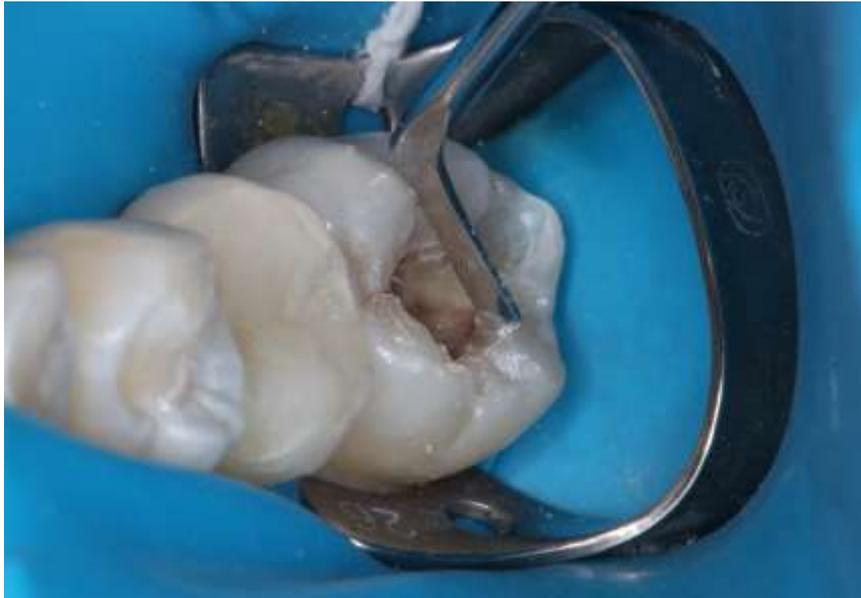


Figura 13: Remoção dos prismas sem suporte no esmalte cavo superficial.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 14: Proteção do complexo dentino-pulpar com compósito de hidróxido de cálcio.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 15: Forramento da cavidade com ionômero de vidro.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 16: Condicionamento ácido em esmalte cavo-superficial com ácido fosfórico a 37%.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 17: Aplicação do primer do sistema adesivo Clearfil SE Bond.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 18: Volatilização em aplicação do primer do sistema adesivo Clearfil SE Bond.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 19: Aplicação do adesivo do sistema adesivo Clearfil SE Bond.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 20: Jato de ar após aplicação do adesivo do sistema adesivo Clearfil SE Bond.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).

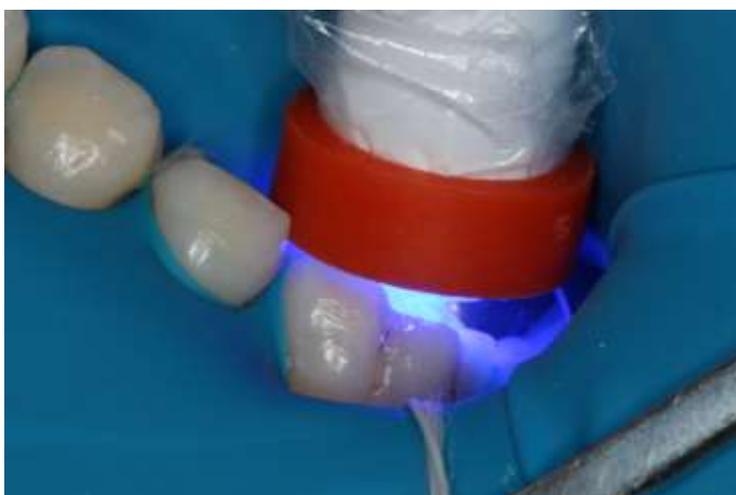


Figura 21: Fotoativação do adesivo do sistema adesivo Clearfil SE Bond.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 22: Verificação da adaptação da matriz resinosa.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 23: Acomodação da matriz resinosa sobre a resina bulk fill.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 24: Remoção dos excessos de resina extravasados após a inserção da matriz resinosa.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).

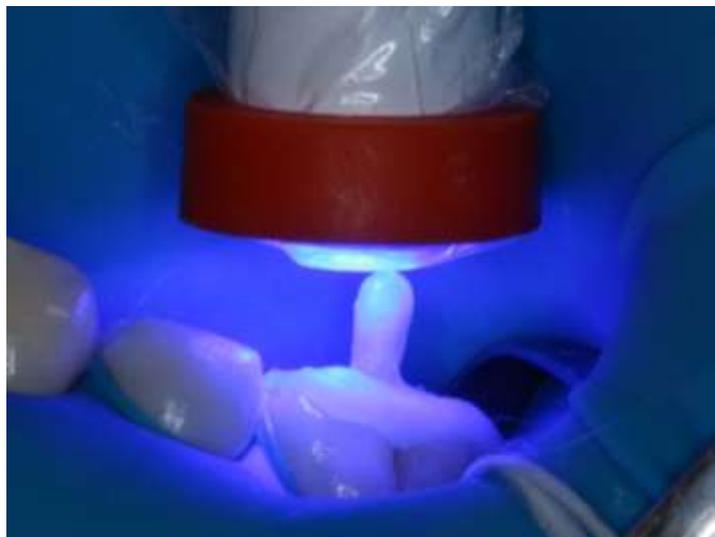


Figura 25: Fotoativação por 20 segundos após a remoção dos excessos.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 26: Complementando a fotoativação por mais 20 segundos, após a remoção da matriz resinosa.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 27: Remoção dos excessos com lâmina de bisturi nº 12.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 28: Aplicação do pigmento Ivoclar Vivadent com auxílio de Lima endodôntica Dentsply 0,8 mm e em seguida a fotoativação.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).

O acabamento foi realizado utilizando pontas diamantadas F e FF (KG SORENSEN, Cotia, SP) e pontas multilaminadas (KG SORENSEN, Cotia, SP), seguido da utilização de borrachas de silicone abrasivas (MICRODONT, São Paulo, SP) com pasta Diamondac Iell (FGM, Joinville, SC), com a borracha amarela utilizou-se a pasta Diamondac I e com a borracha branca a pasta Diamondac II. Para finalizar o acabamento empregou-se a escova de carbeto de silício (IVOCLAR VIVADENT, Schaan, Liechtenstein) com gel hidrossolúvel.

O polimento é a etapa final do procedimento restaurador, e foi realizado com disco de feltro (TDV, Pomerode, SC) embebido em gel hidrossolúvel.



Figura 29: Aspecto final da restauração.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 30: Verificação dos pontos de contatos oclusais.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).



Figura 31: Exame radiográfico final.  
Fonte: Acervo pessoal (2017).

### 3.2 Diário alimentar antes de iniciar o tratamento

O diário alimentar foi realizado a fim de verificar os hábitos de alimentação e higiene, na perspectiva de baixar o risco e promover saúde.

Café da manhã: Nada

Almoço: Arroz, feijão, carne, salada e suco

Lanche: Bolacha

Jantar: Macarrão com carne moída

---

Café da manhã: café preto e metade de um pão

Almoço: arroz, feijão, carne com legumes e suco

Lanche: Açai

Jantar: Caldo de frango

---

Café da manhã: Bolacha de maisena e café preto

Almoço: arroz, feijão, filé de frango, alface e suco

Lanche: Gelatina

Jantar: Lanche

## 4 RESULTADOS

Foi possível restaurar o dente 46 dentro de um tempo clínico muito menor com resultados satisfatórios, tanto estético, quanto funcional. Não obstante, a paciente mostrou-se satisfeita e menos cansada.

## 5 DISCUSSÃO

Na busca por materiais que simplifiquem a técnica restauradora, que garanta polimerização efetiva e diminua falhas provenientes da contração no momento da fotoativação surgiram no mercado as resinas compostas do tipo bulk-fill. (EL-DAMANHOURY; PLATT, 2014; ILIE; HICKEL, 2011; LEPRINCE et al., 2014;). Por acreditar na literatura pertinente que tem mostrado resultados promissores com as resinas compostas Bulk Fill, (CZASCH; ILIE, 2013), o presente estudo traz uma técnica que copia a oclusal do elemento dental com os detalhes reestabelecidos com enceramento, utilizando uma matriz resinosa como carimbo, o que minimiza possibilidade de erros, simplifica os passos clínicos e evita o cansaço do paciente (MUSSELLA et al. 2016). Contudo, por se tratar de material recente e sem publicações em número suficiente, precisa-se aguardar até que mais estudos sejam feitos para a sua comprovação principalmente quanto a longevidade e biocompatibilidade, o que auxiliaria o clínico a tomar decisões que estejam pautadas em evidências clínicas e científicas. (RIBEIRO et al., 2017). Por outro lado, é importante enfatizar que estudos têm mostrado resultados satisfatórios (CZASCH; ILIE, 2013; GORACCI et al., 2014; ALRAHLAH et al., 2014).

Algumas resinas compostas do tipo bulk-fill necessitam de cobertura com resinas compostas convencionais, por possuírem menor quantidade de partículas de carga o que gera menor resistência mecânica, sobretudo ao desgaste. Atualmente surgiram compósitos do tipo bulk-fill que dispensam o uso desse recobrimento, por possuírem propriedades mecânicas melhoradas. (CHARAMBA et al., 2017; HOLANDA et al., 2017). No presente trabalho foi utilizada a resina composta em incremento único, na perspectiva de simplificação e diminuição do tempo clínico.

Trabalhos clínicos com a resina bulk-fill em único incremento, que não necessitam de cobertura têm mostrado resultados satisfatórios. (KIM et al. 2015). Esses novos materiais possuem boa taxa de conversão de monômeros em polímeros quando utilizados incrementos de no máximo 4mm e um aparelho de fotoativação com irradiância mínima de 800 mW/cm<sup>2</sup>, garantindo assim durabilidade a restauração e boas propriedades físico-mecânicas. (ZORZIN et al., 2015). Os moduladores de polimerização presentes minimizam as tensões geradas durante a polimerização, reduzindo danos a estrutura dentária e a camada de união. Tem sido mostrado que este material possui ótima capacidade de vedamento marginal tanto

em dentina quanto em esmalte, propiciando menor quantidade de manchamento, cáries recorrentes, minimizando sensibilidade dolorosa. (RIBEIRO et al., 2017)

Apesar de surgirem como o grande avanço na técnica de restauração atual, o dentista precisa ficar atento quanto aos estudos que comprovem longevidade clínica e o comportamento das características fundamentais inerentes aos materiais restauradores presentes nesse (FERNANDES et al. 2014).

Tecnicamente a confecção de uma restauração direta demanda tempo principalmente quando realizada pela técnica incremental oblíqua e demanda ainda que o dentista tenha habilidade para a realização da escultura anatômica do elemento a ser restaurado, (BICALHO et al. 2017; FLURY; PEUTZFELDT; LUSSI, 2014); entretanto, a literatura é contundente sobre a evidência científica com a técnica incremental. Nessa perspectiva, tem sido mostrado longevidade de até 22 anos. (DEMARCO et al., 2012). Para facilitar a realização dos detalhes anatômicos que são difíceis de realizar, optamos pela aplicação da matriz com enceramento. Todavia, essa técnica requer que o paciente vá ao consultório duas vezes, pois no primeiro momento faz-se a moldagem e envia-se o modelo ao técnico de laboratório para que o mesmo faça o enceramento do elemento a ser restaurado e ainda é necessário a confecção da matriz oclusal (CHAVES et al., 2011; MUSSELLA et al., 2016). No segundo momento o paciente retorna ao consultório para que seja feita a restauração propriamente dita. Além deste tempo adicional de ida ao consultório ainda é necessário computar o gasto monetário com o trabalho do técnico do laboratório de prótese odontológica.

Contudo, quando se utiliza uma resina de incremento único associada a técnica de restauração com a matriz oclusal, ganha-se muito em tempo, facilidade de execução, menor ajuste oclusal, polimento e acabamento, levando a uma anatomia mais fiel e precisa.

## 6 CONCLUSÃO

Dentro das limitações do presente relato pode-se concluir que até o momento a resina bulk-fill suplanta os compósitos resinosos convencionais em facilidade de utilização e tamanho do incremento, e a técnica do “*stamp*” auxilia o dentista por ser um procedimento de fácil execução, que necessita de menor ajuste oclusal, polimento e acabamento, confere a restauração uma estética e anatomia mais precisa, e ainda diminui consideravelmente o tempo de permanência do paciente no consultório, o que gera um menor cansaço tanto a ele quanto ao dentista.

## REFERÊNCIAS

- ALRAHLAH, A.; SILIKAS, N.; WATTS, D. C. Post-cure depth of cure of bulk fill dental resin-composites. **Dental Materials**, v. 30, n. 2, p. 149-154, 2014.
- ALSHEHADAT, S. A. et al. The stamp technique for direct Class II composite restorations: a case series. **J Conserv Dent**. v. 19 n. 5, p. 490-493, 2016.
- BICALHO, Aline Aredes et al. Restaurações de Resinas Compostas em Dentes Posteriores- Controlando os efeitos da contração de polimerização. **Clínica international journal of brazilian dentistry**, v. 11, n. 3, p. 272-279, 2015.
- BORGIA, Ernesto; BARON, Rosario; BORGIA, Jose Luis. Quality and Survival of Direct Light-Activated Composite Resin Restorations in Posterior Teeth: A 5-to 20-Year Retrospective Longitudinal Study. **Journal of Prosthodontics**, 2017.
- CHARAMBA, Caroline et al. Resistência de união de compósitos do tipo Bulk Fill: análise in vitro. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 46, n. 2, p. 77-81, 2017.
- CHAVES, Aroldo Ávila et al. Restauração com resina composta pela técnica do índice oclusal–relato de caso clínico. **Revista Dentística on line–ano**, v. 10, n. 21, 2011.
- CZASCH, Pascal; ILIE, Nicoleta. In vitro comparison of mechanical properties and degree of cure of bulk fill composites. **Clinical Oral Investigations**, v. 17, n. 1, p. 227-235, 2013.
- DEMARCO, Flávio F. et al. Longevity of posterior composite restorations: not only a matter of materials. **Dental Materials**, v. 28, n. 1, p. 87-101, 2012.
- DIJKEN, Jan W. V; PALLESEN, Ulla. Bulk-filled posterior resin restorations based on stress-decreasing resin technology: a randomized, controlled 6-year evaluation. **European Journal of Oral Sciences**, 2017.
- EL-DAMANHOURY, H. M.; PLATT, J. A. Polymerization shrinkage stress kinetics and related properties of bulk-fill resin composites. **Operative dentistry**, v. 39, n. 4, p. 374-382, 2014.
- FERNANDES, Hayanne G Kimura. et al. Evolução da resina composta: revisão de literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, ago/dez, v. 12, n.2, p. 401 – 411, 2014.
- FLURY, Simon; PEUTZFELDT, Anne; LUSSI, Adrian. Influence of increment thickness on microhardness and dentin bond strength of bulk fill resin composites. **Dental materials**, v. 30, n. 10, p. 1104-1112, 2014.
- GORACCI, Cecilia et al. Polymerization efficiency and flexural strength of low-stress restorative composites. **Dental materials**, v. 30, n. 6, p. 688-694, 2014.

HOLANDA, Luana et al. DESEMPENHO DAS PROPRIEDADES FÍSICO-MECÂNICAS DAS RESINAS BULK-FILL: REVISÃO DE LITERATURA. **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica**, v. 2, 2017.

ILIE, Nicoleta; HICKEL, Reinhard. Investigations on a methacrylate-based flowable composite based on the SDR™ technology. **Dental Materials**, v. 27, n. 4, p. 348-355, 2011.

KIM, Eun-Ha et al. Effect of resin thickness on the microhardness and optical properties of bulk-fill resin composites. **Restorative dentistry & endodontics**, v. 40, n. 2, p. 128-135, 2015.

KUBO, Shisei. Longevity of resin composite restorations. **Japanese Dental Science Review**, v. 47, n. 1, p. 43-55, 2011.

LEPRINCE, Julian G. et al. Physico-mechanical characteristics of commercially available bulk-fill composites. **Journal of dentistry**, v. 42, n. 8, p. 993-1000, 2014.

MUSELLA, Vincenzo et al; Reprodução natural do dente 46: Técnica estratificada inversa direta. **Dicas**, v. 5, n. 2, p. 18-23, 2016.

NEVES, Tamiris Pereira da Costa et al. Resistência de união à microtração de sistemas adesivos “condiciona-e-lava” de dois passos: efeito de diferentes tratamentos da superfície dentinária condicionada. **Rev. odontol. UNESP, Araraquara**, v. 46, n. 3, p. 131-137, 2017.

PHILLIPS, Ralph Wesley; SHEN, Chiayi; RAWLS, H. Ralph. **Phillips materiais dentários**. 12. ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2013.

RIBEIRO, Rafael Antonio et al. PROPRIEDADES DAS RESINAS BULK FILL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Scientific-Clinical Odontology**, 2017.

VAKAY, Delgado et al. Q: Are universal adhesives really universal. **Compendium**, v. 38, Issue 1, 2017.

VAN DE SANDE, Françoise H. et al. 18-year survival of posterior composite resin restorations with and without glass ionomer cement as base. **Dental Materials**, v. 31, n. 6, p. 669-675, 2015.

ZORZIN, José et al. Bulk-fill resin composites: polymerization properties and extended light curing. **Dental materials**, v. 31, n. 3, p. 293-301, 2015.

## ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Dados de identificação

Título do projeto: **“RESTAURAÇÃO EM RESINA COMPOSTA DE DENTES POSTERIORES: RELATO DE CASO UTILIZANDO RESINA COMPOSTA BULK FILL EM INCREMENTO ÚNICO PELA TÉCNICA DO STAMP”**.

Pesquisador Responsável: **GILBERTO ANTÔNIO BORGES**

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: **UNIVERSIDADE DE UBERABA**

Telefones para contato: **(34) 99817-2809 – (34) 3319-8884 – (34) 3316-2891**

Nome do voluntário: **GABRYELLE URZEDO ARAÚJO**

Data de nascimento: **17/06/2002**

Idade: **14 ANOS**

RG: **16.500.765 – SSP/MG**

Responsável legal: **GRACIELIA RENATA URZEDO SILVA**

RG responsável legal: **10.0001.403 – SSP/MG**

A Srtª Gabryelle Urzedo de Araújo, está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa **“Restauração em resina composta de dentes posteriores: Relato de caso utilizando resina composta Bulk fill em incremento único pela técnica do stamp”**, de responsabilidade do pesquisador **GILBERTO ANTÔNIO BORGES**.

**Justificativas:** a paciente voluntária, procurou uma Unidade Básica de Saúde(UBS) sentindo dores em alguns elementos dentais e por possuir cáries a serem tratadas, de lá ela foi encaminhada para o Centro Especializado de Odontologia(CEO) na Policlínica Getúlio Vargas. Foi feita a Anamnese detalhada da paciente onde foi detectado que a mesma possuía cáries em vários dentes, necessitava de motivação e orientação para que cuidasse melhor de seus dentes e foi feita profilaxia para que controlasse a placa bacteriana. Este termo se justifica para apresentação junto ao comitê de ética em pesquisa da Universidade de Uberaba, pois mesmo sendo de apresentação local para o TCC, eticamente é importante esclarecer quaisquer dúvidas a respeito de sua participação como voluntária.

**Objetivos:** Conseguir restaurar o dente 46 da paciente com resina composta Bulk Fill Sonic Fill utilizando matriz oclusal pela técnica do *“stamp”* ou carimbo.

**Descrição detalhada dos métodos:** todos os procedimentos a serem realizados são triviais no consultório odontológico, e a partir da anamnese, exame radiográfico, fotografias, moldagem, confecção de carimbo e enceramento, e desta forma os riscos não passam de riscos normais no exercício da profissão.

- 1- Anamnese – a anamnese será realizada para saber o histórico médico e odontológico e de qualquer alteração digna de nota que possa interferir no andamento do tratamento.
- 2- O exame clínico tratar-se-á de inspeção clínica feita para se verificar o estado atual da cavidade oral da paciente bem como dos elementos dentais, onde será anotado toda a situação bem como as notas que possam prejudicar o tratamento.

- 3- O exame radiográfico será realizado para que possa completar o exame clínico na construção do diagnóstico preciso e sua resolução.
- 4- Após os exames e possível aprovação do diagnóstico será realizado o tratamento propriamente dito, iniciando com a evidênciação e profilaxia, e motivação e orientação ao paciente.
- 5- Será feita a restauração do dente 46 diagnosticado com cárie com resina de preenchimento em massa bulk fill Sonic Fill, na cor específica.
- 6- Serão feitas fotografias iniciais e periodicamente durante todos os procedimentos que se julgarem necessários para elucidar o estudo em questão.

**Desconfortos:** o desconforto será o mesmo que teria em um tratamento odontológico comum em consultório, com exceção do maior tempo gasto para que se possa registrar e fotografar cada procedimento.

**Benefícios esperados:** Conseguir melhorar a higiene bucal da paciente, bem como, restaurar todos os dentes da mesma devolvendo assim sua saúde bucal.

- A qualquer momento a paciente poderá tirar dúvidas a respeito de seu tratamento, dos riscos e benefícios relacionados com o seu caso

- Todas as informações geradas como fotos, radiografias, exames clínicos serão protocolados e terão total sigilo, sendo a única publicação a monografia com algumas fotografias e todas com sua devida permissão.

- Não será feito pelo responsável, nem pela paciente voluntária qualquer pagamento, acerca do tratamento, pois a mesma recebeu o benefício de gratuidade da Policlínica Getúlio Vargas, conforme consta em seu prontuário de número 106983.

- Formas de indenização: Não há necessidade de ressarcimento, uma vez que o tratamento é rotineiro.

- A responsável pela paciente, se encontra de acordo com todo este termo e por ser verdade firma o presente assinando abaixo:

Eu \_\_\_\_\_, RGn.º \_\_\_\_\_  
responsável pela paciente \_\_\_\_\_, RG  
n.º \_\_\_\_\_ declaro ter sido informada e concordo com sua  
participação, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito.

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Nome e assinatura do paciente e ou  
responsável legal

Nome e assinatura do responsável  
por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

**Informações inseridas conforme a resolução 466/2012 do conselho nacional de saúde:**

**ANEXO 2- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO**

Uberaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Eu, GRACIELIA RENATA URZEDO SILVARG: 10.0001.403 – SSP/MG, responsável pela menor GABRYELLE URZEDO ARAÚJO 14 ANOS, RG: 16.500.765 – SSP/MG.

Depois de conhecer e entender os objetivos e procedimentos metodológicos do relato de caso, bem como de estar ciente da necessidade do uso da imagem e/ou depoimentos, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizo, através do presente termo, os acadêmicos Daniela Silva Lemos Ferreira e Paula Aparecida Alves, sob orientação do Professor Dr. Gilberto Borges a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiro a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos acadêmicos acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, Lei Nº 8.069/1990).

Participante da pesquisa (Responsável)

Daniela Silva Lemos Ferreira  
(Responsável pelo Projeto)

Paula Aparecida Alves  
(Responsável pelo Projeto)

Dr. Gilberto Antônio Borges  
Professor Orientador

**ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO DA POLICLÍNICA GETÚLIO VARGAS**

UNIVERSIDADE DE UBERABA

CURSO DE ODONTOLOGIA - POLICLÍNICA GETÚLIO VARGAS

Uberaba, 15 de março de 2017

Exmo Sr Presidente do Comitê de ética em pesquisa da Universidade de Uberaba

Por este documento declaro que autorizo a utilização das instalações da policlínica Getúlio Vargas para a realização do trabalho **“Restauração em resina composta de dentes posteriores: Relato de caso utilizando resina composta Bulk fill em incremento único pela técnica do *stamp*”**.

Atenciosamente,

1

---

Prof. Anderson Silva  
Diretor da Policlínica Getúlio Vargas

## ANEXO 4 – COMPROVANTE DE ENVIO DE PROJETO

UNIVERSIDADE DE UBERABA -   
UNIUBE

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Restauração em resina composta de dentes posteriores: relato de caso

**Pesquisador:** Gilberto Antonio Borges

**Versão:** 1

**CAAE:** 80203417.5.0000.5145

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE EDUCACIONAL UBERABENSE

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 138135/2017

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Restauração em resina composta de dentes posteriores: relato de caso que tem como pesquisador responsável Gilberto Antonio Borges, foi recebido para análise ética no CEP Universidade de Uberaba - UNIUBE em 22/11/2017 às 11:59.

Endereço: Av. Nene Sabino, 1801

Bairro: Universitário

CEP: 38.055-500

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3319-8811

Fax: (34)3314-8910

E-mail: cep@uniube.br