

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP**  
**Faculdade de Odontologia - Campus de Araçatuba/SP**

**GIOVANNA YARA SALLES**

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA ORAL EM PACIENTE CLASSE III COMPENSADA:**  
Soluções Protéticas Alternativas à Ortodontia

Araçatuba-SP  
2025



**GIOVANNA YARA SALLES**

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA ORAL EM PACIENTE CLASSE III COMPENSADA:**

Soluções Protéticas Alternativas à Ortodontia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, de Araçatuba, para obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia.

Orientador(a): Prof. Dra. Daniela  
Micheline dos Santos

Araçatuba - SP

2025

**GIOVANNA YARA SALLES**

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA ORAL EM PACIENTE CLASSE III COMPENSADA:**

Soluções Protéticas Alternativas à Ortodontia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, de Araçatuba, para obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia.

Data da defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof. Dra. Daniela Micheline dos Santos  
UNESP – Faculdade de Odontologia - Campus de Araçatuba

---

Prof. Dr. Douglas Roberto Monteiro  
UNESP – Faculdade de Odontologia - Campus de Araçatuba

---

Doutorando Victor Alves Nascimento  
UNESP – Faculdade de Odontologia - Campus de Araçatuba

Dedico este trabalho à minha família que é minha base e força e ao meu namorado Victor Hugo, por estar ao meu lado com amor e dedicação em toda essa jornada...

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Cláudia e Airton, agradeço por todo amor, carinho, confiança e incentivo depositados em mim em cada etapa dessa jornada. Por me ensinarem, com exemplos e palavras, o valor da dedicação e da honestidade. Por serem minha base, minha força e motivo pelo qual sigo acreditando nos meus sonhos.

Ao meu namorado, Victor Hugo, agradeço por estar sempre ao meu lado, com paciência, carinho e compreensão. Pela presença constante, dividindo comigo cada conquista dessa etapa, pelas palavras de apoio e por me fortalecer mesmo nos dias mais desafiadores, transformando tudo em aprendizado, sendo uma parte essencial dessa trajetória juntamente com sua família.

À minha orientadora, Professora Doutora Daniela Micheline dos Santos, agradeço pela disponibilidade, confiança e todo aprendizado compartilhado. Sua dedicação e orientação foram essenciais ao longo deste percurso, inspirando-me e contribuindo muito para o meu crescimento pessoal e profissional, transmitindo segurança e incentivo em cada etapa. Sou profundamente grata pela paciência e pelo acolhimento durante o desenvolvimento deste trabalho, tornando essa jornada mais leve e significativa.

Ao Professor Doutor Douglas Roberto Monteiro, agradeço por aceitar o convite de integrar minha banca examinadora e por todo conhecimento e orientação a mim transmitidos ao longo da disciplina de clínica integrada. Sua dedicação e cuidado durante as práticas clínicas, foram essenciais para minha evolução, contribuindo para que cada atendimento se tornasse uma oportunidade de observar de perto a necessidade real de cada paciente, transformando cada caso atendido em um momento de crescimento e permitindo-me desenvolver mais segurança, sensibilidade e autonomia no meu dia a dia clínico.

Ao Doutorando Victor Alves Nascimento, também sou grata por aceitar o convite para compor a banca examinadora deste trabalho de conclusão de curso, e por toda atenção e dedicação ao transmitir seus conhecimentos durante a etapa final prática deste caso. Essas contribuições foram fundamentais para ampliar minha compreensão do procedimento e para aprimorar minha atuação clínica.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, na pessoa do diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem, e do vice-diretor, Prof. Dr. Luciano Tavares Angelo Cintra, agradeço pela

formação sólida e pelo ambiente que possibilitou meu desenvolvimento acadêmico, contribuindo de maneira essencial para minha formação.

“Todos os nossos sonhos podem se tornar realidade, se tivermos a coragem de persegui-los”

(Walt Disney, tradução própria).

## RESUMO

SALLES, G. Y. **Reabilitação estética oral em paciente classe III compensada: Soluções Protéticas Alternativas à Ortodontia.** 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2025.

O presente caso clínico analisou a reabilitação oral de uma paciente de 50 anos, apresentando má oclusão Classe III de Angle compensada ortodonticamente de forma unilateral, que recusou tratamentos ortodônticos e cirúrgicos ortognáticos. O planejamento contemplou duas alternativas de tratamento, com a instalação de coroas cerâmicas: restrita apenas ao lado não compensado, ou compreendendo a região de canino até canino superior, optando-se pela escolha desta última opção, para execução do plano terapêutico, visando integração entre estética e função. A avaliação incluiu exames clínicos intra e extraorais detalhados, considerando proporções faciais, harmonia do sorriso e oclusão. A abordagem adotada buscou corrigir os desníveis e promover a harmonização estética com a realização de procedimentos minimamente invasivos. A seleção individualizada do tratamento permitiu adequação funcional e estética, respeitando assim, as expectativas e necessidades da paciente. Os resultados obtidos reforçam a relevância de soluções protéticas personalizadas na odontologia restauradora para pacientes que não aderem a tratamentos considerados convencionais para a correção da má oclusão em questão, demonstrando que é possível alcançar resultados satisfatórios em termos de conforto, aparência entre face e sorriso e equilíbrio oclusal. Este relato evidencia a importância de considerar estratégias variadas na resolução de casos específicos que demandam atenção especializada, nos quais a preferência do paciente é fator determinante para definição da conduta clínica a ser implementada.

**Palavras-chave:** má oclusão Classe III de Angle; reabilitação bucal; porcelana dentária; estética dentária.

## **ABSTRACT**

**SALLES, G. Y. Oral aesthetic rehabilitation in a compensated Class III patient: Prosthetic solutions as alternatives to orthodontics.** 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2025.

This clinical case analyzed the oral rehabilitation of a 50-year-old patient with unilateral Angle Class III malocclusion, orthodontically compensated, who refused orthodontic and orthognathic surgical treatments. The treatment plan included two treatment options, including the placement of ceramic crowns: limited to the uncompensated side, or covering the region from the canine to the upper canine. The latter option was chosen to execute the therapeutic plan, aiming for integration of aesthetics and function. The evaluation included detailed intra- and extraoral clinical examinations, considering facial proportions, smile harmony, and occlusion. The adopted approach sought to correct the unevenness and promote aesthetic harmonization through minimally invasive procedures. Individualized treatment selection allowed for functional and aesthetic adaptation, thus meeting the patient's expectations and needs. The results obtained reinforce the importance of customized prosthetic solutions in restorative dentistry for patients who do not respond to conventional treatments for correcting the malocclusion in question, demonstrating that it is possible to achieve satisfactory results in terms of comfort, facial and smile appearance, and occlusal balance. This report highlights the importance of considering various strategies in resolving specific cases that require specialized care, in which patient preference is a determining factor in defining the clinical approach to be implemented.

**Keywords:** malocclusion, Angle Class III; mouth rehabilitation; dental porcelain; dental esthetics.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Materiais utilizados para moldagem diagnóstica e planejamento: (A) alginato (Jeltrate® Plus, Dentsply Sirona), (B) silicone de adição (Express™ XT, 3M ESPE) 17
- Figura 2 – Referências do preparo dentário: (A) Angulações das inclinações realizadas em cada parede; (B) Posicionamento correto da ponta diamantada para o preparo subgingival; (C) Técnica da silhueta modificada evidenciando a metade de um dente preparado; (D) Vista de uma coroa preparada 19
- Figura 3 - Materiais para confecção de provisórios imediatos: (A e B) resinas bisacrílicas (Primma Art®, FGM; Protemp®, 3M ESPE) e (C) escala de cores Vita 19
- Figura 4 – Fio retrator para afastamento gengival #000 e #00 (ULTRAPAK®) 20
- Figura 5 – Materiais utilizados para preparo das peças: (A) ácido fluorídrico 10% (Condac Porcelana®, FGM) e (B) silano (Monobond®, Ivoclar Vivadent) 21
- Figura 6 – Materiais utilizados para preparo do substrato dentário: (A) pedra pomes (Maquira); (B) ácido fosfórico 37% (N-Etch, Ivoclar Vivadent); (C) adesivo (ExciTE® F DSC, Ivoclar Vivadent); (D) fotopolimerizador (Bluephase N®, Ivoclar Vivadent) 22
- Figura 7 – Materiais utilizados para cimentação e opções de cores disponíveis: (A) pasta catalisadora do cimento resinoso dual (Variolink® N Catalyst, Ivoclar Vivadent) e pasta base do cimento resinoso dual (Variolink® N Base, Ivoclar Vivadent); (B) escala de cores correspondente 23
- Figura 8 – Condição inicial da paciente em oclusão: (A) vista frontal extraoral; (B) vista frontal intraoral 28
- Figura 9 – Condição inicial do arco superior: (A) vista frontal; (B) vista oclusal 28
- Figura 10 – Radiografia panorâmica pré – tratamento 28
- Figura 11 – Provisórios em resina bisacrílica confeccionados na etapa inicial de avaliação: (A) vista frontal extraoral; (B) vista frontal intraoral 29
- Figura 12 – Provisórios em resina bisacrílica confeccionados na etapa final de avaliação 29
- Figura 13 – Radiografia panorâmica após 2 meses da instalação das coroas 31
- Figura 14 – Resultado das coroas definitivas após cicatrização gengival 31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PPR            Prótese Parcial Removível

## LISTA DE SÍMBOLOS

®	Marca registrada
™	Marca comercial (trademark)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 PLANEJAMENTO E DIAGNÓSTICO .....	17
2.2 PREPARO DENTÁRIO.....	18
2.3 PROVISORIZAÇÃO .....	19
2.4 MOLDAGEM DEFINITIVA .....	20
2.5 CONFECÇÃO E CIMENTAÇÃO DAS COROAS.....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
3.1 PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS DA PRÓTESE FIXA.....	24
3.2 PLANEJAMENTO ESTÉTICO E FUNCIONAL.....	24
3.3 O PAPEL DO MOCK-UP NO PLANEJAMENTO CLÍNICO .....	24
3.4 REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM FACETAS CERÂMICAS E MATERIAIS RESTAURADORES .....	25
3.5 REABILITAÇÃO PROTÉTICA E PROVISÓRIOS.....	25
3.6 MUDANÇA DE OCLUSÃO E COMPENSAÇÃO DENTÁRIA .....	25
3.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE PREVISIBILIDADE E SUCESSO CLÍNICO .....	25
<b>4 RELATO DE CASO.....</b>	<b>27</b>
4.1 CONFECÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PROVISÓRIOS .....	29
4.2 CIMENTAÇÃO E ASPECTOS PROTÉTICOS DAS COROAS DEFINITIVAS.....	30
4.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	30
4.4 SATISFAÇÃO DA PACIENTE .....	31
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A má oclusão classificada como Classe III de Angle, caracteriza-se por uma discrepância ântero-posterior entre maxila e mandíbula, na qual o molar inferior permanente encontra-se mesializado em relação ao molar superior permanente, sendo comumente associada a mordida cruzada anterior e relações oclusais desfavoráveis. Sua origem é multifatorial, podendo resultar de alterações de natureza dentária, funcional ou esquelética. Em padrão esquelético, representa um dos maiores desafios na reabilitação oral, pois envolve alterações complexas que acometem tanto as bases ósseas quanto o posicionamento dentário, impactando diretamente na função mastigatória, fonética e na estética facial do paciente de forma significativa (PROFFIT et al., 2013).

Como variação da Classe III esquelética apresenta-se a mordida cruzada anterior unilateral compensada. Nesses casos, os dentes se inclinam ou se reposicionam para compensar a discrepância óssea, permitindo função mastigatória adequada e estabilidade oclusal parcial do lado não afetado. Essa adaptação funcional pode manifestar-se naturalmente, de modo biológico ou ser obtida de maneira terapêutica através de intervenções ortodônticas, configurando-se como um fator de complexidade na reabilitação oral, especialmente diante da necessidade de equilibrar função, estética e relação oclusal estável (PROFFIT et al., 2013).

O tratamento ideal em casos severos geralmente envolve a combinação entre ortodontia e cirurgia ortognática, contudo, nem todos os pacientes aceitam esse tipo de intervenção, por ser considerada mais invasiva, seja por razões médicas, psicológicas ou estéticas. Abordagens conservadoras compensatórias com reabilitação protética, podem ser uma alternativa clínica terapêutica eficaz nesses casos, possibilitando a restauração da oclusão e do suporte dentário, minimizando as consequências funcionais da má oclusão, promovendo equilíbrio neuromuscular, estabilidade oclusal e melhora na qualidade de vida do paciente, já que a intervenção cirúrgica não é uma opção a ser considerada (PROFFIT et al., 2013; ROSENSTIEL et al., 2016).

No planejamento da reabilitação, faz-se necessário levar em consideração a utilização de próteses provisórias que permitem avaliar aspectos funcionais e estéticos e estruturar a fase definitiva da reabilitação. Fatores como resistência mecânica, estética, biocompatibilidade e carga oclusal devem ser considerados no

momento da seleção do material ideal das coroas para cada caso. Coroas metalocerâmicas permanecem como opção previsível em muitas situações clínicas, já coroas metal-free, confeccionadas em cerâmicas de matriz vítrea como o dissilicato de lítio oferecem excelente estética e resistência para regiões anteriores que recebem carga oblíqua, enquanto as confeccionadas em cerâmicas de matriz cristalina, como a zircônia, são indicadas para regiões posteriores, que recebem cargas axiais, direcionadas ao longo eixo do dente, ou casos que possuem cargas oclusais intensas ou elevadas (SHILLINGBURG et al.,2012; ROSENSTIEL et al., 2016).

Portanto este trabalho possui como objetivo apresentar a condução clínica de um relato de caso, destacando os fundamentos técnicos e biológicos que embasaram as decisões terapêuticas, os materiais utilizados e os benefícios proporcionados por uma abordagem reabilitadora individualizada em um caso de Classe III esquelética compensada unilateralmente, com recusa de intervenção cirúrgica, demonstrando sua aplicabilidade clínica, a integração entre planejamento protético e oclusão, e os ganhos funcionais e estéticos obtidos.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo constitui em um relato de caso clínico baseado em evidências obtidas a partir da literatura científica atual, incluindo artigos e revisões sobre reabilitação estética e funcional de dentes anteriores com coroas cerâmicas retirados das bases de dados do Google Acadêmico. A proposta terapêutica seguiu protocolos consolidados, respeitando princípios biológicos e periodontais, buscando corrigir a relação oclusal, garantindo segurança e previsibilidade dos resultados.

### 2.1 PLANEJAMENTO E DIAGNÓSTICO

O planejamento clínico envolveu a realização de moldagens diagnósticas pela técnica da simples impressão, em ambos os arcos, utilizando alginato, material hidrocoloide irreversível, que possibilitou a confecção de modelos de estudo em gesso. A avaliação estética e funcional foi realizada com auxílio de mock-up diagnóstico, confeccionado em silicone de adição leve e pesado, a partir do enceramento diagnóstico sobre os modelos de gesso.

**Figura 1 - Materiais utilizados para moldagem diagnóstica e planejamento: (A) alginato (Jeltrate® Plus, Dentsply Sirona); (B) silicone de adição (Express™ XT, 3M ESPE)**



Fonte: (A) Disponível em: <https://www.dentsplysirona.com/pt-br/descubra/descobrir-por-categoria/restauracao/jeltrate>. Acesso em: 29 set. 2025, às 15h59; (B) Disponível em: [https://www.3m.com.br/3M/pt\\_BR/p/c/odontologia-ortodontia/](https://www.3m.com.br/3M/pt_BR/p/c/odontologia-ortodontia/). Acesso em: 23 set. 2025, às 10h50.

## 2.2 PREPARO DENTÁRIO

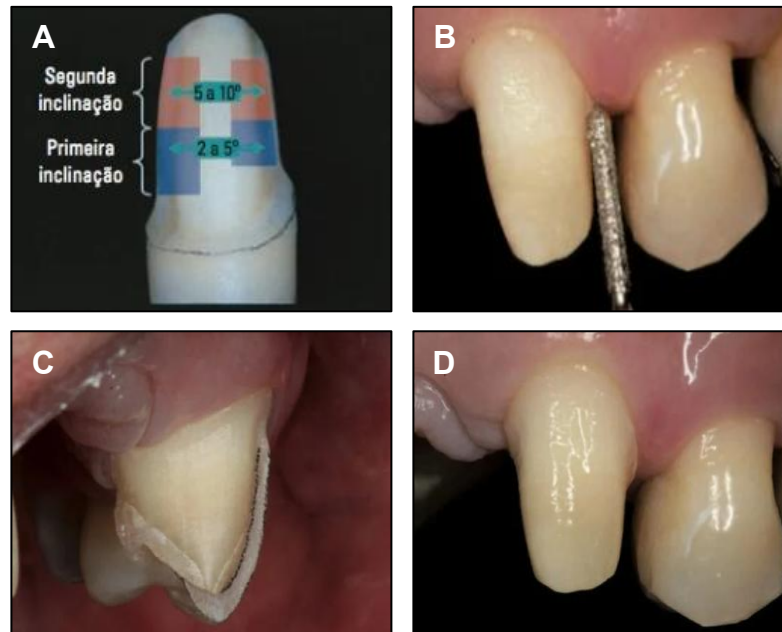
O preparo dentário foi realizado segundo a técnica da silhueta modificada, uma abordagem conservadora que promove desgaste seletivo e controlado da estrutura dental. Inicialmente, o preparo é executado em uma face do dente, prosseguindo-se para a face oposta, o que permite monitorar com precisão a quantidade de estrutura removida.

Foram respeitadas as etapas sequenciais do preparo, iniciando-se pela confecção dos sulcos de orientação, que serviram de guia para o desgaste controlado da estrutura dental. Em seguida, foram reproduzidas a primeira inclinação (de 2° a 5°), correspondente ao terço cervical, e a segunda inclinação (5° a 10°), referente ao terço médio e incisal, assegurando a manutenção do contorno anatômico natural. Posteriormente, foi realizada a demarcação da redução incisal, garantindo proporção no desgaste.

Para o desgaste, foram utilizadas pontas diamantadas apropriadas para o término empregado, destacando-se a 3216, cujo diâmetro aproximado de 1,2 mm serviu como referência para a espessura de desgaste nas faces livres e proximais. O acesso proximal inicial foi realizado com a ponta 3203, possibilitando a posterior inserção da 3216. Em seguida, procedeu-se ao preparo do cingulo, à união dos sulcos de orientação e à confecção da concavidade palatina feita com a ponta 3118, etapas essenciais para definir o formato anatômico e a retenção do preparo. Por fim, o acabamento final de todas as faces foi obtido com a ponta 3215F, assegurando superfície regular e término cervical bem definido.

O término cervical adotado foi o chanfrado subgingival, caracterizado por ser semicircular, favorecendo a estética da margem da futura coroa e garantindo melhor adaptação da cerâmica. Essa escolha também possibilita o desenvolvimento de um perfil de emergência mais natural e anatômico, respeitando o contorno gengival e promovendo uma transição suave entre o término do dente preparado e a restauração, além de garantir a manutenção do espaço biológico, promovendo melhores condições de higiene e evitando processos inflamatórios.

**Figura 2 – Referências do preparo dentário: (A) Angulações das inclinações realizadas em cada parede; (B) Posicionamento correto da ponta diamantada para o preparo subgengival; (C) Técnica da silhueta modificada evidenciando a metade de um dente preparado; (D) Vista de uma coroa preparada**

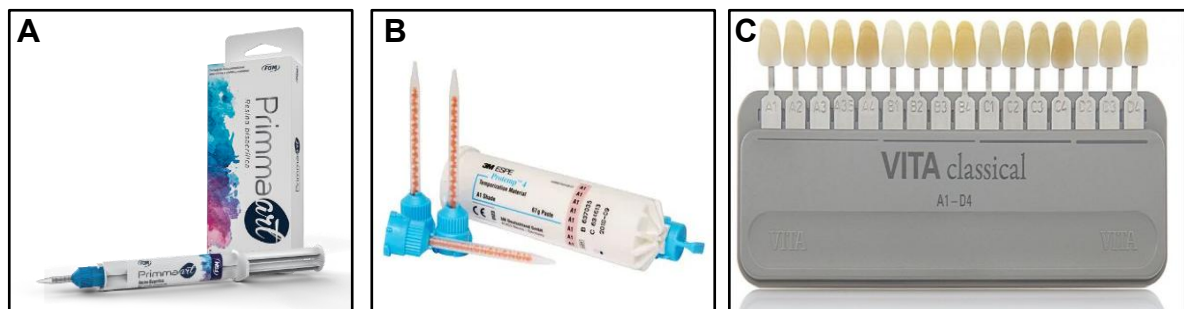


Fonte: PEGORARO et al., 2009, p. 93-96.

### 2.3 PROVISORIZAÇÃO

Para avaliação funcional e estética temporária, foram confeccionados provisórios imediatos em resina bisacrílica, utilizando guia obtido a partir do mock-up diagnóstico. Esta etapa permitiu verificar adaptação, forma e função antes da cimentação definitiva.

**Figura 3 – Materiais para confecção de provisórios imediatos: (A e B) resinas bisacrílicas (Primma Art®, FGM; Protemp®, 3M ESPE) e (C) escala de cores Vita**



Fonte: (A) Disponível em: <https://fgmdentalgroup.com/produtos-estetica/primmaart>. Acesso em: 29 set. 2025, às 16h44; (B) Disponível em: [https://www.3m.com.br/3M/pt\\_BR/p/c/odontologia-ortodontia/](https://www.3m.com.br/3M/pt_BR/p/c/odontologia-ortodontia/). Acesso em: 23 set. 2025, às 10h50; (C) Disponível em: <https://emporiodontal.com.br/escala-de-cores-classical-a1-d4-vita>. Acesso em: 23 set. 2025, às 10h21.

## 2.4 MOLDAGEM DEFINITIVA

A moldagem final do arco superior foi realizada com silicone de adição (VPS) pela técnica da dupla impressão, em 2 etapas, em que primeiramente utiliza-se silicone de consistência pesada para a moldagem inicial, seguido do alívio do molde, e aplicação de silicone leve/fluído, proporcionando alto nível de detalhamento. Previamente à moldagem, foi realizado o afastamento gengival pelo método mecânico/químico, utilizando fios retratores com o objetivo de expor o término cervical e controlar o fluido gengival. O primeiro fio, de espessura mais fina (nº 000), foi embebido em solução vasoconstritora e adstringente, promovendo afastamento vertical e hemostasia local. Em seguida, foi inserido um segundo fio, de maior calibre (nº 00) e sem impregnação na solução, para proporcionar afastamento horizontal e melhor acesso marginal. No momento da moldagem, o fio mais espesso foi removido, permitindo a penetração do material de moldagem no sulco gengival, garantindo reprodução fiel dos detalhes cervicais. O arco inferior (antagonista) foi moldado novamente com alginato, por ser um material de fácil manipulação indicado para essa finalidade.

**Figura 4 - Fio retrator para afastamento gengival #000 e #00 (ULTRAPAK®)**



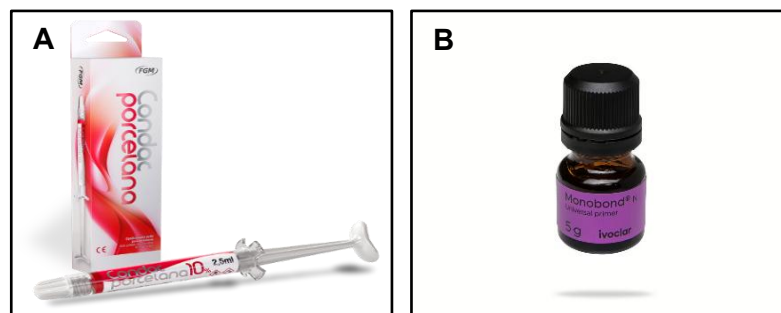
Fonte: Disponível em: <https://www.ultradent.com.br/products/categories/retraction/retraction-cord/ultrapak>. Acesso em 13 nov. 2025, às 18h29.

## 2.5 CONFECÇÃO E CIMENTAÇÃO DAS COROAS

As coroas definitivas foram confeccionadas em dissilicato de lítio, material cerâmico de alta estética e resistência. Antes da cimentação, as peças foram provadas com auxílio de cola escolar para aumentar a retenção no substrato dentário, permitindo avaliação da adaptação marginal, verificando pontos de contato interproximais, harmonia estética e função.

Em seguida, realizou-se o preparo da superfície interna das coroas que recebeu tratamento com ácido fluorídrico 10% por 20 segundos, seguido de lavagem abundante com água e secagem com jato de ar. Em seguida aplicou-se silano, friccionado sobre a superfície da coroa com o uso do microbrush, sendo mantido por 60 segundos na peça, permitindo a evaporação do solvente conforme protocolo do fabricante.

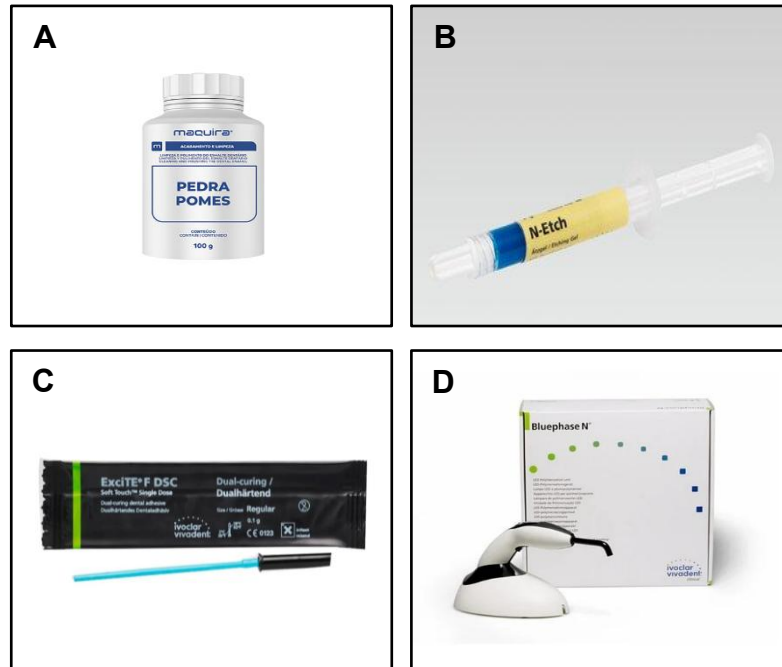
**Figura 5 – Materiais utilizados para preparo das peças: (A) ácido fluorídrico 10% (Condac Porcelana®, FGM) e (B) silano (Monobond®, Ivoclar Vivadent)**



Fonte: (A) Disponível em: <https://fgmdentalgroup.com/produtos-estetica/condac-porcelana>. Acesso em: 29 set. 2025, às 18h30; (B) Disponível em: [https://www.ivoclar.com/pt\\_br/products/cementation/monobond-n](https://www.ivoclar.com/pt_br/products/cementation/monobond-n). Acesso em: 29 ago. 2025, às 10h50.

O substrato dentário foi preparado devidamente, recebendo profilaxia com pedra-pomes e água, seguida de lavagem com água e secagem com jato de ar, garantindo limpeza da superfície dentária e remoção de biofilme. Para o condicionamento, aplicou-se ácido fosfórico 37% por 15 segundos em dentina e 30 segundos em esmalte, seguido também de lavagem e secagem cuidadosa com jato de ar. Foi realizada em sequência a hibridização com sistema adesivo, removendo os excessos criteriosamente com o auxílio de microbrush, antes da evaporação do solvente com jato de ar. Considerando a espessura da coroa (> 1 mm), cada face do dente foi fotopolimerizada por 20 segundos para garantir a completa ativação do adesivo.

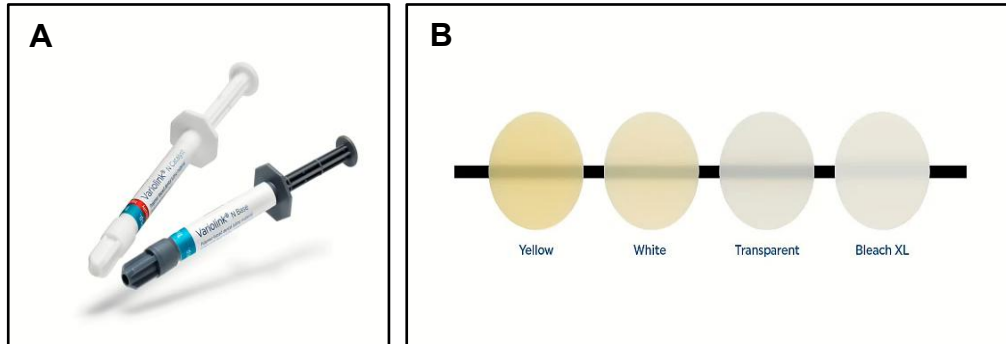
**Figura 6 – Materiais utilizados para preparo do substrato dentário:  
 (A) pedra pomes (Maquira); (B) ácido fosfórico 37% (N-Etch,  
 Ivoclar Vivadent); (C) adesivo (ExcITE® F DSC, Ivoclar Vivadent);  
 (D) fotopolimerizador (Bluephase N®, Ivoclar Vivadent)**



Fonte: (A) Disponível em: <https://maquira.com.br/produto/pedra-pomes>. Acesso em: 23 set. 2025, às 10h30; (B) Disponível em: [https://www.ivoclar.com/en\\_eme/products/adhesives/n-etch](https://www.ivoclar.com/en_eme/products/adhesives/n-etch). Acesso em: 29 ago. 2025, às 10h54; (C) Disponível em: <https://www.dentalshop.com.br/adesivo-excite-f-dsc>. Acesso em: 29 ago. 2025, às 11h07; (D) Disponível em: <https://www.dentalstores.in/product/ivoclar-bluephase-n-100-240v>. Acesso em: 29 ago. 2025, às 10h58.

A cimentação foi realizada com cimento resinoso dual versátil (pasta base + catalisadora, proporção 1:1), manipulado de acordo com as instruções do fabricante. O cimento foi inserido no interior de cada coroa e, em seguida, iniciou-se a sequência de posicionamento. Inicialmente, as duas coroas respectivas aos incisivos centrais superiores foram posicionadas, e antes de fotopolimerização, as duas coroas respectivas aos incisivos laterais superiores foram colocadas em posição para estabelecer corretamente sua relação com os dentes adjacentes. Os excessos de cimento foram removidos com fio dental e sonda exploradora, considerando que o cimento já iniciou sua polimerização.

**Figura 7 – Materiais utilizados para cimentação e opções de cores disponíveis: (A) pasta catalisadora do cimento resinoso dual (Variolink® N Catalyst, Ivoclar Vivadent) e pasta base do cimento resinoso dual (Variolink® N Base, Ivoclar Vivadent); (B) escala de cores correspondente**



Fonte: (A) Disponível em: [https://www.ivoclar.com/pt\\_br/products/cementation/variolink-n](https://www.ivoclar.com/pt_br/products/cementation/variolink-n). Acesso em: 29 set. 2025, às 20h30; (B) Disponível em: [https://www.ivoclar.com/pt\\_br/products/cementation/variolink-n](https://www.ivoclar.com/pt_br/products/cementation/variolink-n). Acesso em: 29 ago. 2025, às 10h48.

Em seguida cada uma das 5 faces do dente foi fotopolimerizada por 20 segundos. Após a cimentação e fotopolimerização de todas as coroas, os excessos remanescentes foram cuidadosamente removidos com bisturi lâmina 12, utilizando fio dental como auxílio para manter o contorno anatômico adequado da restauração em relação ao dente.

Por fim, realizou-se lavagem abundante garantindo a remoção de resíduos e a adaptação final da restauração.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS DA PRÓTESE FIXA

A prótese fixa é um recurso clínico fundamental na reabilitação oral, permitindo restaurar função mastigatória, fonética e estética de maneira previsível. Seu sucesso depende de um planejamento cuidadoso, que envolve avaliação clínica, radiográfica e laboratorial, além da consideração de fatores biomecânicos e biológicos. O preparo dentário deve respeitar a integridade pulpar e periodontal, enquanto a seleção adequada de materiais e técnicas de moldagem influencia diretamente a adaptação marginal e a longevidade das restaurações. A literatura enfatiza que o conhecimento dos fundamentos da prótese fixa é indispensável para a prática clínica segura e eficaz (Pegoraro, 2014).

#### 3.2 PLANEJAMENTO ESTÉTICO E FUNCIONAL

O planejamento do tratamento protético vai além da simples confecção de coroas e pontes, ele deve integrar aspectos funcionais, estéticos e biológicos. O diagnóstico detalhado, incluindo análise da oclusão, relações intermaxilares e posicionamento dentário, é essencial para evitar complicações futuras. Estudos destacam que a interação entre planejamento ortodôntico e prótese fixa permite correções dentárias prévias, garantindo resultados mais previsíveis e harmônicos (Proffit et al., 2021). Dessa forma, a integração interdisciplinar entre ortodontia e prótese fixa é considerada um fator crítico para o sucesso clínico.

#### 3.3 O PAPEL DO MOCK-UP NO PLANEJAMENTO CLÍNICO

O mock-up tem se mostrado uma ferramenta eficaz no planejamento protético, especialmente em tratamentos estéticos. Ele possibilita ao profissional e ao paciente visualizar, de forma tridimensional, os resultados esperados antes da execução definitiva. Além disso, o mock-up contribui para a previsibilidade do tratamento, permitindo ajustes de forma rápida e minimamente invasiva, e aprimorando a comunicação entre paciente e equipe clínica. A técnica é recomendada para avaliação de proporções dentárias, linhas de sorriso e simetria facial, consolidando-se como etapa importante do planejamento clínico (Farias-Neto et al., 2015).

### 3.4 REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM FACETAS CERÂMICAS E MATERIAIS RESTAURADORES

As facetas cerâmicas e outros materiais indiretos constituem recursos essenciais para a reabilitação estética, permitindo a preservação da estrutura dentária e oferecendo resultados duradouros. O desenvolvimento de cerâmicas reforçadas, como o dissilicato de lítio, aliado a cimentos resinosos adesivos, melhora a resistência e adaptação das restaurações. A literatura evidencia que essas técnicas proporcionam alta satisfação estética e funcional, sendo indicadas especialmente em casos de desgaste dentário, alterações de cor ou desarmonia do sorriso (Soares et al., 2012).

### 3.5 REABILITAÇÃO PROTÉTICA E PROVISÓRIOS

Os provisórios desempenham papel fundamental na reabilitação protética, permitindo avaliar função, estética e adaptação antes da confecção definitiva das próteses. Eles servem como ferramenta de teste da oclusão, forma e contorno dentário, e auxiliam na proteção dos dentes preparados e tecidos periodontais. A literatura destaca que provisórios bem planejados podem reduzir intercorrências clínicas, aumentando a previsibilidade e o sucesso da prótese fixa (Pegoraro, 2014; Farias-Neto et al., 2015).

### 3.6 MUDANÇA DE OCLUSÃO E COMPENSAÇÃO DENTÁRIA

A modificação da oclusão é frequentemente necessária em pacientes que recebem prótese fixa, especialmente quando há discrepâncias dentárias ou alterações esqueléticas. A compensação dentária permite ajustar a posição dentária individual, redistribuir forças mastigatórias e melhorar a estética do sorriso. Estudos indicam que, quando associada a planejamento ortodôntico prévio, a mudança de oclusão aumenta a longevidade da prótese, previne desgastes e possibilita resultados funcionais mais estáveis (Proffit, 2021; Pegoraro, 2014).

### 3.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE PREVISIBILIDADE E SUCESSO CLÍNICO

O sucesso da prótese fixa não depende apenas da técnica de confecção, mas também do planejamento interdisciplinar, da escolha de materiais adequados e da participação ativa do paciente no processo decisório. Estudos apontam que a combinação de diagnóstico preciso, planejamento estético com mock-up e seleção criteriosa de materiais aumenta a previsibilidade dos resultados e minimiza complicações clínicas,

reforçando a necessidade de abordagem individualizada em cada caso (Pegoraro, 2014; Farias-Neto et al., 2015).

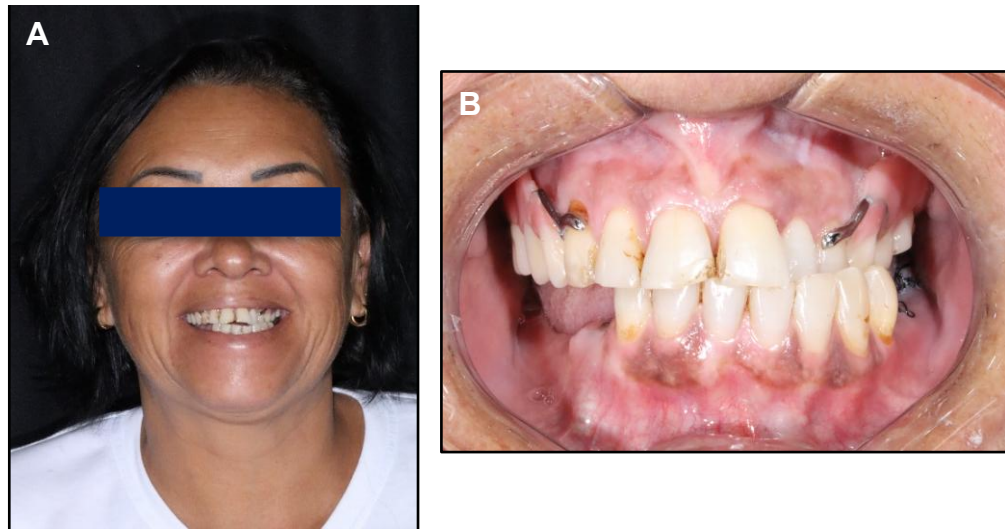
#### 4 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 50 anos, apresentou-se para tratamento relatando insatisfação com a estética do sorriso, associada a sensação de mordida desalinhada. O exame clínico inicial revelou má oclusão de Classe III esquelética compensada unilateralmente, associada a mordida cruzada anterior do lado esquerdo (Figura 8). Na avaliação inicial, foi realizada radiografia panorâmica para análise da condição dentária da paciente (Figura 10), na qual se observou a presença de tratamento endodôntico prévio no elemento 13, bem como restaurações em todos os elementos dentários. Clinicamente, também foram identificadas alterações de cor em alguns dentes e a presença de recessão gengival no dente 13, evidenciando envolvimento do periodonto de suporte nessa região.

Antes do planejamento reabilitador, a paciente fazia uso de uma prótese parcial removível convencional associada a grampos metálicos que substituía dentes posteriores ausentes no arco superior e inferior bilateralmente. Posteriormente, foram planejados e instalados implantes dentários nessas regiões posteriores, sendo então confeccionada a prótese parcial removível (PPR) provisória flexível, com a finalidade de manter função mastigatória e permitir adaptação muscular à nova oclusão antes da reabilitação protética anterior definitiva.

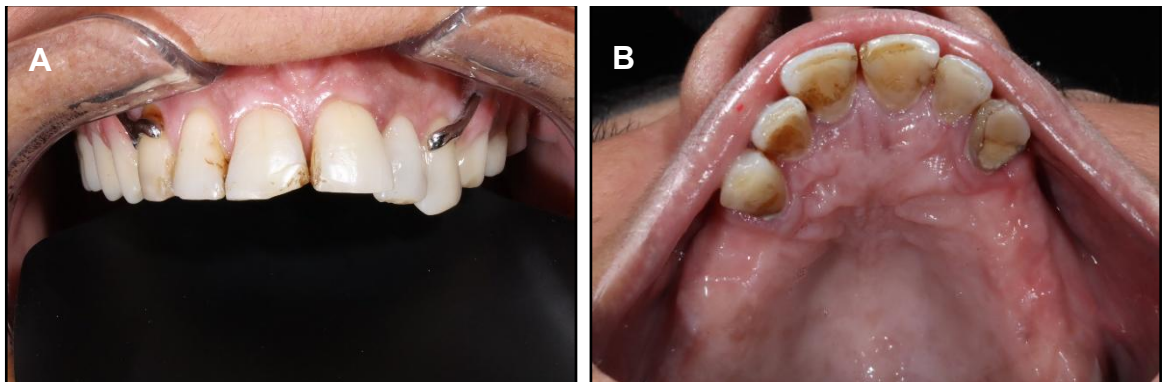
Considerando a idade da paciente e a escolha por não realizar a cirurgia ortognática, optou-se por uma abordagem reabilitadora protética compensatória. O planejamento incluiu a confecção de coroas unitárias de canino a canino superior (13 ao 23), visando corrigir a mordida cruzada anterior e restabelecer a estética do sorriso, apoiando-se na análise da configuração do arco superior, que evidenciou a posição dos dentes (Figura 9).

**Figura 8 – Condição inicial da paciente em oclusão: (A) vista frontal extraoral; (B) vista frontal intraoral**



Fonte: Equipe da pós-graduação de prótese parcial fixa.

**Figura 9 – Condição inicial do arco superior: (A) vista frontal; (B) vista oclusal**



Fonte: Equipe da pós-graduação de prótese parcial fixa.

**Figura 10 - Radiografia panorâmica pré – tratamento**



Fonte: Acervo radiográfico do sistema de prontuários eletrônicos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

#### 4.1 CONFECÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PROVISÓRIOS

Os provisórios foram confeccionados em resina bisacrílica cor A2, utilizando como guia o mock-up diagnóstico, previamente planejado. Durante essa etapa, buscou-se corrigir a mordida cruzada anterior e estabelecer a relação topo a topo entre os dentes anteriores, permitindo que a paciente experimentasse a nova configuração funcional e estética da arcada. A avaliação foi feita em dois momentos distintos, de modo que fosse verificada a adaptação dos provisórios, em relação a forma dos dentes e a estética do sorriso, realizando os devidos ajustes detalhados da oclusão e do contorno das peças (Figuras 11 e 12). Pequenos desgastes seletivos foram realizados nos dentes inferiores anteriores, para possibilitar o correto assentamento dos provisórios e das futuras coroas.

**Figura 11 – Provisórios em resina bisacrílica confeccionados na etapa inicial de avaliação: (A) vista frontal extraoral; (B) vista frontal intraoral**



Fonte: Equipe da pós-graduação de prótese parcial fixa.

**Figura 12 - Provisórios em resina bisacrílica confeccionados na etapa final de avaliação**



Fonte: Equipe da pós-graduação de prótese parcial fixa.

## 4.2 CIMENTAÇÃO E ASPECTOS PROTÉTICOS DAS COROAS DEFINITIVAS

As coroas definitivas foram confeccionadas em dissilicato de lítio, com espessura maior que 1 mm e a seleção da cor foi realizada de acordo com a escala Vita, sendo selecionada a cor C1, assegurando integração estética com os dentes adjacentes, e preservação da harmonia do sorriso. A tonalidade do cimento resinoso versátil da marca comercial Variolink® N (Ivoclar Vivadent) utilizado para a cimentação, foi transparente para a pasta catalisadora e White A1 para a base, escolhida para garantir adequada estética e compatibilidade cromática com as coroas definitivas.

As peças foram instaladas e cimentadas individualmente seguindo o protocolo clínico previamente estabelecido, permitindo seu correto assentamento e alinhamento em suas devidas posições. Durante o procedimento, foram realizados ajustes para adaptação das margens, contatos proximais e oclusão, garantindo conforto e estabilidade. Foram avaliados aspectos como forma, cor e integração das coroas com os dentes adjacentes, promovendo um resultado estético e funcional satisfatório para a paciente.

## 4.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Após a cimentação das coroas definitivas verificou-se melhora da qualidade funcional da oclusão, com contatos estáveis, considerando-se como parâmetros clínicos a presença de contatos simultâneos e equilibrados em máxima intercuspidação habitual, a ausência de contatos prematuros e interferências oclusais, o estabelecimento de uma relação topo a topo anterior estável compatível com a Classe III esquelética da paciente, a adequada distribuição das forças mastigatórias entre os dentes reabilitados de canino a canino e a prótese parcial removível flexível provisória, a manutenção da desocclusão posterior durante os movimentos excursivos sem sobrecarga dos dentes anteriores, o conforto funcional relatado pela paciente durante mastigação e fala, a ausência de dor muscular, sensibilidade dentária, mobilidade ou sinais clínicos de sobrecarga, bem como a estabilidade dos tecidos periodontais de suporte.

A correção da mordida cruzada anterior unilateral, permitiu estabelecer uma relação topo a topo equilibrada, contribuindo para a melhor distribuição das forças mastigatórias, proporcionando maior conforto a paciente.

Decorridos dois meses da instalação das coroas unitárias, com finalidade de monitoramento funcional, foi realizada uma radiografia panorâmica de controle (Figura 13), a qual demonstrou boa adaptação marginal e a estabilidade do periodonto de sustentação. A imagem confirmou a manutenção do selamento cervical, e a adequada relação das coroas com os tecidos de suporte, indicando evolução clínica favorável do tratamento reabilitador.

**Figura 13 - Radiografia panorâmica após 2 meses da instalação das coroas**



Fonte: Acervo radiográfico do sistema de prontuários eletrônicos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

#### 4.4 SATISFAÇÃO DA PACIENTE

De imediato a paciente relatou significativa melhora estética do sorriso, com satisfação em relação à forma, cor e alinhamento das coroas. Destacou conforto mastigatório e adaptação à nova oclusão, reforçando a efetividade da abordagem protética compensatória como alternativa ao tratamento cirúrgico ortognático ou ortodôntico. Após o período de cicatrização, decorridos 3 meses, clinicamente, observou-se adequada adaptação das coroas em relação aos tecidos gengivais, contribuindo para um resultado natural e harmonioso, que atendeu as expectativas da paciente e o os objetivos clínicos (Figura 14).

**Figura 14 – Resultado das coroas definitivas após cicatrização gengival**



Fonte: Equipe da pós-graduação de prótese parcial fixa.

## 5 DISCUSSÃO

A abordagem reabilitadora adotada neste caso clínico demonstra a aplicabilidade prática dos conceitos discutidos na revisão de literatura, reforçando a importância da reabilitação protética como alternativa viável em situações em que o tratamento ortodôntico ou cirúrgico é contraindicado ou recusado pelo paciente.

A má-oclusão de Classe III esquelética compensada unilateralmente apresentada pela paciente, observada no diagnóstico inicial, representa um desafio clínico significativo, devido à presença de compensações dentárias e discrepâncias esqueléticas que limitam a movimentação ortodôntica. Estudos demonstram que pacientes com má oclusão de Classe III apresentam alterações dentofaciais e desgaste dentário que comprometem a função mastigatória e a estética do sorriso (Proffit et al., 2021; Pegoraro, 2014).

A utilização de coroas unitárias anteriores de canino até canino superior foi escolhida para atender às necessidades do caso, e permitiu restabelecer a relação topo a topo e corrigir a mordida cruzada anterior, alinhando-se aos achados da literatura sobre previsibilidade de resultados em reabilitação estética e funcional. Além disso, o planejamento prévio com mock-up e provisórios de resina bisacrílica é relatado como estratégia eficaz para testar função e estética antes da execução definitiva das coroas possibilitando ajustes da oclusão e do contorno dentário antes da cimentação definitiva, prevenindo intercorrências clínicas e assegurando a satisfação da paciente (Farias-Neto et al., 2015; Soares et al., 2012).

O emprego de cerâmica vítrea à base de dissilicato de lítio foi escolhido de acordo com a região clínica, os objetivos estéticos e as propriedades favoráveis do material. A durabilidade das coroas cerâmicas depende do correto assentamento, da seleção adequada do cimento resinoso e da manutenção periódica. Pequenos desgastes seletivos e ajustes nos contatos oclusais permitiram o seu correto assentamento, minimizando complicações (Soares et al., 2012).

Adicionalmente, ao se considerar a conduta de reabilitar exclusivamente o lado não compensado em oposição à reabilitação de toda a região anterior superior, a literatura aponta vantagens e desvantagens inerentes a cada abordagem, pois a reabilitação restrita pode representar uma intervenção menos extensa, com preservação de maior quantidade de estrutura dentária remanescente e menor morbidade clínica, além de possibilitar adaptação funcional conservadora em

pacientes com padrões esqueléticos desfavoráveis, enquanto reabilitações mais abrangentes tendem a favorecer uma distribuição mais homogênea das forças oclusais e maior previsibilidade funcional, fatores essenciais para o sucesso a longo prazo de restaurações protéticas fixas e removíveis dada a influência da oclusão na estabilidade funcional e durabilidade das reabilitações dentárias (Aldowish et al., 2024).

Referente às alterações oclusais após reabilitações, a pesquisa evidencia que modificações na relação oclusal podem ocorrer ao longo do tempo em função de adaptação do sistema estomatognático e fatores biomecânicos, reforçando a importância de ajustes oclusais criteriosos e monitoramento clínico contínuo após a entrega das próteses definitivas para minimizar variações funcionais indesejadas ou potenciais recidivas na posição oclusal (Bhowmick et al., 2019).

Estudos que analisam mudanças nos contatos oclusais em próteses também demonstram que alterações nos padrões de contato podem ser observadas nos primeiros meses após a colocação de elementos protéticos, evidenciando a dinâmica da adaptação oclusal em diferentes modalidades reabilitadoras, o que reforça a necessidade de acompanhamento longitudinal para manutenção da estabilidade oclusal e longevidade das reabilitações (Assoratgoon et al., 2025).

Além disso, revisões sobre ajuste oclusal em próteses ressaltam que a determinação adequada do esquema oclusal e o equilíbrio dos contatos são determinantes para minimizar sobrecargas funcionais indesejadas e prevenir desgaste excessivo ou falhas biomecânicas, contextualizando as limitações do tratamento reabilitador compensatório, especialmente em pacientes com discrepâncias esqueléticas nas quais abordagens ortodônticas ou ortopédicas são inviáveis (Souza et al., 2022).

A avaliação pós-tratamento evidenciou melhora na distribuição das forças mastigatórias, alinhando-se com os objetivos da reabilitação funcional descritos na literatura. A análise radiográfica realizada dois meses após a instalação das coroas unitárias demonstrou adequada adaptação marginal, estabilidade do periodonto de sustentação e ausência de alterações patológicas nos tecidos periapicais e de suporte. Já na avaliação clínica de controle, realizada três meses após o término da reabilitação, observou-se manutenção do padrão oclusal estabelecido, ausência de sinais de inflamação gengival ou agravamento da recessão local, além da preservação

dos tecidos periodontais adjacentes. Além disso, a alta satisfação relatada pela paciente confirma o sucesso clínico, funcional e psicológico da conduta adotada.

Dessa forma, este caso reforça que a reabilitação protética, quando bem planejada e executada com base em evidências científicas, pode oferecer alternativas seguras e eficazes em situações clínicas complexas, sobretudo em pacientes que optam por não se submeter a abordagens cirúrgicas mais invasivas. A estabilidade dos resultados observada tanto na avaliação radiográfica quanto clínica, associada à preservação dos tecidos de suporte, demonstra que a abordagem reabilitadora compensatória foi capaz de promover não apenas ganhos estéticos e funcionais, mas também manutenção da saúde periodontal e conforto da paciente, contribuindo para a longevidade do tratamento.

## 6 CONCLUSÃO

O presente relato de caso evidencia que a reabilitação protética com coroas unitárias em pacientes com Classe III esquelética e mordida cruzada anterior unilateral pode proporcionar resultados estéticos e funcionais satisfatórios, mesmo na ausência de intervenção cirúrgica. O planejamento prévio com mock-up e provisórios mostrou-se fundamental para orientar a confecção das coroas, garantindo adaptação individualizada e previsibilidade estética.

A escolha da cerâmica vítrea à base de dissilicato de lítio foi adequada à região anterior, combinando propriedades físicas favoráveis e resultado estético consistente. Além disso, a abordagem compensatória adotada permitiu a correção da mordida cruzada anterior, manutenção da estabilidade oclusal e satisfação da paciente, demonstrando que estratégias protéticas podem ser alternativas viáveis quando tratamentos cirúrgicos ou ortodônticos extensos não são indicados.

Por fim, embora os resultados sejam promissores, o acompanhamento de longo prazo e estudos comparativos são necessários para avaliar a durabilidade das coroas e a manutenção da função e estética em pacientes com padrões esqueléticos semelhantes.

## REFERÊNCIAS

**3M.** Odontologia/Ortodontia. Disponível em: [https://www.3m.com.br/3M/pt\\_BR/p/c/odontologia-ortodontia/](https://www.3m.com.br/3M/pt_BR/p/c/odontologia-ortodontia/). Acesso em: 23 set. 2025, às 10h50.

ALDOWISH, Amirah F et al. “Occlusion and Its Role in the Long-Term Success of Dental Restorations: A Literature Review.” *Cureus* vol. 16,11 e73195. 7 nov. 2024.

ASSORATGOON, Itt et al. Occlusal Contact Changes in Implant-Supported Fixed Prosthesis: A Systematic Review. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 52, n. 11, p. 2185-2194, 2025.

BHOWMICK, Siddhartha et al. Occlusal rehabilitation: A review. *Saudi J. Oral. Dent. Res*, v. 4, p. 510-517, 2019.

BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira. Má oclusão Classe III de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 14, n. 1, p. 132-142, 2009. DOI: 10.1590/S1415-54192009000100013.

DE SOUZA, Luiza Santos; SHINKAI, Rosemary Sadami Arai. Ajuste oclusal em prótese dentária: uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 6, p. e13011628792-e13011628792, 2022.

**DENTALSHOP.** Adesivo Excite F. Disponível em: <https://www.dentalshop.com.br/adesivo-excite-f-dsc>. Acesso em: 29 ago. 2025, às 11h07.

**DENTALSTORES.** Ivoclar Bluephase N 100–240V. Disponível em: <https://www.dentalstores.in/product/ivoclar-bluephase-n-100-240v>. Acesso em: 29 ago. 2025, às 10h58.

**DENTSPLY SIRONA.** Jeltrate Plus. Disponível em: <https://www.dentsplysirona.com/pt-br/descubra/descobrir-por-categoria/restauracao/jeltrate>. Acesso em: 29 set. 2025, às 15h59.

**EMPÓRIO DENTAL.** Escala de cores Clássicas A1–D4 Vita. Disponível em: <https://emporiodental.com.br/escala-de-cores-classical-a1-d4-vita>. Acesso em: [coloque a data do acesso].

FARIAS-NETO, Arcelino et al. O emprego do mock-up na Odontologia: trabalhando com previsibilidade. **Full dent sci**, v. 6, n. 22, p. 256-60, 2015.

FARIAS-NETO, Arcelino et al. Tooth preparation for ceramic veneers: when less is more. **International Journal of Esthetic Dentistry**, v. 14, n. 2, 2019.

**FGM**. Condac Porcelana. Disponível em: <https://fgmdentalgroup.com/produtos-estetica/condac-porcelana>. Acesso em: 29 set. 2025, às 18h30.

**FGM**. Primma Art. Disponível em: <https://fgmdentalgroup.com/produtos-estetica/primmaart>. Acesso em: 29 set. 2025, às 16h44.

**IVOCLAR**. Monobond N. Disponível em: [https://www.ivoclar.com/pt\\_br/products/cementation/monobond-n](https://www.ivoclar.com/pt_br/products/cementation/monobond-n). Acesso em: 29 ago. 2025, às 10h50.

**IVOCLAR**. N-Etch. Disponível em: [https://www.ivoclar.com/en\\_eme/products/adhesives/n-etch](https://www.ivoclar.com/en_eme/products/adhesives/n-etch). Acesso em: 29 ago. 2025, às 10h54.

**IVOCLAR**. Variolink N. Disponível em: [https://www.ivoclar.com/pt\\_br/products/cementation/variolink-n](https://www.ivoclar.com/pt_br/products/cementation/variolink-n). Acesso em: 29 set. 2025, às 20h30.

**IVOCLAR**. Variolink N. Disponível em: [https://www.ivoclar.com/pt\\_br/products/cementation/variolink-n](https://www.ivoclar.com/pt_br/products/cementation/variolink-n). Acesso em: 29 ago. 2025, às 10h48.

**MAQUIRA**. Pedra-pomes. Disponível em: <https://maquira.com.br/produto/pedra-pomes>. Acesso em: 23 set. 2025, às 10h30.

PEGORARO, Luiz F. **Fundamentos de prótese fixa**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. E-book. p.55. ISBN 9788536702469. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536702469/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

PEGORARO, Luiz F.; VALLE, Accácio L.; ARAÚJO, Carlos R P.; et al. **Prótese fixa: bases para o planejamento em reabilitação oral**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009. E-book. p.93, 94, 95, 96 ISBN 9788536701820. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536701820/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

PROFFIT, William R.; et al. **Ortodontia Contemporânea**. 6. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021. E-book. ISBN 9788595158313. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595158313/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

ROSENSTIEL, S. F.; LAND, M. F.; FUJIMOTO, J. **Contemporary fixed prosthodontics**. 5. ed. St. Louis: Elsevier, 2016. p. 355; 439.

SHILLINGBURG, H. T. et al. **Fundamentals of fixed prosthodontics**. 4. ed. Chicago: Quintessence, 2012. p. 259; 279; 295.

SOARES, Paulo Vinicius et al. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 21, n. 58, 2012.

**ULTRADENT**. Ultrapar Retraction Cord. Disponível em: <https://www.ultradent.com.br/products/categories/retraction/retraction-cord/ultrapak>. Acesso em: 13 nov. 2025, às 18h29.