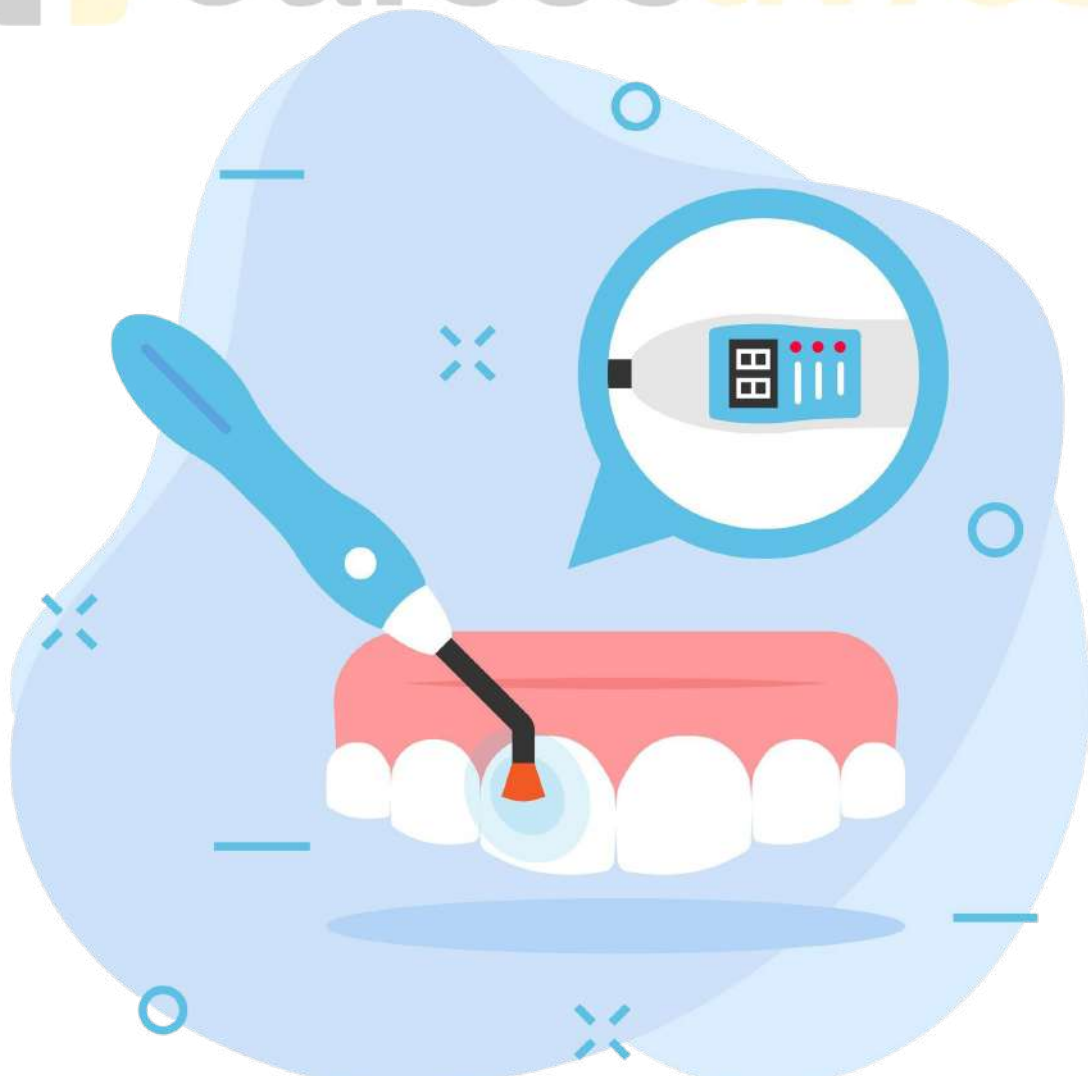


BÁSICO EM RESINA COMPOSTA NA ODONTOLOGIA

 Cursoslivres



Aplicações e Cuidados Pós-Operatórios

Esculpendo e Finalizando Restaurações

1. Introdução

A excelência em odontologia restauradora não depende apenas da adesão e da resistência do material utilizado, mas também da **reprodução fiel da anatomia dental**. A correta escultura da resina composta é fundamental para restabelecer **função mastigatória, oclusão adequada, estética e saúde periodontal**. Restaurar a forma dental envolve profundo conhecimento da **anatomia dental básica**, tanto de dentes anteriores quanto posteriores, além de domínio técnico na aplicação e acabamento do material restaurador.

A restauração ideal é aquela que **reconstrói o dente de forma funcional e natural**, com contornos adequados, contato proximal, ponto de contato oclusal correto e textura superficial compatível com os dentes vizinhos. Este texto aborda os fundamentos da escultura anatômica em resinas compostas e os cuidados durante o acabamento e finalização das restaurações diretas.

2. Anatomia Dental Básica

A **anatomia dental** refere-se à forma, número e disposição das estruturas morfológicas dos dentes, sendo essencial para guiar a reconstrução restauradora.

2.1 Dentes Anteriores

Os dentes anteriores (incisivos e caninos) possuem características marcantes:

- **Face vestibular:** geralmente plana ou levemente convexa, com **lóbulos de desenvolvimento** (mesial, central e distal) e **sulcos periquimatosos** discretos;
- **Face palatina:** com **cíngulo** cervical proeminente, delimitado por **margens mesial e distal**, formando a **fossa palatina**;
- **Borda incisal:** delgada, com discreto arredondamento nos ângulos mesioincisal e distoincisal (o ângulo mesial é mais agudo).

Essas referências são fundamentais para escultura e acabamento de restaurações estéticas em dentes anteriores, especialmente em fraturas, alterações de forma ou cor e fechamentos de diastemas.

2.2 Dentes Posteriores

Os dentes posteriores (pré-molares e molares) apresentam anatomia mais complexa:

- **Cúspides:** estruturas elevadas responsáveis pela trituração dos alimentos. Nos molares inferiores, há geralmente cinco cúspides (mesiovestibular, distovestibular, distal, mesiolingual e distolingual);
- **Sulcos e fissuras:** delimitam as cúspides e orientam a escultura oclusal;
- **Cristas marginais:** elevações que limitam a face oclusal mesial e distal;
- **Fossas centrais:** depressões entre as cúspides, onde convergem os sulcos principais.

Conhecer essas estruturas permite esculpir restaurações que respeitem a oclusão e a dinâmica mandibular, evitando interferências e desgaste precoce.

3. Escultura em Dentes Anteriores

A restauração de dentes anteriores exige atenção à **estética e simetria**, já que estão localizados no centro do campo visual do sorriso. A escultura deve respeitar proporções, texturas, brilho e forma tridimensional.

3.1 Etapas Técnicas

1. **Estratificação em camadas:** uso de diferentes resinas (opacas, dentina, esmalte e translúcidas) para mimetizar a estrutura natural;

2. **Escultura anatômica:** reconstrução dos lóbulos vestibulares e cingulo palatino, preservando o formato natural do dente;
3. **Texturização superficial:** simulação de periquímios e sulcos discretos para fidelidade estética;
4. **Polimento final:** com discos abrasivos, escovas de feltro e pastas, para obter brilho e lisura.

A escultura deve considerar o dente contralateral como guia de forma e proporção. Além disso, é essencial respeitar o **perfil de emergência** cervical para não invadir o espaço biológico gengival.

4. Escultura em Dentes Posteriores

A restauração de dentes posteriores exige reconstituição precisa da **anatomia oclusal**, fundamental para a função mastigatória e o equilíbrio oclusal.

4.1 Etapas Técnicas

1. **Reconstrução das cúspides:** modelagem das cúspides funcionais e não funcionais respeitando altura e volume compatíveis com os dentes adjacentes;

2. **Definição dos sulcos principais:** os sulcos devem ser profundos o suficiente para guiar a mastigação, mas sem excessos que facilitem retenção de biofilme;
3. **Criação das fossas centrais e marginais:** essas áreas devem permitir o encaixe dos cúspides antagonistas e o correto escoamento dos alimentos;
4. **Modelagem das cristas marginais e dos pontos de contato proximais:** essenciais para a estabilidade oclusal e para a proteção do espaço interdental.

A escultura deve ser realizada com instrumentos apropriados, como pincéis de resina, espátulas anatômicas e modeladores de silicone. A correta reprodução da anatomia oclusal reduz o tempo de ajuste oclusal posterior.

5. Finalização e Polimento

Após a escultura e a polimerização, a restauração deve passar por acabamento e polimento para:

- **Remover excessos e ajustar contornos;**
- **Reduzir rugosidade superficial;**
- **Evitar retenção de placa bacteriana;**

- **Melhorar a estética e o conforto para o paciente.**

A sequência recomendada envolve abrasivos de granulação progressivamente fina (discos, pontas de borracha, escovas e pastas). A manutenção da integridade da escultura durante o acabamento é essencial para a longevidade da restauração.

6. Considerações Finais

A escultura anatômica em resina composta é um dos momentos mais críticos da restauração direta. Exige conhecimento preciso da **morfologia dental**, domínio técnico e senso estético apurado. Em dentes anteriores, o desafio está na reprodução da forma e textura natural. Em dentes posteriores, a prioridade é restabelecer a função oclusal e o equilíbrio biomecânico.

O sucesso das restaurações depende do conjunto entre adesão, escultura e acabamento. Investir tempo e atenção nesse processo garante resultados duradouros e alta satisfação estética e funcional por parte do paciente.

Referências Bibliográficas

- ANUSAVICE, K. J.; SHEN, C.; RAWLS, H. R. *Phillips – Materiais Dentários*. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- SUMMITT, J. B. et al. *Fundamentos de Odontologia Restauradora*. 3. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2007.
- GONZAGA, C. C. et al. Anatomia dental aplicada à odontologia restauradora. *Revista Brasileira de Odontologia Estética*, v. 15, n. 2, p. 82–89, 2018.
- MONDELLI, J. et al. Restaurações diretas com resinas compostas em dentes posteriores. *Dental Press Journal of Esthetics*, v. 5, n. 4, p. 64–74, 2010.
- OPDAM, N. J. M. et al. Longevity of posterior composite restorations: A systematic review. *Journal of Dental Research*, v. 93, n. 10, p. 943–949, 2014.

Acabamento e Polimento de Restaurações com Resina Composta

1. Introdução

O **acabamento e o polimento** são etapas essenciais no protocolo clínico das restaurações com resina composta. Embora frequentemente subestimadas, essas fases finais influenciam diretamente a **qualidade estética, a integridade marginal, a longevidade clínica e a saúde periodontal** da restauração. A obtenção de uma superfície lisa, com brilho compatível com os dentes naturais, é indispensável para reduzir a adesão bacteriana, prevenir pigmentações e proporcionar conforto ao paciente.

A superfície final da restauração deve refletir a habilidade do operador não apenas na escultura, mas também no refinamento de detalhes morfológicos e ópticos. Este texto apresenta os fundamentos, objetivos e técnicas envolvidas no acabamento e polimento das restaurações diretas com resina composta.

2. Conceitos e Objetivos

Acabamento é o processo de **remoção de excessos e ajuste dos contornos anatômicos** da restauração, enquanto o **polimento** corresponde ao **alinhamento das irregularidades microscópicas**, promovendo **lisura e brilho superficial**. Ambos os procedimentos devem ser conduzidos de forma sequencial e cuidadosa para preservar a anatomia construída e evitar danos à integridade da restauração ou ao tecido dentário adjacente.

Os principais objetivos dessas etapas são:

- Melhorar a **estética final** (brilho e textura);
- Prevenir a **retenção de placa bacteriana**;
- Reduzir o **risco de manchamento e descoloração**;
- Preservar a **saúde gengival** ao evitar sobre contornos;
- Garantir **conforto oclusal** e funcionalidade mastigatória.

O acabamento e o polimento também influenciam na **taxa de desgaste da resina** ao longo do tempo, uma vez que superfícies rugosas são mais susceptíveis à abrasão e acúmulo de biofilme.

3. Materiais e Instrumentos Utilizados

O sucesso do acabamento e polimento depende da correta **sequência de abrasivos**, respeitando a granulometria progressiva, e da escolha dos **instrumentos apropriados** para cada superfície restaurada (lisa, côncava, proximal, oclusal).

3.1 Instrumentos para Acabamento

- **Pontas multilaminadas de carbeto de tungstênio:** utilizadas para remoção de excessos e ajuste de contornos em áreas vestibulares e oclusais;
- **Pontas diamantadas finas:** indicadas para refinamento anatômico;
- **Lâminas de bisturi e fitas abrasivas:** usadas para contornos cervicais e áreas proximais.

3.2 Instrumentos para Polimento

- **Discos abrasivos flexíveis** (de granulação decrescente): ideais para faces lisas vestibulares e palatinas;
- **Pontas de borracha impregnadas com abrasivos:** indicadas para superfícies oclusais e áreas de difícil acesso;
- **Escovas de feltro ou silicone com pasta diamantada:** promovem brilho elevado e lustro final.

A escolha do sistema depende da **resina utilizada**, da área anatômica e da etapa clínica. Resinas nanoparticuladas, por exemplo, respondem melhor ao polimento do que resinas microhíbridas, devido ao menor tamanho de suas partículas.

4. Técnica e Sequência Operatória

O acabamento e polimento devem ser iniciados **após a completa fotopolimerização** da restauração e preferencialmente **em sessão distinta da escultura inicial**, quando possível, permitindo maior estabilidade do material.

A sequência básica inclui:

1. **Remoção de excessos** com pontas grossas;
2. **Redefinição dos contornos** com abrasivos intermediários;
3. **Alisamento progressivo** com abrasivos finos;
4. **Polimento final** com pastas de polimento e escovas rotatórias.

O uso de **baixa rotação e pressão controlada** é fundamental para evitar superaquecimento do material restaurador e do dente, o que poderia causar **sensibilidade pós-operatória** ou degradação superficial da resina.

Além disso, o operador deve manter **umidade constante** durante o procedimento para evitar danos térmicos e otimizar a ação abrasiva dos instrumentos.

5. Considerações Clínicas

Diversos fatores influenciam o sucesso do acabamento e polimento:

- **Tipo de resina composta:** resinas nanoparticuladas e nanohíbridas promovem superfícies mais lisas e polidas, mantendo o brilho por mais tempo.
- **Curvatura e localização do dente:** áreas vestibulares planas permitem melhor controle, enquanto regiões interproximais e cervicais exigem instrumentação específica.
- **Experiência clínica do operador:** o domínio da técnica e a sensibilidade tátil são determinantes para evitar desgastes excessivos ou irregularidades indesejadas.

Também é importante considerar o **tempo clínico disponível**: procedimentos apressados podem comprometer o brilho e a adaptação marginal da restauração.

A **ausência de polimento** adequado pode resultar em rugosidades que favorecem **retenção de placa, sangramento gengival, escurecimento da restauração e necessidade precoce de substituição**.

6. Considerações Finais

O acabamento e o polimento das restaurações em resina composta são **etapas fundamentais** que devem ser tratadas com a mesma importância que a adesão e a escultura. A obtenção de uma superfície lisa, brilhante e anatomicamente correta melhora significativamente o desempenho clínico da restauração, além de contribuir para a saúde periodontal e a satisfação do paciente.

Dominar essas técnicas exige conhecimento dos materiais, habilidade manual e atenção aos detalhes. A incorporação sistemática de um protocolo de acabamento e polimento bem executado é sinal de excelência clínica e respeito à biologia e estética do paciente.



Referências Bibliográficas

- ANUSAVICE, K. J.; SHEN, C.; RAWLS, H. R. *Phillips – Materiais Dentários*. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- TURSSI, C. P.; FERRACANE, J. L.; SERRA, M. C. Abrasive wear of resin composites as related to finishing and polishing procedures. *Dental Materials*, v. 21, n. 7, p. 641–648, 2005.
- SUMMITT, J. B. et al. *Fundamentos de Odontologia Restauradora*. 3. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2007.
- MENEZES, M. S. et al. Effect of different finishing and polishing techniques on surface roughness and microhardness of composite resins. *Brazilian Dental Journal*, v. 21, n. 1, p. 21–26, 2010.
- DE OLIVEIRA, D. C. et al. Influence of finishing and polishing on the surface roughness of composite resins. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, v. 23, n. 2, p. 127–135, 2011.

Falhas, Reparos e Remoção de Restaurações com Resina Composta

Identificação de Falhas Clínicas: Pigmentações, Infiltração e Fraturas

1. Introdução

Apesar dos avanços tecnológicos nos materiais restauradores e nas técnicas adesivas, as **restaurações com resina composta** estão sujeitas a falhas ao longo do tempo. Essas falhas podem ocorrer por fatores relacionados ao material, à técnica operatória ou ao próprio paciente. A detecção precoce de alterações clínicas — como **pigmentações, infiltração marginal e fraturas** — é essencial para definir a conduta mais adequada: **manutenção, reparo ou substituição total** da restauração.

O conhecimento das causas e manifestações dessas falhas permite ao cirurgião-dentista intervir com previsibilidade, mantendo a integridade do dente e reduzindo a necessidade de tratamentos mais invasivos.

2. Pigmentações

As **alterações cromáticas** nas restaurações em resina composta são causas frequentes de insatisfação estética e podem indicar degradação superficial, falhas de polimento ou problemas mais profundos, como infiltrações.

2.1 Tipos de Pigmentação

- **Pigmentação extrínseca:** resulta do acúmulo de biofilme e de substâncias corantes da dieta (café, vinho, cigarro). Geralmente ocorre na superfície e pode ser removida com polimento.
- **Pigmentação intrínseca:** está relacionada à degradação da matriz orgânica da resina ou à microinfiltração marginal. Nestes casos, o tratamento pode exigir reparo ou substituição.

2.2 Fatores Associados

- Falta de acabamento e polimento adequados;
- Superfície rugosa que favorece retenção de biofilme;
- Resinas de baixa estabilidade cromática;
- Exposição frequente a agentes pigmentantes;
- Técnica de fotopolimerização deficiente, com baixa conversão de monômeros.

A inspeção visual e tátil, com iluminação adequada e secagem do campo operatório, é essencial para diferenciar os tipos de manchamento e determinar a conduta clínica.

3. Infiltração Marginal

A **infiltração marginal** é uma das falhas mais críticas das restaurações adesivas. Ocorre quando há **falha na vedação entre a restauração e a estrutura dentária**, permitindo a penetração de fluidos, bactérias e detritos orgânicos na interface restauradora.

3.1 Causas Principais

- Técnica adesiva inadequada, especialmente em dentina;
- Contaminação por saliva ou sangue durante a aplicação;
- Contração de polimerização não controlada;
- Fadiga mecânica ou degradação hidrolítica dos adesivos ao longo do tempo.

3.2 Consequências Clínicas

- Manchamento marginal;
- Recorrência de cárie;
- Sensibilidade pós-operatória;
- Descolamento parcial da restauração.

A identificação pode ser feita por **inspeção visual**, uso de **exploradores periodontais**, ou **corantes reveladores**. A **radiografia interproximal** pode auxiliar no diagnóstico de infiltrações profundas ou recidivas cariosas.

4. Fraturas e Desgaste

As **fraturas parciais ou totais** da restauração podem ocorrer devido a forças mastigatórias, bruxismo, falhas na escultura anatômica ou uso de resinas de baixa resistência.

4.1 Tipos de Fraturas

- **Fratura de borda:** comum em restaurações anteriores, geralmente associada à ausência de suporte adequado ou uso de resina excessivamente frágil;
- **Fratura de cúspide:** pode envolver tanto a restauração quanto a estrutura dentária remanescente;
- **Fraturas adesivas:** ocorrem na interface dente-resina, muitas vezes por falha na adesão inicial ou por fadiga do material;
- **Fraturas coesivas:** acontecem dentro da própria resina, por esforços repetidos ou trincas internas.

4.2 Desgaste Oclusal

O **desgaste progressivo da resina** é inevitável com o tempo, mas pode ser acelerado por hábitos parafuncionais, uso inadequado de resinas flow em áreas de carga ou ausência de polimento adequado. O desgaste pode comprometer a função oclusal, forma anatômica e ponto de contato.

5. Condutas Clínicas: Reparo ou Substituição?

A **decisão entre reparar ou substituir** uma restauração deve considerar o tipo, extensão e localização da falha, bem como a possibilidade de preservar a estrutura dental sadia.

5.1 Indicação para Reparo

- Pequenas fraturas marginais ou perda de brilho superficial;
- Pigmentações extrínsecas ou manchas localizadas;
- Infiltrações discretas sem envolvimento profundo;
- Fraturas limitadas à camada externa da resina.

O reparo envolve **condicionamento da superfície com ácido fosfórico ou jateamento com óxido de alumínio**, seguido da **reativação da superfície com adesivo** e inserção de nova camada de resina composta. A adesão entre a resina antiga e a nova é menor que a adesão ao dente, mas pode ser satisfatória quando realizada com protocolo adequado.

5.2 Indicação para Substituição

- Fraturas extensas que envolvam dentina ou parede cuspídea;
- Infiltrações profundas com comprometimento da adesão;
- Desadaptação marginal severa;
- Restaurações antigas com múltiplas falhas cumulativas;
- Comprometimento estético irreversível.

A substituição exige remoção completa da restauração defeituosa, preparo adequado da cavidade, nova adesão e restauração com técnica incremental e polimerização ideal.

6. Considerações Finais

A longevidade das restaurações diretas em resina composta depende não apenas do material e da técnica utilizados, mas também da **avaliação contínua da integridade clínica** da restauração. A identificação precoce de **falhas como pigmentações, infiltrações e fraturas** permite a adoção de condutas conservadoras, com ênfase em reparos minimamente invasivos sempre que possível.

A correta aplicação de protocolos clínicos de reparo ou substituição, com base em diagnóstico preciso e conhecimento técnico, contribui para a manutenção da saúde bucal, preservação da estrutura dentária e satisfação do paciente.

Referências Bibliográficas

- ANUSAVICE, K. J.; SHEN, C.; RAWLS, H. R. *Phillips – Materiais Dentários*. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- DEMARCO, F. F. et al. Longevity of posterior composite restorations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, v. 43, n. 8, p. 1043–1050, 2015.
- GARCIA, D. et al. Clinical longevity of composite restorations placed by undergraduate students: a 5-year study. *Journal of Dentistry*, v. 43, n. 4, p. 389–395, 2015.
- MONDELLI, R. F. L. et al. Repair versus replacement of composite restorations: key factors. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, v. 16, e17071, 2017.
- OPDAM, N. J. M. et al. Clinical relevance of repair versus replacement of restorations: a review. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, v. 24, n. 3, p. 143–149, 2012.

Técnicas de Reparo em Resina Composta e Critérios para Substituição de Restaurações

1. Introdução

A odontologia restauradora moderna busca a máxima preservação da estrutura dentária natural. Nesse contexto, os **reparos em restaurações de resina composta** ganham destaque como uma alternativa conservadora, viável e eficaz diante de falhas localizadas. No entanto, nem toda restauração pode ou deve ser reparada: há situações clínicas em que a **substituição completa da restauração** é a conduta mais indicada.

O conhecimento dos **critérios de indicação para o reparo**, das **técnicas disponíveis** e dos **momentos em que a substituição se impõe** é essencial para guiar decisões clínicas seguras e baseadas em evidência.

2. Indicações para o Reparo de Restaurações

O reparo é indicado quando a falha é **limitada e localizada**, e a maior parte da restauração apresenta **bom desempenho funcional e estético**. Entre as situações clínicas favoráveis ao reparo, destacam-se:

- **Desgaste superficial** com perda de brilho ou textura;

- **Pigmentações extrínsecas** que não respondem ao polimento;
- **Fraturas parciais** de bordas ou ângulos sem envolvimento profundo da estrutura dentária;
- **Infiltração marginal discreta**, sem presença de cárie ativa subjacente;
- Necessidade de **ajuste oclusal leve** ou alteração estética pontual.

Nesses casos, o reparo evita a remoção desnecessária de tecido dentário e preserva a integridade do dente. Além disso, o procedimento é menos invasivo, mais rápido e geralmente mais econômico.



3. Técnica de Reparo em Resina Composta

O sucesso do reparo depende da **reativação da superfície da resina antiga** e da **adesão eficaz entre o material existente e o novo**. A interface entre a resina antiga e a nova apresenta menor energia de superfície e menor potencial adesivo do que a estrutura dentária virgem, o que exige protocolos específicos.

3.1 Etapas Fundamentais

1. **Avaliação clínica e radiográfica** da restauração, para assegurar que não haja cárie subjacente ou falhas estruturais amplas.

2. **Remoção da camada superficial da resina antiga**, com pontas diamantadas finas ou jateamento com óxido de alumínio. Esse passo é crucial para expor uma superfície renovada, mais receptiva à adesão.
3. **Limpeza da cavidade** com clorexidina a 2% ou solução salina, para eliminar resíduos.
4. **Condicionamento da superfície** com ácido fosfórico (quando resinas convencionais forem utilizadas) por 15 a 30 segundos, seguido de lavagem e secagem leve.
5. **Aplicação de sistema adesivo** compatível com o material original. Sistemas adesivos universais ou autocondicionantes têm sido amplamente utilizados devido à sua praticidade.
6. **Inserção do novo material restaurador**, respeitando a técnica incremental e os princípios de escultura anatômica.
7. **Fotopolimerização** adequada, seguida de **ajuste oclusal, acabamento e polimento**.

A longevidade dos reparos é satisfatória quando os protocolos são respeitados, embora, em geral, os reparos apresentem menor durabilidade do que restaurações novas feitas em substrato íntegro.

4. Limitações do Reparo e Indicações para Substituição

Apesar dos benefícios, o reparo tem **limitações importantes**. Quando os critérios clínicos não são atendidos, a substituição total da restauração passa a ser a conduta mais indicada.

4.1 Quando Substituir uma Restauração

- **Fraturas extensas** que envolvem a estrutura dentária remanescente, comprometendo a integridade do dente;
- **Desadaptação marginal severa** ou infiltração com cárie ativa sob a restauração;
- **Descolamento parcial ou total** da restauração;
- **Perda de contato proximal** com consequente impactação alimentar;
- **Estética insatisfatória irreversível**, como descoloração intrínseca, alterações profundas de forma ou múltiplos reparos cumulativos;
- Incompatibilidade entre os materiais restauradores (resinas muito antigas ou de composição desconhecida);
- Dificuldade de acesso para realizar reparo com qualidade.

A decisão pela substituição deve considerar também o **histórico restaurador do paciente**, o **risco de recidiva de cárie**, o **nível de exigência estética** e o **custo-benefício biológico** da intervenção.

5. Como Substituir uma Restauração de Forma Segura

A substituição deve ser feita de forma **minimamente invasiva**, priorizando a remoção seletiva apenas do material restaurador comprometido. Algumas recomendações incluem:

- Uso de **instrumentos rotatórios de baixa granulação** para preservar tecido dentário;
- Avaliação com **tinte de cárie ou corantes reveladores** para distinguir resina remanescente de tecido cariado;
- Aplicação de **sistemas adesivos modernos**, adaptados ao substrato exposto (esmalte ou dentina);
- Planejamento da nova restauração com ênfase na **adesão, escultura e polimento**, de forma a evitar recorrência de falhas.

A substituição deve ser vista como **último recurso**, após esgotadas as possibilidades de conservação da restauração original.

6. Considerações Finais

A decisão entre **reparar ou substituir uma restauração** deve ser baseada em critérios clínicos objetivos, sempre visando a **preservação da estrutura dentária** e a **satisfação funcional e estética** do paciente. O reparo, quando bem indicado, é uma solução eficiente, conservadora e de bom custo-benefício. No entanto, falhas extensas ou comprometimento funcional e estético relevante exigem substituição completa.

O domínio técnico das **etapas de reparo**, a seleção adequada do **sistema adesivo**, e o entendimento claro das **limitações do procedimento** são essenciais para o sucesso clínico a longo prazo.



Referências Bibliográficas

- ANUSAVICE, K. J.; SHEN, C.; RAWLS, H. R. *Phillips – Materiais Dentários*. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- OPDAM, N. J. M. et al. Clinical relevance of repair versus replacement of restorations: a review. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, v. 24, n. 3, p. 143–149, 2012.
- MONDELLI, R. F. L. et al. Repair versus replacement of composite restorations: key factors. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, v. 16, e17071, 2017.
- GARCIA, D. et al. Clinical longevity of composite restorations placed by undergraduate students: a 5-year study. *Journal of Dentistry*, v. 43, n. 4, p. 389–395, 2015.
- DEMARCO, F. F. et al. Longevity of posterior composite restorations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, v. 43, n. 8, p. 1043–1050, 2015.

Cuidados com o Paciente e Manutenção da Restauração com Resina Composta

Higiene, Dieta, Avaliações Periódicas e Fatores que Influenciam a Longevidade

1. Introdução

A restauração com resina composta é um dos procedimentos mais comuns na odontologia restauradora atual, oferecendo resultados estéticos e funcionais satisfatórios. No entanto, sua **durabilidade clínica** está diretamente relacionada à **qualidade da técnica operatória** e, principalmente, ao **comportamento e aos cuidados do paciente no pós-tratamento**.

Orientar o paciente quanto à **higiene oral, hábitos alimentares**, e a necessidade de **acompanhamento periódico** é essencial para prevenir falhas restauradoras, como infiltrações, pigmentações, fraturas e cárie secundária. Este texto aborda os principais cuidados que devem ser adotados pelo paciente e destaca os fatores que influenciam a longevidade das restaurações em resina composta.

2. Orientações ao Paciente: Higiene Oral

A **higiene oral eficiente** é fundamental para o sucesso das restaurações diretas. A superfície da resina composta pode acumular biofilme bacteriano, principalmente em áreas de difícil acesso ou com acabamento inadequado.

As orientações ao paciente devem incluir:

- Escovação com **escova de cerdas macias e dentifrício fluoretado**, ao menos duas vezes ao dia;
- Uso diário de **fio dental ou fitas interdentais**, com cuidado especial em áreas restauradas com contato proximal;
- Evitar escovação com **movimentos excessivamente abrasivos**, principalmente em restaurações cervicais, para prevenir desgaste do material e retração gengival.

A manutenção da higiene reduz o risco de **cárie secundária, doença periodontal e escurecimento da restauração**. Pacientes com limitações motoras devem receber instruções adaptadas ou considerar o uso de dispositivos auxiliares, como escovas elétricas e irrigadores orais.

3. Cuidados com a Dieta

A **dieta** também exerce influência direta sobre a durabilidade das restaurações. Alimentos e bebidas com alto potencial de pigmentação e acidez podem comprometer a **estética e integridade da resina composta**.

Recomendações dietéticas incluem:

- Reduzir o consumo de alimentos e bebidas pigmentantes, como café, vinho tinto, chá escuro, refrigerantes à base de cola e molhos escuros;
- Evitar a ingestão frequente de **alimentos ácidos** (sucos cítricos, vinagre, refrigerantes), que podem degradar a superfície da restauração e do esmalte adjacente;
- Evitar o uso da dentição para **funções não mastigatórias**, como abrir embalagens ou roer objetos, o que pode provocar **fraturas ou desgaste da resina**.

Pacientes com hábitos parafuncionais, como bruxismo, também devem ser orientados quanto ao risco aumentado de falha restauradora, e podem ser candidatos ao uso de **placas oclusais noturnas**.

4. Importância das Avaliações Periódicas

A manutenção da saúde bucal após o tratamento restaurador exige **avaliações clínicas periódicas**, geralmente a cada seis meses, embora a frequência possa variar conforme o risco individual de cárie e doença periodontal.

Durante essas consultas, o cirurgião-dentista deve:

- Verificar **integridade marginal** e presença de infiltrações;

- Avaliar **cor e brilho da restauração**, propondo polimento ou retoques se necessário;
- Realizar **exames radiográficos**, especialmente em restaurações interproximais;
- Detectar precocemente fraturas, desgastes ou alterações funcionais;
- Reforçar **orientações preventivas personalizadas**.

As visitas periódicas também permitem **intervenções minimamente invasivas**, como pequenos reparos, antes que falhas evoluam para a necessidade de substituição completa da restauração.



5. Longevidade da Resina Composta e Fatores que Afetam sua Durabilidade

A expectativa de vida média das restaurações diretas em resina composta varia entre **5 e 10 anos**, podendo ser estendida em condições ideais. Vários fatores influenciam diretamente essa durabilidade:

5.1 Fatores Relacionados ao Material

- **Tipo de resina composta:** resinas nanoparticuladas e nanohíbridas apresentam melhor polimento e resistência ao desgaste;

- **Estabilidade cromática:** materiais com maior resistência à absorção de pigmentos e degradação superficial são preferíveis;
- **Qualidade do sistema adesivo utilizado,** que influencia a vedação marginal e a retenção a longo prazo.

5.2 Fatores Relacionados à Técnica Operatória

- Correta aplicação da **técnica adesiva**;
- Uso de **incrementos de até 2 mm** para reduzir a tensão de polimerização;
- **Fotopolimerização adequada,** com controle de intensidade e tempo;
- **Escultura anatômica** funcional, que evita sobrecarga localizada.

5.3 Fatores Relacionados ao Paciente

- Presença de **bruxismo**, hábitos deletérios ou má oclusão;
- Baixa adesão às orientações de **higiene e dieta**;
- Alto índice de cárie ou doença periodontal não controlada;
- Falta de acompanhamento profissional.

É importante destacar que **a manutenção é um processo contínuo** que envolve a atuação conjunta do profissional e do paciente. Mesmo restaurações bem realizadas estão sujeitas a falhas se os cuidados de longo prazo forem negligenciados.

6. Considerações Finais

O sucesso das restaurações com resina composta vai além da execução clínica do procedimento. **Cuidados pós-operatórios, orientações preventivas, controle de hábitos e avaliações periódicas** são determinantes para a longevidade e o desempenho funcional e estético da restauração.

O papel do cirurgião-dentista inclui não apenas restaurar a estrutura dental, mas também **educar e engajar o paciente** na manutenção da saúde bucal. A abordagem preventiva reduz custos, preserva tecido dentário e proporciona melhor qualidade de vida ao paciente.

Referências Bibliográficas

- ANUSAVICE, K. J.; SHEN, C.; RAWLS, H. R. *Phillips – Materiais Dentários*. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- OPDAM, N. J. M. et al. Longevity of posterior composite restorations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, v. 43, n. 8, p. 1043–1050, 2015.
- DEMARCO, F. F. et al. Factors influencing the longevity of anterior composite restorations: a systematic review. *Clinical Oral Investigations*, v. 16, p. 31–39, 2012.
- MENEZES, M. S. et al. Clinical evaluation of the performance of direct composite restorations. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, v. 29, n. 6, p. 409–416, 2017.
- SUMMITT, J. B. et al. *Fundamentos de Odontologia Restauradora*. 3. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2007.