

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

LUIZA ABREU MARTINS

**AVALIAÇÃO CLÍNICA RETROSPECTIVA DE FACETAS DIRETAS DE RESINA
COMPOSTA**

Porto Alegre
2024

LUIZA ABREU MARTINS

**AVALIAÇÃO CLÍNICA RETROSPECTIVA DE FACETAS DIRETAS DE RESINA
COMPOSTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Odontologia da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito parcial
para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Dr. Fábio Herrmann Coelho-de-Souza

Porto Alegre

2024

Dados de catalogação-na-publicação:

Abreu Martins, Luiza
AVALIAÇÃO CLÍNICA RETROSPECTIVA DE FACETAS DIRETAS
DE RESINA COMPOSTA / Luiza Abreu Martins. -- 2024.
34 f.
Orientador: Fábio Herrmann Coelho-de-Souza.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2024.

1. Facetas Dentárias. 2. Resina Composta. 3.
Estética Dentária. 4. Restauração Dentária Permanente.
I. Herrmann Coelho-de-Souza, Fábio, orient. II.
Título.

LUIZA ABREU MARTINS

**AVALIAÇÃO CLÍNICA RETROSPECTIVA DE FACETAS DIRETAS DE RESINA
COMPOSTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Odontologia da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito parcial
para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Porto Alegre, 06 de fevereiro de 2024.

DR. ELISEU ALDRIGHI MUNCHOW
UFRGS

DR. LEONARDO LAMBERTI MIOTTI
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer aos meus pais, Marlise e Clicério, por eu estar aqui hoje. Sou grata por tudo que fizeram por mim e só estou realizando esse sonho de me formar na federal por conta de vocês, que nunca desistiram de mim, que por muitas vezes abriram mão do seu bem-estar para me fazer feliz e me sustentar nesse curso extremamente caro. Por todas as vezes que as listas de materiais eram até mais caras do que seus próprios salários e eles nunca me fizeram desistir, sempre deram conta e estiveram ao meu lado quando eu mais precisei. É um orgulho imenso para mim estar aqui hoje entregando esse trabalho de conclusão de curso, sinto que aproveitei a faculdade como um todo, fiz tudo o que eu queria fazer, me dediquei demais e está chegando o momento de colher os frutos.

Gostaria de agradecer aos meus amigos e colegas que estiveram comigo durante todos esses anos, principalmente Flávia, Nicole e Adriel, sou muito feliz com a amizade de vocês desde antes do primeiro dia de aula, onde nos encontramos no restaurante Pedrini para nos conhecermos - nossa amizade não acaba aqui, ganhamos um novo integrante no nosso quarteto e nos tornamos comadres, aliás que presente eu poderia ganhar, um afilhado perfeito, Pedro Henrique, a dinda já te ama mais que tudo e você é fruto de uma amizade linda que construí com a “mami”, minha dupla!

Agradecer também a minha irmã, Rafaela, por toda nossa conexão, parceria e amizade desde a barriga da mãe, sou extremamente feliz por te ter como minha gêmea. Ao meu namorado, Daniel, que esteve comigo nos últimos 8 anos, sempre me apoiando e me fazendo feliz, já é quase formado em odonto também de tanto que eu ensinava os conteúdos para ele ao estudar para as provas, já sabe o caminho da faculdade de olhos fechados de todas as vezes que me levou e buscou na aula - amor, te amo demais e te escolheria todos os dias!

Gostaria também de agradecer aos meus professores, especialmente ao Fábio, meu orientador querido, que sempre me incentivou e acreditou meu potencial, fez eu amar a dentística desde a pré-clínica, sou extremamente grata por todos os ensinamentos e por ser meu mentor na odontologia, me ajudando a planejar diversos casos clínicos. Fábio, obrigada pelas oportunidades de crescimento e aprendizado, pelo conhecimento transmitido, pela confiança e compreensão. Meus agradecimentos também aos professores Eliseu e Leonardo,

foi um prazer aprender com vocês, são minhas inspirações, me fizeram adorar endocrinologia e anatomia e sou muito feliz por saber que vocês estarão junto comigo no dia da formatura.

Eu não poderia deixar de agradecer também a minha preceptora do estágio na UBS, Larissa, por ter me acolhido e ensinado o amor pelo SUS e ter feito toda a diferença no meu crescimento profissional. Por fim, aos pacientes que estiveram comigo em todas as clínicas da graduação e também aos que participaram da pesquisa pelo interesse e colaboração, sem vocês eu também não estaria aqui hoje. Gratidão a tudo que eu vivi na UFRGS, especialmente na Faculdade de Odontologia, que por muito tempo foi minha segunda casa. Desde o primeiro dia que eu estive no HEO, em um dia de portas abertas da universidade, eu me apaixonei por esse lugar e soube que eu seria muito feliz aqui. Hoje saio orgulhosa de tudo que vivi e construí ao longo dessa jornada!

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar uma avaliação clínica retrospectiva longitudinal de restaurações diretas de resinas compostas em dentes anteriores do tipo facetas realizadas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Sendo assim, os pacientes foram selecionados através de pesquisa dos prontuários presentes no setor de Acolhimento da Faculdade, e contatados para comparecer à avaliação. Foram incluídos no estudo pacientes adultos de ambos os sexos que receberam tratamento com facetas diretas de resina composta na região anterior da arcada superior ou inferior; facetas realizadas com resinas compostas dos tipos: microparticuladas, microhíbridas, nanoparticuladas, nanohíbridas e carga suprananométrica; facetas realizadas com sistema adesivo convencional; facetas que possuíam um período mínimo em boca de 06 meses, não havendo limite máximo de existência; com ou sem forramento de Cimento de Hidróxido de Cálcio ou Cimento de Ionômero de Vidro e facetas em dentes vitais ou não vitais (tratamento endodôntico) e/ou, com pinos de fibra de vidro. Aqueles pacientes que possuíam facetas de resina composta indiretas ou facetas de porcelana, possuíam mordida em topo ou hábitos parafuncionais severos, não foram incluídos no estudo. Todos que concordaram em participar do estudo passaram por uma avaliação clínica realizada por um avaliador calibrado pelo coeficiente Kappa ($Kappa > 0,8$) e cego para as variáveis do estudo. O método de avaliação utilizado foi o FDI, que inclui as propriedades estéticas, funcionais e biológicas das restaurações. Os dados encontrados no estudo foram tabulados e submetidos à análise descritiva. Vinte e seis pacientes (idade média de 40,85 anos) e setenta e uma facetas de resina composta foram avaliadas. O tempo médio de duração foi de setenta e oito meses (média de 6,5 anos), com períodos variando de sete meses a vinte e um anos. Quatro casos de falha por fratura e retenção (facetas perdidas) ocorreram nos pacientes pesquisados. Em geral, as facetas apresentaram resultado clínico satisfatório (94,36%). Concluiu-se que as facetas de resina composta apresentam bom desempenho clínico ao longo do tempo; sendo um tratamento estético seguro e eficaz.

Palavras chave: Resinas Compostas. Facetas dentárias. Estética dentária. Restauração dentária permanente.

ABSTRACT

The objective of this work was to carry out a longitudinal retrospective clinical evaluation of direct composite resin veneers in anterior teeth carried out at the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul. Therefore, the patients were selected through research of the medical records present in the Faculty's Reception sector, and contacted to attend the appointment. The study included adult patients of both sexes who received treatment with direct composite resin veneers in the anterior region of the upper or lower arch; veneers made with composite resins of the following types: microfilled, microhybrids, nanofilled, nanohybrids and suprananometric filler; veneers made with a total etch adhesive system; veneers that had a minimum period in the mouth of 6 months, with no maximum limit of existence; with or without Calcium Hydroxide Cement or Glass Ionomer Cement lining and veneers on vital or non-vital teeth (endodontic treatment) and, with or without fiberglass posts. Those patients who had indirect composite resin veneers or porcelain veneers, had an occlusal problems or severe parafunctional habits were not included in the study. Everyone who agreed to participate in the study underwent a clinical appointment carried out by a trained and calibrated examiner ($Kappa > 0.8$) and blind to study variables. The evaluation criteria used in this research was the FDI, which includes the aesthetic, functional and biological properties of the restorations. Data found in the study were tabulated and subjected to a descriptive analysis. Twenty-six patients (mean age 40,85 years) and seventy-one composite resin veneers were evaluated. The average time in function was seventy-eight months (6,5 years), with periods varying from seven months to twenty-one years. Four cases of failure due to fracture and retention (lost veneers) occurred in the patients studied. In general, the veneers presented satisfactory clinical results (94,36%). It was concluded that composite resin veneers present good clinical performance over time; being a safe and effective aesthetic treatment.

Keywords: Composite Resins. Dental veneers. Esthetics dental. Dental restoration permanent.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FDI	World Dental Federation / Federação Dentária Internacional
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	MATERIAIS E MÉTODOS	13
3.	RESULTADOS	18
4.	DISCUSSÃO	22
5.	CONCLUSÃO	28

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

A crescente busca por tratamentos estéticos na sociedade contemporânea impulsionou progressos na área odontológica, especialmente devido às altas expectativas estéticas dos pacientes e à influência da mídia (OLIVEIRA; MACHADO, 2021). Os avanços nos sistemas adesivos dentais e resinas compostas transformaram a abordagem restauradora na Dentística, viabilizando o uso de compósitos em facetas diretas (GEITEL, 2004; RIBEIRO, 2001; BEATRICE, 2008; AMORE, 2003). Para atender a essa demanda, surgiram materiais mais resistentes e técnicas aprimoradas de restaurações diretas com propriedades ópticas o mais semelhante possível à estrutura dentária em aspectos como: cor, brilho, translucidez e fluorescência (SANTOS et al., 2018; SIMÕES et al., 2009; REIS, 2014).

Dentre as diversas alternativas para restaurações diretas em dentes anteriores, as facetas de resina composta são uma excelente escolha para correção ou remodelação estética, sendo eficazes em casos de fraturas, lesões de cárie e recontorno estético (GOUVEIA et al., 2018; CONCEIÇÃO, 2007; WOLFF, 2010). Esse tratamento é capaz de devolver a forma, cor e função do elemento dentário através de mínimo desgaste da estrutura, com possibilidade de reparo, mínima agressão periodontal, ausência de etapa laboratorial e provisórios, baixo custo e tempo reduzido de tratamento (SANTOS et al., 2018; GOYATÁ et al., 2017).

As facetas diretas de resina composta têm suas particularidades que necessitam de atenção, como: a perda da forma anatômica e estabilidade de cor em longo prazo, desgaste e estão sujeitas a fraturas (GRESNIGT et al., 2021). Mas, ainda assim, pode-se conseguir resultados satisfatórios, se bem indicada e executada de forma correta (ARAÚJO et al., 2019). Para o sucesso da reabilitação, é necessário a escolha adequada dos materiais, como: tipos e quantidade de resinas, sistemas adesivos e bons fotopolimerizadores, pois os mesmos são de extrema importância para a qualidade da técnica e longevidade do tratamento (GOUVEIA et al., 2018). Além disso, o profissional deve ter conhecimento sobre os parâmetros de translucidez, cor e opalescência das resinas, facilitando o manejo dos diversos incrementos desse material (MACHADO et al., 2016).

Atualmente, o mercado oferece uma variedade de resinas compostas, algumas projetadas para atender a exigências estéticas, especialmente nos dentes anteriores, enquanto outras são formuladas visando resistência às forças mastigatórias, sendo mais adequadas para aplicação nos dentes posteriores; existem também compósitos universais, versáteis em

diversas situações clínicas (BALDISSERA et al., 2013). Com a diversidade de opções disponíveis, surgiu a necessidade de estabelecer critérios de comparação e realizar avaliações para entender o desempenho clínico e longevidade desses materiais (HICKEL, 2007; 2010). Em 2007, uma nova proposta chamada Critérios FDI foi introduzida para avaliação clínica de procedimentos restauradores, baseando-se nos critérios USPHS de Ryge, porém com ajustes significativos na forma de avaliação, eleição dos critérios e distribuição dos escores, buscando uma avaliação mais abrangente e padronizada (HICKEL, 2007; 2010).

A necessidade da elaboração deste trabalho com base nessa temática partiu da percepção de que restaurações do tipo facetas diretas de resina composta têm desempenhado um papel significativo nas transformações dos tratamentos odontológicos estéticos atuais. São procedimentos praticados por diversos profissionais e, quando bem planejadas e indicadas trazem consigo vantagens e benefícios ao paciente, dentre elas: estética agradável, restabelecimento fonético e funcional, além de serem mais acessíveis financeiramente quando comparadas as facetas indiretas, justificando assim, o seu uso. Contudo é necessário avaliar quantitativamente a funcionalidade e longevidade desses procedimentos.

Assim, o objetivo do presente estudo foi realizar uma avaliação clínica retrospectiva em dentes anteriores com restaurações diretas de resina composta do tipo facetas, através do método FDI, considerando propriedades estéticas, funcionais e biológicas.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho consiste em um estudo de avaliação clínica retrospectiva longitudinal e cego de facetas diretas (recobrimento da face vestibular com resina composta), através do método FDI. Este estudo foi realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O projeto de pesquisa passou por avaliação e foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia (COMPESQ) e do Comitê de Ética da UFRGS (protocolo número 21736). Todos os pacientes assinaram um consentimento informado antes de entrarem para o estudo, conforme descrito no Apêndice.

O tamanho da amostra necessária para o estudo foi calculado com base em um intervalo de confiança de 90%, erro presumido de 10% e um percentual de desfecho para cárie secundária de 22,4% (DA ROSA RODOLPHO et al, 2006), através da fórmula: $n = \frac{o^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$, sendo o =número de desvios-padrão, p =percentual de ocorrência do desfecho, $q=100-p$, e =erro permitido. O valor de n encontrado foi de 47 pacientes (TRIOLA, 1999).

Para seleção da população estudada foram considerados:

Critérios de Inclusão:

- Pacientes que receberam tratamento com restaurações do tipo facetas diretas de resina composta na região anterior da arcada superior ou inferior.
- Facetas diretas realizadas com resinas compostas dos tipos: microparticuladas, microhíbridas, nanoparticuladas, nanohíbridas e carga suprananométrica.
- Realizadas com sistema adesivo convencional (condicionamento ácido prévio).
- Facetas diretas que possuem um período mínimo em boca de 06 meses, não havendo limite máximo de existência.
- Pacientes adultos de ambos os sexos.

- Com ou sem forramento de Cimento de Hidróxido de Cálcio ou Cimento de Ionômero de Vidro.

- Facetas em dentes vitais ou não vitais (tratamento endodôntico) e/ou, com pinos de fibra de vidro também foram incluídos no estudo.

Critérios de Exclusão:

- Pacientes que possuíam facetas de resina composta indiretas ou facetas de porcelana.

- Pacientes com mordida em topo.

- Pacientes com hábitos parafuncionais severos.

- Pacientes com higiene oral precária.

- Pacientes com necessidades especiais.

Os pacientes foram selecionados através de pesquisa de prontuários presentes no Setor de Triagem (acolhimento) da Faculdade de Odontologia da UFRGS, e foram contatados por telefone pela graduanda participante da pesquisa. Aqueles pacientes que concordaram em participar, foram avaliados clinicamente em um dos ambulatórios da Faculdade de Odontologia, em uma sessão pré-determinada, por um profissional docente da Faculdade de Odontologia da UFRGS previamente calibrado pelo coeficiente Kappa ($Kappa > 0,8$). O avaliador esteve cego para os objetivos do estudo.

O avaliador realizou uma profilaxia prévia da arcada que continha a restauração a ser avaliada (quando necessário), através de micromotor, taça de borracha e pasta profilática e prosseguiu a avaliação visual auxiliado por sonda exploradora, espelho bucal e luz do refletor. Além da avaliação das restaurações e da profilaxia, os pacientes envolvidos no estudo foram avaliados clinicamente quanto a possíveis necessidades de tratamento odontológico, e, quando necessário, encaminhados para tratamento nas clínicas odontológicas de graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

A avaliação das restaurações foi feita de acordo com o método FDI, e incluíram as propriedades estéticas, funcionais e biológicas da restauração avaliada. A descrição dos critérios e escalas do método FDI está representada nas tabelas abaixo.

TABELA 2.1 - Propriedades estéticas – Critérios de avaliação do método FDI

PROPRIEDADES ESTÉTICAS	1. Brilho superficial	2. Manchamento a.superficial/b.marginal	3. Estabilidade de cor e translucidez	4. Forma anatômica
1) CLINICAMENTE EXCELENTE	1.1 Brilho semelhante ao esmalte.	2.1 Sem manchamento superficial e marginal.	3.1 Boa coloração e translucidez em relação aos dentes vizinhos.	4.1 Forma ideal.
2) CLINICAMENTE BOM	1.2.1 Levemente opaco. 1.2.2 Alguns poros isolados.	2.2 Mínimo manchamento, facilmente removível.	3.2 Desvio mínimo de cor e/ou translucidez.	4.2 Forma desvia levemente do normal.
3) CLINICAMENTE SATISFATÓRIO	1.3.1 Superfície opaca mas aceitável se coberta por saliva. 1.3.2 Múltiplos poros em mais de 1/3 da superfície.	2.3 Manchamento moderado, presente também em outros dentes e esteticamente aceitável.	3.3 Desvio claro, porém sem afetar a estética. 3.3.1 mais opaco. 3.3.2 mais translúcido. 3.3.3 mais escuro. 3.3.4 mais claro.	4.3 A forma difere do normal, porém não compromete a estética.
4) CLINICAMENTE INSATISFATÓRIO (MAS REPARÁVEL)	1.4 Superfície rugosa onde polimento não é suficiente.	2.4 Manchamento inaceitável na restauração, intervenção necessária.	3.4 Desvio clínico localizado que pode ser corrigido por reparo.	4.4 Forma é afetada e esteticamente inaceitável. Intervenção/correção é necessário.
5) CLINICAMENTE RUIM (SUBSTITUIÇÃO NECESSÁRIA)	1.5 Superfície muito rugosa, inaceitável.	2.5 Severo manchamento generalizado ou localizado, sem acesso para intervenção.	3.5 Inaceitável. Necessidade de substituição.	4.5 Forma inaceitável ou perdida. Necessita substituição.
SCORE GERAL	(n e %)			

TABELA 2.2 - Propriedades funcionais – Critérios de avaliação do método FDI

PROPRIEDADES FUNCIONAIS	5. Fraturas e retenção	6. Adaptação marginal	7. Desgaste	8. Ponto de contato	9. Exame radiográfico (quando aplicável)	10. Opinião do paciente
1) CLINICAMENTE EXCELENTE	5.1 Sem fraturas ou trincas.	6.1 Linha harmoniosa sem lacunas ou descoloração.	7.1 Desgaste equivalente ao desgaste fisiológico do esmalte.	8.1 Ponto de contato normal.	9.1 Sem patologia, transição harmônica entre dente e restauração.	10.1 Inteiramente satisfeito.
2) CLINICAMENTE BOM	5.2 Pequena trinca.	6.2.1 Lacuna marginal. 6.2.2 Pequena fratura marginal removível com polimento.	7.2 Desgaste normal com uma pequena diferença em relação ao esmalte.	8.2 Levemente forte, mas sem desvantagens.	9.2.1 Excesso de cimento aceitável. 9.2.2 Degrau positivo ou negativo <150 micrômetros.	10.2 Satisfeito.
3) CLINICAMENTE SATISFATÓRIO	5.3 Trincas que não afetam a adaptação marginal.	6.3.1 Lacuna menor que 150 micrômetros, não removível. 6.3.2 Várias fraturas pequenas em esmalte e dentina.	7.3 Taxa de desgaste diferente do esmalte, mas dentro da variação biológica.	8.3 Levemente fraco, mas sem indicação de dano ao dente, gengiva ou estruturas periodontais	9.3.1 Gap marginal <250 micrômetros. 9.3.2 Degraus negativos visíveis. 9.3.3 Pequena radiopacidade do material.	10.3 Mínima crítica mas sem efeitos clínicos adversos.
4) CLINICAMENTE INSATISFATÓRIO (MAS REPARÁVEL)	5.4 Lascas que danificam a adaptação marginal ou o ponto de contato.	6.4.1 Lacuna maior do que 250 micrômetros ou dentina exposta. 6.4.2 Lascas danificando margens. 6.4.3 Fratura notável em esmalte ou dentina.	7.4 Desgaste que excede consideravelmente e o desgaste normal do esmalte; ou pontos de contato oclusal perdidos.	8.4 Muito fraco e com possíveis danos (impacção de alimentos). Passível de reparo.	9.4.1 Gap marginal >250 micrômetros. 9.4.2 Excesso de cimento acessível, mas não removível. 9.4.3 Degraus negativos >250 micrômetros.	10.4 Paciente tem desejo de melhora.
5) CLINICAMENTE RUIM (SUBSTITUIÇÃO NECESSÁRIA)	5.5 Perda parcial ou total da restauração.	6.5 Grandes lacunas ou irregularidades generalizadas.	7.5 Desgaste excessivo.	8.5 Muito fraco. Acompanhado de dor ou gengivite. Necessita reparo.	9.5.1 Cáries secundárias, grandes gaps. 9.5.2 Patologia apical. 9.5.3 Fratura ou perda de restauração ou dente.	10.5 Completamente insatisfeito e/ou efeitos adversos, inclusive dor.
SCORE GERAL	(n e %)					

TABELA 2.3 – Propriedades biológicas – Critérios de avaliação do método FDI

PROPRIEDADES BIOLÓGICAS	11.Sensibilidade pós-operatória	12. Recorrência de cáries, erosão, abfração	13. Integridade dental	14. Resposta periodontal
1) CLINICAMENTE EXCELENTE	11.1 Sem hipersensibilidade; vitalidade normal.	12.1 Sem cáries secundárias ou primárias.	13.1 Completa integridade.	14.1 Sem placa, sem inflamação, sem bolsas.
2) CLINICAMENTE BOM	11.2 Baixa hipersensibilidade por um curto período de tempo; vitalidade normal.	12.2 Muito pequena e localizada.	13.2.1 Pequena separação no esmalte <150 micrômetros. 13.2.2 Rachadura fina no esmalte.	14.2 Pouca placa, sem inflamação, sem desenvolvimento de bolsas.
3) CLINICAMENTE SATISFATÓRIO	11.3.1 Moderada Hipersensibilidade. 11.3.2 Fraca sensibilidade que não necessita tratamento.	12.3 Áreas maiores de lesão.	13.3.1 Pequena separação no esmalte <250 micrômetros. 13.3.2 Rachadura no esmalte <250 micrômetros. Sem efeitos adversos.	14.3.1 Acúmulo de placa a um nível aceitável. 14.3.2 Sangramento gengival aceitável. 14.3.3 Formação de bolsas aceitáveis.
4) CLINICAMENTE INSATISFATÓRIO (MAS REPARÁVEL)	11.4.1 Intensa Hipersensibilidade. 11.4.2 Sensibilidade negativa; intervenção necessária mas não substituição.	12.4.1 Cáries com cavitação. 12.4.2 Erosão em dentina. 12.4.3 Abrasão ou abfração em dentina facilmente reparada.	13.4.1 Gap > 250 micrômetros ou dentina ou base exposta. 13.4.2 Rachadura >250 micrômetros.	14.4.1 Acúmulo de placa a um nível não aceitável. 14.4.2 Sangramento gengival não aceitável. 14.4.3 Aumento da profundidade de bolsa > 1 mm.
5) CLINICAMENTE RUIM (SUBSTITUIÇÃO NECESSÁRIA)	11.5 Muito intensa, pulpite ou não vital. Endodontia necessária e substituição da restauração.	12.5 Cáries secundárias profundas ou dentina exposta, não acessível para reparo ou restauração.	13.5 Fratura de cúspide ou do dente.	14.5 Severa ou aguda gengivite ou periodontite.
SCORE GERAL	(n e %)			

Conforme necessidade, exames radiográficos foram realizados para confirmação de diagnóstico.

Os dados coletados da avaliação clínica foram tabulados para análise descritiva de acordo com o método empregado.

3 RESULTADOS

A partir da avaliação clínica realizada nas facetas de resina composta, de acordo com os critérios avaliados, foi realizada uma análise descritiva dos dados, conforme as tabelas 3.1, 3.2 e 3.3.

Tabela 3.1 - Distribuição das facetas de resina

Variáveis independentes	n	%
Sexo		
Feminino	20	76,92%
Masculino	6	23,07%
Total	26	100%
Tipo de dente		
Incisivo Central	25	35,21%
Incisivo Lateral	34	47,88%
Canino	12	16,90%
Total	71	100%
Tempo de duração (meses)		
6-23	32	45,07%
24-47	12	16,90%
48-71	6	8,4%
72-95	3	4,2%
Mais de 96 meses	18	25,35%
Total	71	100%
Vitalidade Dental		
Vital	63	88,73%
Não Vital	8	11,26%
Total	71	100%

Tabela 3.2 - Avaliação clínica das facetas de resina de acordo com os critérios FDI.

	n total	Escores das facetas (1/2/3/4/5)	Facetas clinicamente aceitáveis
Propriedades estéticas			
Brilho Superficial	68	34/17/17/0/0	100%
Manchamento Superficial	68	30/19/19/0/0	100%
Manchamento Marginal	68	23/26/19/0/0	100%
Estabilidade de Cor e Translucidez	68	49/1/18/0/0	100%
Forma Anatômica	69	37/18/13/1/0	97,18%
Propriedades Funcionais			
Fratura e Retenção	71	52/3/12/1/3	94,36%
Adaptação Marginal	68	12/28/28/0/0	100%
Desgaste	68	41/12/15/0/0	100%
Ponto de Contato	68	56/3/9/0/0	100%
Opinião do Paciente	71	54/11/2/0/4	94,36%
Propriedades Biológicas			
Sensibilidade Pós-Operatória	71	66/4/1/0/0	100%
Recorrência de Cárie, Erosão e Abfração	68	67/0/1/0/0	100%
Integridade Dental	68	59/1/8/0/0	100%
Resposta Periodontal	68	44/10/14/0/0	100%

Tabela 3.3 - Marcas comerciais de resina composta utilizadas nas facetas.

Resina Composta	n	%
Charisma	2	2,8%
Z350	27	38,02%
Opallis	1	1,40%
Estelite Omega	32	45,07%
Neo spectra	4	5,63%
Empress	4	5,63%
Palfique	1	1,40%
Total	71	100%

Dados das variáveis independentes são mostradas na Tabela 1. No total, 71 facetas diretas de Resina Composta em 26 pacientes adultos foram avaliados, sendo 76,92% do sexo feminino e 23,07%, masculino, com idades entre vinte e sessenta e um anos (média de 40,85 anos).

Os pacientes tiveram de 1 a 6 restaurações cada (todas as facetas do mesmo paciente eram do mesmo período de acompanhamento). Dentre as facetas avaliadas 100% foram realizadas usando compósitos universais e 88,73% das restaurações foram colocadas em dentes vitais.

O tempo médio de duração das facetas de resina avaliadas foi de 78,44 meses (média de 6,5 anos), sendo que o maior tempo foi de 252 meses (21 anos) e o menor de 7 meses. Em relação ao tempo de longevidade do tratamento das facetas que obtiveram falha, o tempo médio foi de 36 meses, sendo que o maior tempo foi de 7 anos e o menor de 2 meses.

Foi considerado como falha, todo o escore maior ou igual a 4. Dessa forma, houve falha em 4 facetas de resina, representando uma taxa de falha de 5,63% (sobrevida de 94,36%). A razão mais comum para a falha foi a fratura da restauração e opinião do paciente. Um Incisivo Central Superior e dois Incisivos Laterais Superiores de três das pacientes avaliadas obtiveram falha catastrófica em fratura e retenção, recebendo escore 5 nesse critério e foram substituídos por coroas. Além disso, foi constatado um escore 4 em fratura e retenção,

o qual está representado nas figuras a seguir e foi realizado o reparo da faceta.



Figura 1: faceta de resina composta fraturada (escore 4 para fratura e retenção)



Figura 2: faceta de resina composta clinicamente aceitável

4 DISCUSSÃO

O uso de facetas é recomendado principalmente para corrigir anomalias, irregularidades, deficiências e descolorações nos dentes. Elas são indicadas na reabilitação de dentes com alterações na forma, cor e posição na arcada dentária, textura da superfície, má formação, diastemas, dentes girados e fraturas extensas (CARRIJO, D. J., FREITAS FERREIRA, J. L., SANTIAGO, F. L., 2019). As facetas diretas são aquelas preparadas pelo dentista no consultório, onde a técnica envolve a aplicação direta de resina composta sobre o elemento dentário (KORKUT, B., YANIKOGLU, F., GUNDAY, M., 2012).

O presente estudo clínico retrospectivo analisou o desempenho de facetas diretas de resina composta. Avaliar clinicamente procedimentos odontológicos é importante, principalmente porque, entre os dentistas, a resina composta costuma ser o material de escolha para restaurações estéticas diretas. Segundo Costa et al. (2022), as facetas diretas apresentam-se como uma técnica com melhor custo benefício para o paciente e para o profissional, visto que não apresentam etapas laboratoriais para confecção da mesma e possuem um menor custo. São procedimentos conservadores, o material apresenta adesão à estrutura dentária, menor tempo clínico em comparação com as facetas indiretas de cerâmica e oferecem excelente estética, por se aproximarem das propriedades naturais do dente, com boa longevidade clínica (CAMPOS et al., 2021).

O uso de resinas compostas no desenvolvimento das facetas diretas é uma opção atrativa, oferecendo benefícios como resistência e lisura da superfície na cavidade bucal e proporcionando uma melhor estética (SILVA, F. F. F., NUNES, J. O., 2019). De acordo com Freitas et al. (2021), devido ao avanço tecnológico das resinas compostas e sistemas adesivos, as facetas diretas podem durar até 10 anos. No entanto, os pacientes questionam sobre a durabilidade dessas restaurações devido a possíveis falhas relacionadas com o material. Muitas variáveis estão envolvidas com a longevidade desse tipo de restauração, dentre elas: preparo da cavidade, manuseio do material, qualidade dos compósitos e, também, as condições bucais do paciente, o que explica o motivo desse estudo.

No presente estudo, foi constatado um desempenho clínico satisfatório, evidenciando uma taxa de sobrevida de 94,36% nas facetas avaliadas, com um tempo médio de duração de 6,53 anos. Já a taxa de falha, considerando as pontuações 4 e 5 do método FDI, foi de 5,63% e a principal razão foi a fratura. Três das restaurações consideradas como falhas nesta pesquisa

já haviam sido substituídas por coroas quando foi realizada a avaliação e para a única faceta classificada com nota 4, a mesma foi encaminhada para clínica de graduação para ser realizado seu reparo e permanecer em função. Porém, para análise tal restauração foi classificada como falha.

O presente projeto englobou uma avaliação clínica conduzida por um avaliador calibrado, assemelhando-se a algumas outras análises retrospectivas, como o estudo conduzido por Montagner et al. (2018) que teve por objetivo realizar uma comparação da taxa anual de falhas, identificar as razões para tais falhas e analisar os fatores que exercem influência na sobrevivência de restaurações de resina composta em dentes anteriores. Dentre esses fatores, destacam-se o brilho superficial, fraturas e falhas adesivas como principais causas de insucesso identificadas ao longo de 8 anos de investigação. O nível socioeconômico, por influenciar no surgimento de lesões de cárie secundárias, também pode impactar na longevidade das restaurações da população estudada. Adicionalmente, a experiência do profissional que executa o procedimento se mostra como um fator relevante, sendo notado que restaurações realizadas por profissionais com maior tempo de formação apresentaram resultados clínicos mais favoráveis.

Um estudo realizado por Mazzetti et al. (2022) identificou que durante o acompanhamento de 10 anos de facetas diretas de resina composta 65,6% delas tiveram sucesso sem qualquer reparo, 17,3% foram reparadas e ainda seguem em função e 17,1% tiveram uma falha que resultou em substituição. Considerando a análise de sucesso deste estudo, as taxas anuais de falha (AFR) para facetas diretas em 5 e 10 anos foram de 9,1% e 10%, respectivamente.

Teixeira et al (2022) constataram que a média de longevidade das restaurações com facetas diretas nos dentes anteriores foi de 68,6% ao longo de 10 anos. As principais falhas, conforme observado na literatura, referem-se ao acúmulo de placa bacteriana em idosos, má oclusão, experiência clínica do profissional e mudança de cor nas facetas de resina composta (ASLAN, Y. U., ULUDAMAR, A., ÖZKAN, Y., 2019; KREULEN et al., 1998). Já Crins et al. (2021), relata que a durabilidade da restauração está intrinsecamente relacionada à superfície das resinas, sendo que uma superfície de faceta mais lisa e polida está associada a um menor risco de manchamento ou acúmulo de biofilme.

Vários fatores, como a escolha do material e os métodos de aplicação adequados, podem influenciar neste aspecto. Assim, um conjunto de fatores pode impactar tanto os resultados estéticos quanto a sobrevida dessas restaurações. A ausência de suporte posterior também foi relatada como causa de falhas nas restaurações diretas nos dentes anteriores (SIEDWARD et al., 2015). No estudo conduzido por Milosevic et al. (2018), destacou-se que a sobrecarga nos dentes anteriores, decorrente da falta de suporte posterior, pode propiciar a ocorrência de fraturas nas restaurações anteriores e, em situações extremas, culminar na fratura do próprio dente.

Siedward et al. (2015) destacam que as restaurações de resina composta apresentam desempenho notável, com uma boa qualidade de cores e redução de fraturas. Contudo, fatores críticos podem surgir devido a hábitos incertos que os pacientes costumam adotar após o tratamento ou mesmo antes dele, comprometendo a qualidade e a sobrevida dessas restaurações diretas de resina composta. Vale ressaltar que esse material pode sofrer pigmentação devido à ingestão de alimentos com alta concentração de corantes, sendo também relevante observar que pacientes tabagistas podem influenciar na qualidade do tratamento.

Em relação aos tipos de resinas avaliadas, segundo Shitsuka et al (2014), os materiais restauradores microparticulados e nanoparticulados apresentam superfícies mais lisas após o processo de polimento dentário em comparação com as resinas microhíbridas. Essa característica faz com que materiais de partículas menores, quando aplicados em dentes anteriores, alcancem maior longevidade e estética. Além disso, a degradação de materiais nanoparticulados na cavidade bucal demonstra uma durabilidade e longevidade superiores em relação a outras resinas de partículas híbridas. Um estudo clínico retrospectivo e longitudinal realizado por Coelho-de-Souza et al (2015) investigou o desempenho de facetas diretas utilizando diferentes compósitos (microparticulados ou universais). Não foi observado nenhuma diferença na taxa de sobrevivência entre eles, embora na avaliação qualitativa das restaurações, os compósitos microparticulados apresentaram um resultado ligeiramente melhor em aparência estética, melhor adaptação marginal e aceitação do paciente.

Em uma pesquisa entre dentistas do Sul do Brasil (mesma região onde o presente estudo foi realizado) realizada por Demarco et al (2013) apenas 26% dos dentistas selecionaram resinas microparticuladas como primeira escolha para restaurações anteriores, enquanto compósitos microhíbridos foram os mais selecionados. Contudo, Turssi et al (2001)

mostraram que as resinas microparticuladas têm melhor brilho e superfície mais lisa do que compósitos microhíbridos. Então, a falta de diferenças estatisticamente significativas em forma anatômica, fraturas e retenção, visão do paciente, hipersensibilidade pós-operatória e recorrência de cárie, revela a semelhança de compósitos microparticulados e universais nestas condições específicas (COELHO-DE-SOUZA et al., 2020).

Em 1971, Cvar e Ryge propuseram cinco critérios para a avaliação clínica de restaurações dentárias, dentre eles: correspondência de cor, descoloração marginal da superfície, forma anatômica, adaptação marginal e cárie (CVAR, J. F., RYGE, G., 2005). Posteriormente, em 1980, esses critérios foram revisados e adaptados, passando a ser conhecidos como "critérios de Ryge modificados" ou "critérios modificados do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (USPHS)" (RYGE, 1980). Essas diretrizes foram estabelecidas em uma época em que as restaurações de amálgama eram amplamente empregadas e os materiais adesivos apresentavam uma limitada longevidade (MARQUILLIER et al., 2018).

Para detectar deterioração precoce e sinais de falhas, estabelecer uma padronização nas avaliações das restaurações e aumentar a aceitação dos pesquisadores, professores e dentistas, foi necessária a elaboração de uma escala mais sensível e discriminativa do que os "critérios de Ryge modificados" (HICKEL et al., 2007). Então, em 2007, Hickel et al. propuseram um novo sistema baseado em três categorias de critérios - estético, funcional e biológico, para a avaliação da qualidade de restaurações diretas e indiretas. Cada categoria foi dividida em subcategorias, possibilitando uma descrição e análise mais minuciosas, abrangendo uma variedade de falhas através de 16 categorias distintas. Para cada subcategoria, foi atribuída uma pontuação de acordo com uma classificação de restauração em cinco etapas: pontuação 1 - a restauração é excelente e atende a todos os critérios de qualidade; pontuação 2 - a restauração ainda é altamente aceitável, embora um ou mais critérios não alcancem o ideal (sem risco de danos); pontuação 3 - a restauração é suficientemente aceitável, mas com pequenas deficiências; pontuação 4 - a restauração é inaceitável, mas reparável; pontuação 5 - a restauração precisa ser substituída. A pontuação final em cada categoria foi determinada pela pontuação mais severa entre todas as subcategorias (MARQUILLIER et al., 2018).

Os critérios definidos por Hickel et al. foram aprovados pelo Comitê Científico da FDI (World Dental Federation) e considerados como "Critérios Padrão" para estudos clínicos que

avaliam restaurações dentárias em termos de materiais, técnica/intervenção operatória, bem como na prática clínica, para determinar se uma restauração deve ser mantida, reparada ou substituída (HICKEL et al., 2023). Esse foi o método selecionado para avaliação das facetas de resina neste estudo, é reconhecido por sua abrangência, embora demande mais tempo e treinamento para avaliadores em comparação com o método USPHS (HICKEL et al., 2007). Berwanger et al. (2015) destacam a maior sensibilidade do método FDI, possibilitando uma representação mais clara dos estágios iniciais de algumas complicações e situações em que não se faz necessário reparo ou substituição. Em consonância com a recomendação de Hickel et al. (2007), o presente estudo, por meio do método FDI, proporcionou critérios específicos para determinar a taxa de falha das facetas de resina examinadas, fornecendo uma descrição correspondente de acordo com o período de observação.

Segundo Hickel et al. (2023), na Odontologia restauradora, a análise primordial recai sobre como o material ou a restauração se comportam na cavidade bucal do paciente, levando em consideração fatores que possam exercer influência sobre o êxito do procedimento, tais como: forças mastigatórias, bruxismo, hábitos alimentares, saliva e biofilme oral. Portanto, uma gama diversificada de variáveis confundidoras se apresenta, incluindo fatores vinculados ao paciente, como: idade, sexo, forças de mastigação, práticas de higiene oral, consumo de tabaco, dieta, condições médicas gerais, e fatores biológicos locais, a exemplo da localização intraoral, predisposição à cárie e susceptibilidade à periodontite. Adicionalmente, os fatores relacionados ao operador, como experiência clínica, tomada de decisões e habilidades técnicas, exercem impacto sobre o desempenho clínico de uma restauração dentária.

A avaliação da satisfação do paciente em relação a uma restauração dentária é de extrema importância para a prática clínica, visto que a mudança de cor da resina composta com o passar dos anos em função pode causar insatisfação em relação a estética, e o sucesso das facetas depende da estabilidade da cor dos materiais utilizados (HICKEL, R. et al., 2023; KOCAAGAOGLU et al., 2017). Estudos indicam que a satisfação não se limita apenas à melhora na cor e forma dos dentes, mas também por outros fatores como uma abordagem mais conservadora da estrutura dentária e baixo custo das restaurações (GOLDSTEIN, LANCASTER, 1984; MEIJERING et al., 1997). No presente estudo, essa propriedade é considerada na avaliação do método FDI, conferindo uma taxa de satisfação de 94,36% entre os pacientes avaliados.

A realização de uma avaliação clínica de facetas de resina composta que contemple critérios estéticos, funcionais e biológicos permite a verificação de melhorias necessárias tanto para técnica quanto para os materiais utilizados atualmente e inicia uma tendência de estudos clínicos que avaliem esse tipo de restauração. Os dados do presente estudo são parciais, sendo necessários outros estudos de avaliação clínica, bem como de ensaios clínicos randomizados com um bom período de acompanhamento sobre esse tema que podem contribuir ainda mais para os conhecimentos na área de Dentística. A perspectiva clínica para as facetas é que seja um procedimento cada vez mais rotineiro nos consultórios e desejado pelos pacientes e profissionais.

5 CONCLUSÃO

A partir dos resultados parciais do presente estudo, concluiu-se que as facetas de resina composta têm um desempenho clínico satisfatório ao longo do tempo, apresentam altas taxas de sucesso e de previsibilidade, sendo um tratamento seguro e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMORE, R.; PAGANI, C.; YOUSSEF, M. N. Avaliação da contração de polimerização de três resinas compactáveis, medida por picnômetro a gás. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v. 17, n. 3, p. 273-277, jul./set., 2003.
2. ARAÚJO, I. D. T., *et al.* Reabilitação estética anterior com resina composta: Relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 89-101, 2019.
3. ASLAN, Y. U.; ULUDAMAR, A.; ÖZKAN, Y. Retrospective analysis of lithium disilicates laminate veneers applied by experienced dentists: 10-year results. **Int. J. Prosthodont**, v. 32, n. 6, p. 471-474, 2019.
4. BALDISSERA, R. A., *et al.* Are there universal restorative composites for anterior and posterior teeth? **J Dent**, n. 41, p. 1027-1035, 2013.
5. BEATRICE, L. C. S., *et al.* Resinas compostas: contração e profundidade de polimerização. **Odontologia. Clín.-Científ**, v. 8, n. 2, p. 111-114, abr./jun., 2009.
6. BERWANGER, C., *et al.* Avaliação clínica retrospectiva de restaurações posteriores de resina composta. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. v. 69, n. 4, p. 355-362, 2015.
7. CAMPOS, K. M. G. de, *et al.* Facetas diretas anteriores: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. 1-11, 2021.
8. CARRIJO, D. J.; FREITAS FERREIRA, J. L.; SANTIAGO, F. L. Restaurações Estéticas Anteriores Diretas E Indiretas: Revisão De Literatura. **Revista Uningá, [S. l.]**, v. S5, pág. 1–11, 2019.
9. COELHO-DE-SOUZA, F. H., *et al.* A Clinical Evaluation Of Direct Veneers Made With Two Types Of Composites. **Journal of Research in Dentistry**, v. 8, n. 1, p. 10, 2020.
10. COELHO-DE-SOUZA F. H., *et al.* Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: a retrospective clinical evaluation. **J Dent.**, v. 43, n. 11, p. 1330-1336, 2015.
11. COSTA, C. L. A. B. da, *et al.* Facetas diretas ou indiretas qual técnica escolher / Direct or indirect facets which technique to choose. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 10148–10156, 2022.
12. CRINS, L. A. M. J., *et al.* Randomized controlled trial on the performance of direct and indirect composite restorations in patients with severe tooth wear. **Dental Materials Journal**, v. 37, n. 11, p. 1645-1654, 2021.

13. CVAR, J. F., RYGE, G. Reprint of criteria for the clinical evaluation of dental restorative materials. 1971, **Clin. Oral Investig**, v. 9, n. 4, p. 215–232, 2005.
14. DEMARCO, F. F., et al. Anterior composite restorations in clinical practice: findings from a survey with general dental practitioners. **J. Appl. Oral Sci.**, n. 21, p. 497–504, 2013.
15. FREITAS, L. F., et al. Reabilitação oral estética com facetas diretas em resina composta: vantagens e desvantagens. **Operative Dentistry**, v. 13, n. 1, 2021.
16. GEITEL, B., et al. Clinically Controlled Study on the Quality of Class III, IV and V Composite Restorations after Two Years. **Journal Adhes Dent**, v. 6, n. 3, p. 247-253, 2004.
17. GOLDSTEIN, R. E., LANCASTER, J. S. Survey of patient attitudes toward current esthetic procedures. **J Prosthet Dent**, n. 52, p. 775-780, 1984.
18. GOUVEIA, C. G., et al. Facetas diretas de resina composta em dentes anteriores: relato de caso. **Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU**, v. 9, n. 1), p. 44-50, 2018.
19. GOYATÁ, F. D. R., et al. Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso. **Arch Heal Investig**. v. 6, n. 9, p. 408, 2017.
20. GRESNIGT, 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**, p. 114, 2021.
21. HICKEL, R., et al. FDI World Dental Federation – Clinical Criteria for the Evaluation of Direct and Indirect Restorations. **Journal Adhes Dent**, v. 11, n. 4, p. 259-272, 2010.
22. HICKEL, R., et al. Recommendations for conducting controlled clinical studies of dental restorative materials. **Clin Oral Investig**, v. 11, n. 1, mar, p. 5-33, 2007.
23. HICKEL, R., et al. Recommendations for conducting controlled clinical studies of dental restorative materials. Science Committee Project 2/98--FDI World Dental Federation study design (Part I) and criteria for evaluation (Part II) of direct and indirect restorations including onlays and partial crowns. **The journal of adhesive dentistry**, v. 9, n. 1, p. 121-47, 2007.
24. HICKEL, R., et al. Revised FDI criteria for evaluating direct and indirect dental restorations-recommendations for its clinical use, interpretation, and reporting. **Clinical oral investigations**, v. 27, n. 6, p. 2573-2592, 2023.

25. KOCAAGAOGLU, H., *et al.* Efficacy of polishing kits on the surface roughness and color stability of different composite resins. **Nigerian journal of clinical practice**, v. 20, n. 5, p. 557-565, 2017.
26. KORKUT, B.; YANIKOGLU, F.; GUNDAY, M. Direct Composite Laminate Veneers: Three Case Reports. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, v. 7, n. 2, p. 105-111, 2012.
27. KREULEN, C. M., CREUGERS, N. H. J., MEIJERING, A. C. Meta-analysis of anterior veneer restorations in clinical studies. **Journal of dentistry**, v. 26, n. 4, p. 345-353, 1998.
28. MACHADO, A. C., *et al.* Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 25, n. 74, p. 154-161, 2016.
29. MARQUILLIER, T., *et al.* The use of FDI criteria in clinical trials on direct dental restorations: A scoping review. **Journal of dentistry**, v. 68, p. 1-9, 2018.
30. MAZZETTI T., *et al.* 10-year practice-based evaluation of ceramic and direct composite veneers. **Dent Mater**, v. 38, n. 5, p. 898-906, 2022.
31. MEIJERING, A. C., *et al.* Patients' satisfaction with different types of veneer restorations. **J Dent**, n. 25, p. 493-497, 1997.
32. MILOSEVIC, A., *et al.* Clinical guidance and an evidence -based approach for restoration of the worn dentition by direct composite resin. **British dental journal**, v. 24, n. 5, p. 301-310, 2018.
33. MONTAGNER, A. F., *et al.* Survival, Reasons for Failure and Clinical Characteristics of Anterior/Posterior Composites: 8-Year Findings. **Brazilian dental journal**, v. 29, n. 6, p. 547-554, 2018.
34. OLIVEIRA, M. R.; MACHADO, J. S. A. O insustentável peso da autoimagem: (re)apresentações na sociedade do espetáculo. **Ciência&Saúde Coletiva**, v. 26, n. 07, p. 2663-2672, 2021.
35. REIS, B. G. Facetas Diretas Com Resina Composta: Uma Abordagem Segura Para Reabilitação Estética Em Dentes Anteriores: Revisão De Literatura. Monografia (Graduação em Odontologia) – Universidade de Tiradentes. Aracaju - SE, p. 6. Mai, 2014.
36. RIBEIRO, B. C. I.; ODA, M.; MATSON, E. Avaliação da rugosidade superficial de três resinas compostas submetidas a diferentes técnicas de polimento. **Pesqui Odontol Bras**, v. 15, n. 3, p. 252-256, jul./set, 2001.

37. RODRÍGUEZ, K. P. Reprodutibilidade e comparação de diferentes métodos de avaliação de restaurações de resina composta em dentes posteriores. 61 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
38. RYGE, G. Clinical criteria. **Int Dent J**, v. 30, n. 4, p. 347-358, dec, 1980.
39. SANTOS, T. D. O. G., *et al.* Avaliação radiográfica da presença de bolhas em restaurações classe II in vitro utilizando diferentes técnicas restauradoras. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. v. 17, n. 3, p. 381-385, 2018.
40. SHITSUKA, C.; SHITSUKA, R.; CORRÊA, M. S. N. P. Rugosidade superficial das resinas compostas: estética e longevidade clínica. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, [S. l.], v. 19, n. 2, 2014.
41. SIEDWARD, H. D., *et al.* Clinical effectiveness of direct anterior restorations--a meta-analysis. **Dental materials: official publication of the Academy of Dental Materials**, v. 31, n. 5, p. 481-95, 2015.
42. SILVA, F. F. F.; NUNES, J. O. A Influência das Partículas de Carga no Acabamento e Polimento das Restaurações de Resina Composta. Trabalho de conclusão de curso–TCC (Título de cirurgião dentista), Centro Universitário São Lucas, 2019.
43. SIMÕES, M. P., *et al.* Restaurações estéticas conservadoras em dentes anteriores. **Rev dental press estét.** v. 6, n. 1, p. 90-101, 2009.
44. TEIXEIRA, B. C., *et al.* Longevity of rehabilitatory treatment with direct and indirect veneers in anterior teeth: a Narrative Review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 15, p. e409111537369, 2022.
45. TRIOLA, M. Introdução à estatística. Rio de Janeiro: LTC, 1999.
46. TURSSI C. P., *et al.* Surface roughness assessment of resinbased materials during brushing preceded by pH-cycling simulations. **Oper Dent**, n. 26, p. 576-584, 2001.
47. WOLFF, D., *et al.* Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A clinical evaluation of survival and quality parameters. **Journal of Dentistry**, p. 1001-1009, 2010.

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Odontologia

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação de pesquisa científica

Título da pesquisa: Avaliação clínica retrospectiva de facetas diretas de resina composta realizadas na Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa odontológica, relacionada à Análise clínica do desempenho de facetas de resina (procedimento estético de cobertura da parte da frente de seu dente). Você foi selecionado para a pesquisa por ter realizado em um de seus dentes anteriores um procedimento de faceta de resina composta.

Nosso interesse é o de acompanhar a durabilidade dessas facetas e de identificar possíveis falhas, as quais, quando identificadas, serão corrigidas pelos acadêmicos das disciplinas de Clínica Odontológica. **Durante a consulta de avaliação, você receberá uma profilaxia para limpeza dos dentes e um exame clínico para detectar possíveis necessidades de tratamento, que quando encontradas, serão encaminhadas para resolução nas clínicas odontológicas da Faculdade de Odontologia.** Os conhecimentos adquiridos com o presente estudo serão importantes e **contribuirão para o entendimento do comportamento clínico das facetas diretas de resina composta ao longo do tempo.**

É importante ressaltar que toda e qualquer dúvida será esclarecida pelo pesquisador responsável, Prof. Dr. Fábio Herrmann Coelho-de-Souza, inscrito no CRO/RS sob número 11490, Professor do Departamento de Odontologia Conservadora da UFRGS. Esse esclarecimento poderá ser requisitado a qualquer momento, pessoalmente ou pelo telefone (51) 33085005. Fica, ainda, assegurada a liberdade do participante de recusar-se a participar, sendo que se aceitar, também estará consciente de que vão ser necessárias consultas para avaliação. **Essa avaliação é semelhante a uma consulta odontológica de rotina, não agregando nenhum desconforto ou risco adicional.** Salienciamos, ainda, que qualquer alteração nos seus dentes provenientes da avaliação dessa pesquisa será corrigida. Você pode, a qualquer momento e por qualquer motivo, retirar-se do estudo, sendo que isso não trará nenhuma consequência aos seus dentes ou a você. Todos os dados pessoais coletados serão mantidos em sigilo. (Comitê de Ética – UFRGS, Telefone – 51 33083738).

Eu, _____ CPF _____
 declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos que serão realizados na presente pesquisa, bem como sei dos meus direitos de que posso abandonar a pesquisa a qualquer momento. Declaro ainda que recebi uma cópia do presente termo.

_____, _____ / _____ de _____
 (Local) (Data)

 Paciente

 Prof. Dr. Fábio Herrmann Coelho-de-Souza
 Pesquisador responsável CRO/RS - 11490

ANEXO – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

U F R G S
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

**CARTA DE APROVAÇÃO**

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21736

Título: AVALIAÇÃO CLINICA RETROSPECTIVA DE RESTAURAÇÕES DE RESINA COMPOSTA DE CLASSE III, IV E V E FACETAS DIRETAS REALIZADAS NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

FABIO HERRMANN COELHO DE SOUZA - coordenador desde 15/03/2012
RODRIGO MONTEIRO VIEIRA - pesquisador desde 15/03/2012
LAURA IRGANG - pesquisador desde 15/03/2012

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 15/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quarta-Feira, 4 de Abril de 2012

JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética