



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Araçatuba

FACULDADE DE ODONTOLOGIA - DISCIPLINA DE DENTISTICA.

NICOLE ANDRADE GUINOSI

**Otimização de restaurações diretas anteriores através
da estratificação da resina composta.**

Araçatuba-SP

2016



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Araçatuba

FACULDADE DE ODONTOLOGIA - DISCIPLINA DE DENTISTICA.

NICOLE ANDRADE GUINOSI

**Otimização de restaurações diretas anteriores através
da estratificação da resina composta.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de
Odontologia de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho” –
UNESP, como parte dos
requisitos para a obtenção do
título de Bacharel em
Odontologia.

Orientador: Prof. Ass. Dr.
Ricardo Coelho Okida

Araçatuba-SP

2016

Aos meus pais Reinaldo Guinossi Filho e Suzete Fernanda de Andrade Guinossi, por sempre estarem ao meu lado, me incentivando em minhas escolhas e me passando valores inenarráveis que levarei ao longo da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, que com esforço me deram a oportunidade de cursar uma universidade de excelência.

Aos meus irmãos, Reinaldo Guinossi Neto e Thiago Andrade Guinossi, que sempre me inspiraram em minhas escolhas.

Ao Gabriel Oliveira Maranha, meu grande parceiro durante a faculdade, que sempre me apoiou me incentivou ao longo dos anos.

A minha amiga Luciana Solera Sales, que desde o primeiro dia de aula acompanha o meu crescimento pessoal, e da qual guardarei boas recordações da graduação.

Ao Murilo Pelissari de Oliveira e Marília Brito, que compartilham comigo a preparação e apresentação do trabalho de conclusão de curso.

A todos os colegas da turma 58, que cresceram como profissionais ao mesmo tempo em que eu, e que diretamente ou indiretamente me fizeram aprender conviver com a diferença e a individualidade de cada um.

Ao Professor Ricardo Coelho Okida, por acreditar em minha capacidade e aceitar meu convite em ser meu orientador no trabalho de conclusão de curso. Por ser responsável em minha formação acadêmica, e pelas inúmeras vezes que partilhou comigo e com meus colegas suas experiências clínicas e pessoais, acrescentando muito em nosso crescimento pessoal.

Muito Obrigada a todos.

“É mais fácil obter o que se deseja com um sorriso do que
à ponta da espada”

William Shakespeare

GUINOSSI, A.N. **Otimização de restaurações diretas anteriores através da estratificação da resina composta.** 2016. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

RESUMO

A busca pela perfeição imposta pelas grandes mídias faz com que a procura pela estética pessoal esteja em ascensão na atualidade. Nesse contexto o sorriso tem um valor extraordinário na sociedade, sendo ele um importante meio de comunicação e aceitação do indivíduo. Com isso, altos padrões de perfeição são cobrados dos cirurgiões dentistas que necessitam ter conhecimentos para realização de uma estética aceitável. A necessidade da correta seleção de cor é fundamental na odontologia restauradora para um bom resultado final, assim como o conhecimento de que nossos dentes são formados por três camadas: IN; OUT; MID. Um dente hígido é sempre a primeira opção antes de qualquer material odontológico restaurador, no entanto, quando necessárias alterações e correções patológicas as resinas compostas podem oferecer ao dente sua perfeita restauração, lhes devolvendo suas características e beleza natural. Considerando esses fatos, essa revisão de literatura tem como objetivo trazer informações de grande importância para a aplicação teórica e clínica dos profissionais.

Palavras - chave: Resina Composta. Adesividade. Estratificação.

GUINOSSI, A.N. Optimization previous direct restorations through the layering of composite resin. 2016. 28.f. Work Completion of course (Bachelor) - College of Dentistry, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

ABSTRACT

The search for perfection imposed by major media makes the search for personal aesthetic is on the rise today. In this context, the smile has an extraordinary value in society, it is an important means of communication and acceptance of the individual. With that high standards of perfection are charged to dentists, they need to have knowledge to perform an acceptable aesthetic. The need of the correct color selection is crucial in restorative dentistry for a good result, as well as the knowledge that our teeth are formed of three layers: IN; OUT; MID. A healthy tooth is always the first option before any restorative dental material, however when necessary changes and corrections pathological, resin composite can offer a perfect tooth restoration, returning them to their characteristics and natural beauty. Considering these facts, this literature review aims to bring information of great importance to the theoretical application and clinical professionals.

Keywords: Composite. Adhesiveness. Stratification.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Escala Vita é a mais utilizada da seleção de cores em odontologia.....	12
Figura 2- Guia de silicona confeccionado previamente ajuda na orientação do profissional.....	21
Figura 3 - Sequencia de estratificação em resina composta. Em A uma camada delgada de resina com características translúcidas representando o esmalte. Em B e C uma camada mais espessa de resina com características de opacidade, representando então a dentina.....	22
Figura 4 - Sequencia de estratificação em resina composta. Em A, a representação anatômica dos mamelões. Em B e em C dando forma e contorno final a estratificação com resinas de características mais opacas.....	23

LISTA DE ABREVIATURA

IN = interna

OUT = externa

MID = intermediaria

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3. PROPOSTA E OBJETIVO	20
4. SEQUENCIA LABORATORIAL	21
5. DISCUSSÃO.....	24
6. CONCLUSÃO.....	25
REFERENCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO.

A estética hoje em dia é introduzida na sociedade de maneira ativa, fazendo com que o individuo busque se enquadrar aos padrões estéticos impostos pelas grandes mídias. Sendo assim, o sorriso belo, branco e alinhado está altamente na moda e é fator de grande procura nos consultórios odontológicos. Em vista disso, é de grande valia que os clínicos estejam preparados para essa grande demanda estética, oferecendo excelentes resultados a seus pacientes cada vez mais exigentes.

Alguns fatores para o sucesso de uma restauração estética serão citados, e de inicio podemos mencionar a cor, que quando não bem escolhido é fator responsável por muitas falhas na obtenção de um trabalho de excelência.

Para se observar a cor precisamos de três elementos: luz como um estímulo físico; os olhos como receptores e a percepção como um fator individual. Um dos fatores mais confiáveis na seleção de cor ainda é a opinião de um observador experiente, é por isso que muitos profissionais em odontologia consideram a seleção de cor uma arte. Porém a chave para o sucesso é o conhecimento o tempo e o treinamento.¹

Muitas pesquisas foram feitas para se obter a classificação perfeita de cores, mais em 1915, Albert Henry Munsell propôs um novo sistema e dividiu a cor em três aspectos principais: Matiz, croma e Valor. Matiz é o grau de compatibilidade das três cores primárias, ou seja, o nome propriamente dito, como o amarelo, vermelho ou azul. Croma corresponde ao grau de saturação ou intensidade de uma cor, como azul claro e azul escuro. Valor é o grau de brilho, quanto mais perto do branco, mais valor tem, e quanto mais perto do preto menor é o valor². Essa classificação tem sido a mais aceita e útil para o entendimento de cores em odontologia.

Quando se estuda cuidadosamente os dentes naturais, o profissional está ciente de que a composição de cores é determinada por outros fatores além da cor, croma, e valor. Considerando apenas estes parâmetros significa ignorar o óbvio que para uma harmonia estética é necessário a seguinte tríade: forma, textura e cor. Assim, para determinar a cor em odontologia requer a consideração de todos os fatores que combinam para criar dentes de acordo com uma imagem tridimensional³

Em vista disso, muitos sistemas de escalas de cores dentais têm sido desenvolvidos usando quatro ou cinco cores básicas, porém a escala de cor mais comumente utilizada em odontologia é a escala Vita (Figura 1). A disposição de cores foi determinada após o estudo da cor natural dos dentes, e agrupado em quatro categorias de acordo com a incidência (matiz): A (o mais comum é o laranja-avermelhado), B (amarelo-alaranjado) C(marrom-acinzentado) D(marrom menos frequente). Cada matiz tem subdivisão com a própria saturação (croma), no grupo A, a cor A1 é uma expressão delicada da tonalidade, enquanto a A4 é a cor mais forte do grupo. Ao separarmos as cores 888 menos saturadas, A1, B1, C1, D1 as diferenças mal podem ser percebidas; entretanto, quando compararmos as cores mais saturadas A4 ,B4, C4, D4 é fácil observar a diferença no cromatismo. Lembrando que a cor (matiz) mais incidente é a correspondente a tonalidade A da escala de cor Vita, correspondendo provavelmente 90% a 95% dos casos. ¹

Figura 1: Escala Vita é a mais utilizada na seleção de cores em odontologia.



Outro fator para o êxito de uma restauração está o conhecimento sobre as camadas formadoras do elemento dental. Sendo elas a camada interna (IN); camada externa (OUT); e a camada intermediária (MID).

Ao falarmos de camada OUT, estamos nos referindo ao esmalte dentário, ele é composto principalmente por cristais de hidroxiapatita e em menos porcentagem por matéria orgânica e água. A estrutura cristalina dos prismas de esmalte permite a formação de uma estrutura translúcida na qual a luz passa com pouca restrição. A

composição do esmalte o torna um complexo único de reflexão, transmissão e absorção de luz. O esmalte atua como um sistema avançado de fibras óticas; isso o ajuda a transmitir luz para a dentina, qual é responsável pela dispersão da luz, gerando consequentemente uma complexibilidade de efeitos luminosos.⁴

Como citamos anteriormente, para fins de estratificação, MID faz parte das camadas que compõe o elemento dental, a ela nos referimos como a camada intermediária, podendo dizer que é a camada existente depois do corpo da dentina e antes da camada final do esmalte.

Por sua vez, a camada IN é conhecida como dentina, o tecido mais abundante do dente, fornecendo resistência e elasticidade para a estrutura dental. Tem características física e óptica muito diferentemente do esmalte. Em condições normais há dois tipos de dentina, a primária e a secundária. A primeira desenvolve na sua formação, já a segunda, inicia sua formação a partir de pequenos traumas e contato de um dente com seu oposto, contendo diferenças ópticas entre os dois tipos de dentina.⁵

Os dentes são peças fundamentais para nós seres humanos, e possui importância fundamental na função mastigatória, fonação entre outros, sendo assim, também apresentam fenômenos fisiológicos e patológicos, e devem ser conhecidos pelo Cirurgião dentista.

Como já citada, a camada OUT formada pela dentina apresenta alterações fisiológicas durante o seu envelhecimento. Ocorre um discreto aumento do componente laranja-avermelhado em decorrência de dois fenômenos que ocorrem na dentina. Primeiro a dentina torna-se mais espessa com a diminuição da polpa dentária pelo fato da deposição continua da dentina secundária ao longo da vida. Segundo, a hidratação do dente e a adição de pigmentos na composição da dentina afeta a cromacidade. A dentina perde a opacidade com o tempo, com isso, a dentina jovem branca e opaca se modifica com o decorrer do tempo para uma dentina significativamente mais escura e translúcida.⁵

A camada IN, também sofre alterações com o envelhecimento, essa camada diminui em espessura com o passar do tempo tornando-se mais lisa e transparente como resultado do desgaste fisiológico e por isso a cor da dentina fica mais visível.⁵

Além dos fatores já mencionados anteriormente, para um belo sorriso não é necessários apenas belos dentes, mais sim, a harmonia facial como um todo, sendo a face o ponto base do equilíbrio estético, existe então a necessidade de integrar o planejamento clínico odontológico em harmonização com a face.

Ao observar a face, olhamos primeiramente seu contorno, sendo o campo de visão deslocado de imediato para dois pontos predominantes, primeiramente o sorriso, e depois os olhos, podendo então ser reproduzida sobre um “T”, sendo a linha horizontal a linha interpupilar e a linha vertical a linha mediana.⁶

Assim, dentro de uma análise estética facial, o profissional deve-se atentar os seguintes fatos:

1. Forma da face: Há diferentes tipos de face que podem ser classificadas como quadrada, ovóide e triangular. Alguns autores referem uma relação entre a forma dos dentes anteriores e a forma da face^{7,8}
2. Linha média da face: Alterações da linha mediana representa um desequilíbrio das estruturas da face, e isso pode prejudicar no equilíbrio das estruturas faciais, diminuindo a estética facial.^{9,7}
3. Linha interpupilar: É uma linha horizontal traçada sobre o centro das pupilas dos olhos e deve ser paralela à linha intercomissural e ao plano incisal e linha gengival. Quando a discrepância é leve, não há prejuízos relevantes, mais quando é severa, esta ocasiona um grande prejuízo estético.^{9,7}
4. Linha intercomissural: Linha horizontal entre comissuras, que quando em sorriso deve ser paralela à linha interpupilar e plano incisal. O plano incisal deve acompanhar o contorno do lábio inferior. Uma ausência de curvatura revela um aspecto quadrangular ao sorriso, e uma curvatura invertida confere um aspecto de sorriso invertido.⁹
5. Tipo de sorriso: Há vários tipos de sorriso- alto médio ou baixo.

Essa classificação indica a quantidade de exposição dos dentes anteriores durante o sorriso. No sorriso alto, os dentes anteriores são totalmente expostos e parte da área gengival também. No sorriso médio pode ser visível a totalidade do dente ou apenas 75% da sua coroa clínica. Já em um sorriso baixo apenas é visível 75% ou menos da coroa clínica do dente anterior.⁹⁻¹¹

6. Tipo de lábio: Os lábios podem ser classificados do ponto de vista vertical como grossos médios ou finos. E no sentido horizontal, como largos, médios ou estrito ^{7,12}
7. Relação do incisivo central superior com o lábio inferior: Se analisa na parte estética funcional, onde se pede para o paciente este pronuncia as letras “f” e “v”. Nesta circunstância os incisivos superiores tocam ligeiramente na região seco-molhada do lábio superior. ^{7,12}

2. REVISÃO DE LITERATURA.

A cerâmica ainda é a preferência dos clínicos, devido algumas de suas vantagens, porém o surgimento dos compósitos restauradores diretos capazes de conferir mais fidelidade e naturalidade ao dente e também o fenômeno de adesividade, promove grande procura no mercado odontológico, isso ocasionou conforme os anos decorridos, o aprimoramento das tecnologias em odontologia crescesse. Com isso podemos citar marcos importantes na história da odontologia restauradora.¹³

Michael Buonocore, em 1955, desenvolveu o condicionamento ácido do esmalte dentário, com a utilização, na época, de ácido ortofosfórico a 85%, permitindo a união mais duradoura da resina acrílica aos tecidos duros, o que ocasionou a partir do uso de micro-retenções mecânicas em estruturas dentais preparadas com tratamento ácido o Marco da Odontologia Adesiva que conhecemos até hoje.¹⁴

Ralph Lee Bowen, em 1962, conseguiu unir a baixa alteração da resina epóxica com sua união ao metacrilato de glicidila, permitindo uma rápida polimerização, criando uma resina híbrida, proveniente do éster do Bisfenol A, originando o monômero conhecido como BIS-GMA (Bisfenol dicetona do éter do glicidil dimetacrilato) que propiciava uma menor contração de polimerização, menor contração térmica e menor quantidade de bolhas em relação às resinas acrílicas.¹⁴

Atualmente, a variação no tamanho das partículas inorgânicas trouxe modificações em muitas propriedades físicas das resinas compostas, principalmente pelo aperfeiçoamento dos agentes de ligação (silanos) entre a matriz resinosa proveniente de Bowen e a carga disponível. Poderíamos classificar os compósitos atuais, diante do tamanho das partículas inorgânicas em: resinas compostas macroparticuladas; micropartículas; híbridas; microhíbridas, nanoparticuladas.

Quando nos referimos ao tamanho das partículas inorgânicas, estamos nos referindo a sua capacidade de polimento e consequentemente ao resultado de sua estética, assim como também seu local adequado de aplicação, ou seja, quanto

menor for o tamanho da partícula, maior sua capacidade de polimento e melhor será sua estética. Por outro lado, quanto maior o tamanho dessa partícula, menor sua capacidade de polimento, sendo considerada menos indicada para fins estéticos.¹⁴

->Resina macroparticuladas: São conhecidas também como resinas tradicionais ou convencionais, apresentam o grupo de resina com maior tamanho médio de carga, variando de 8 a 15 micrometros, em razão disso, são resinas de difícil polimento. Também podemos citar que clinicamente há perda de brilho superficial e aumento na susceptibilidade ao manchamento, devido a sua facilidade de reter pigmento.¹⁵

->Resina hibrida. ou micro hibrida: As resinas híbridas possuem tamanho médio de partículas de 0,04 a 5 micrometros, e as micro híbridas possuem tamanho médio de partículas 0,04 a 0,7 micrometros . Essas resinas são compostas por uma mistura entre resina microparticulada com macroparticulada, conferindo propriedades de ambas. Podemos dizer então, que o que diferem as híbridas das micro híbridas são que a primeira citada possui em sua mistura uma maior quantidade de partículas menores que as microhíbridas. Pode ser indicada em dentes anteriores e posteriores, pois sua composição confere a esse grupo de resina alta resistência, baixa contração de polimerização, fácil acabamento, desgaste relativamente baixo e rugosidade superficial semelhante às resinas microparticuladas.¹⁶⁻¹⁸

->Nanohíbridas e nanoparticuladas: As resinas nanohíbridas possuem tamanho médio de partículas de menos de cem nanômetros até partículas maiores de 0,7 µm; e, finalmente, resinas nanoparticuladas que contêm 100% de nanopartículas todas abaixo de 100 nm, geralmente entre 20 a 75 nm. Esse grupo de resina surgiu no mercado odontológico devido à necessidade do profissional em ter uma resina universal que tenha utilização tanto em dentes posteriores, quanto em dentes anteriores, referindo-se aspecto de resistência mecânica conciliada com a vantagem do alto polimento¹⁹⁻²⁰.

Se tratando de métodos estéticos restauradores, e desgaste mínimo da estrutura dentária as resinas compostas são extremamente eficazes atendendo as necessidades clínicas, diferentemente de outros métodos, elas se unem diretamente

com a estrutura dental e quando bem utilizadas de acordo com suas cores e luz, permitem a estratificação natural dos dentes, obtendo um excelente resultado clínico.

A utilização de material restaurador direto evoluiu e ganhou maturidade, hoje pela aplicação do "conceito de estratificação natural", que faz uso de apenas itens básicos: massas, dentina e esmalte, podem perfeitamente imitar a estrutura do dente natural, e são indicados para diversos tipos de pacientes, como altamente adequado para pacientes jovens e pós-ortodônticos onde a conservação do tecido é uma obrigação e, em geral, para todos os pacientes com dentições saudáveis.¹³

Reproduzir restaurações anteriores esteticamente agradáveis exige que os clínicos combinem habilidades artísticas com conhecimentos fundamentais de morfologia dos dentes, juntamente com a seleção e utilização de resina composta adequada²¹.

A resina composta considerada ideal deveria ser resistente à fratura e rachaduras e também com alta durabilidade e polimento favorável para que a restauração finalizada tivesse a lisura e qualidade refletora do esmalte.⁹, infelizmente não há no mercado uma só resina que confere todos esses atributos para reproduzir o dente natural e conferir as características ideais, então é imprescindível que utilizemos tipos diferentes de resina para tal reprodução do “esmalte artificial” e para a “dentina artificial”.²³⁻²⁵

As resinas híbridas, além de serem mais resistentes às tensões mecânicas e ao desgaste, são menos translúcidas, impedindo que o fundo escuro da boca, seja percebido através da restauração, com isso, na estratificação ela é indicada para a reconstrução da superfície palatina e área correspondente à dentina. Por outro lado, as resinas microparticuladas possibilitam maior translucidez na camada superficial da restauração, permitindo também uma superfície mais lisa e polida que se mantém por mais tempo, tendo a indicação para a reprodução do esmalte vestibular e proximal.²³⁻²⁸

Atualmente, os materiais disponíveis no mercado possuem variadas propriedades físicas e ópticas, como vários matizes, croma, graus de transparências, opalescência

e fluorescência, e quando combinadas acabam possibilitando ao clínico executar restaurações altamente policromáticas.²⁴

3. PROPOSTA E OBJETIVO MONOGRAFIA.

Um fator de muita influência na atualidade e no comportamento das pessoas é a incessante busca pela estética, dentro deste contexto, é natural que o cirurgião dentista esteja preparado para atender aos anseios estéticos da população contemporânea, cada vez mais exigente.

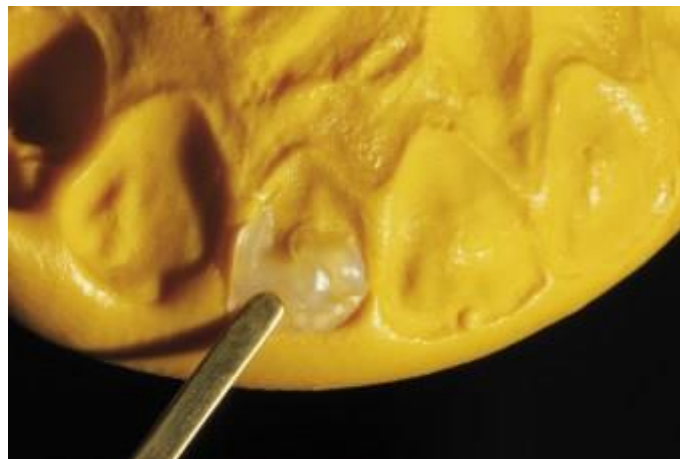
Com isso, essa revisão de literatura tem por objetivo ajudar profissionais na escolha da cor e demais fatores que contribuem para um trabalho estético final de excelência.

4. SEQUENCIA LABORATORIAL.

Conceitos anteriormente discutidos referentes à seleção de cores e a correta seleção das resinas compostas, somado com os aspectos para a reprodução da anatomia do dente anterior serão ilustrados através de uma sequencia laboratorial de estratificação de um dente inteiramente confeccionado de resina composta.

Guias de silicone confeccionadas previamente pode ser uma boa opção para facilitar o restabelecimento do esmalte apresentando algumas vantagens para o cirurgião, como orientar na correta espessura do incremento de resina composta, além de oferecer uma maior facilidade para dimensões mais harmônicas do dente a ser realizado.

Figura 2: Guia de silicone confeccionado previamente, ajuda na orientação do profissional. ²⁹



Para a reprodução do esmalte dentário com o objetivo de aproximar das características naturais dos tecidos dentários, deve-se inserir um incremento delgado de resina com características de translucidez. ³⁰ (Figura 1-A)

Dando sequencia na estratificação, para a reprodução da dentina, a resina de escolha deve apresentar características de opacidade (Figura 1-B; 1-C).

Nos dentes naturais, há uma redução progressiva do croma da região cervical para a incisal, que devem ser reproduzidas também durante o procedimento estético a fim de se alcançar o aspecto harmonioso conferindo à estratificação.³⁰ (Figura 1-C)

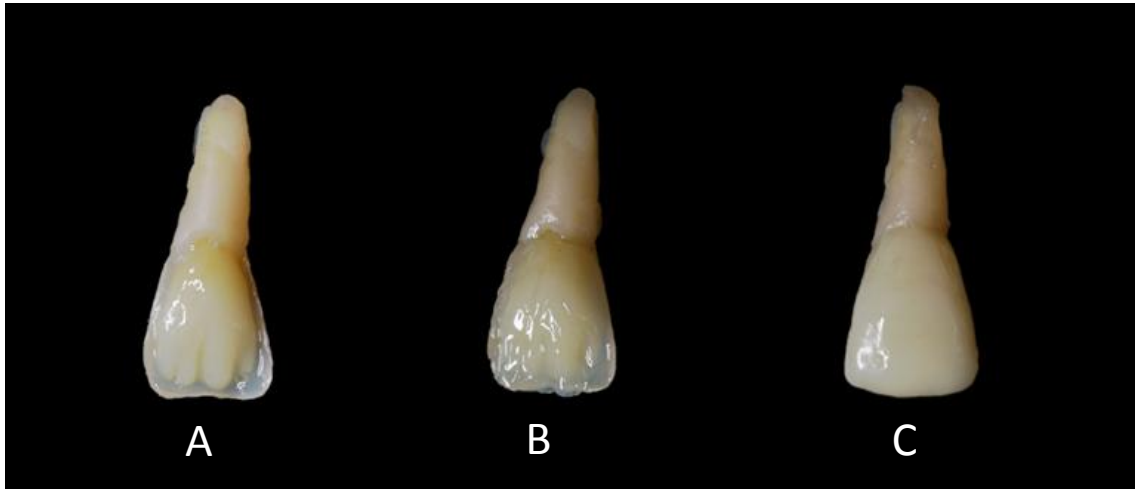
Figura 3: Sequencia de estratificação em resina composta. Em A uma camada delgada de resina com características translúcidas representando o esmalte. Em B e C uma camada mais espessa de resina com características de opacidade, representando então a dentina.



Outra característica importante para a estratificação é representar as características anatômicas dentárias dos mamelões levando a naturalidade do trabalho artístico do profissional. (Figura 2-A)

Na porção do esmalte vestibular, e com o objetivo de devolver naturalidade, a resina composta selecionada deve ser inserida em um único incremento, visando minimizar a ocorrência de linhas de união na face vestibular da restauração (Figura 2-B; 2-C)

Figura 4: Sequencia de estratificação em resina composta. Em A, representação anatômica dos mamelões. Em B e em C dando forma e contorno final a estratificação com resinas de características mais opacas.



O acabamento e o polimento são indispensáveis para o resultado satisfatório, para tal podem ser utilizadas instrumentais como discos de lixa abrasivos, pontas de borracha, disco de feltro associado à pasta pastas de polimento dentre outros, de acordo com a preferência do clínico.³⁰

5. DISCUSSÃO.

Os objetivos de restaurações tradicionais não mudaram ao longo do tempo, porém foram modificados de acordo com as exigências estéticas de um número cada vez maior de pacientes.

Depois de apresentar todos os pontos isoladamente que são relevantes para o sucesso das restaurações estéticas, devemos discutir os fatores de forma conjunta, pois é assim que se dá o êxito final do trabalho do profissional.

A camada IN, é o grande segredo para obter uma restauração perfeita, pois deve ter a opacidade na medida correta e é altamente fluorescente ocorrendo uma alteração gradual do croma do terço cervical para o incisal ⁵. Já a camada OUT é uma estrutura translúcida, e dependendo de sua espessura, permite a passagem parcial da luz ⁴, sendo assim, a combinação entre o esmalte e a dentina torna o dente um objeto que interage com a luz, permitindo a passagem da luz pelo esmalte translúcido, sendo bloqueada pela opacidade da dentina.

O conceito de estratificação permitiu que o objetivo de naturalidade fosse alcançado uma vez que fora previsíveis conhecimentos sobre o tecido natural e propriedades ópticas em contemporâneos sistemas de compósitos. Este avanço pode ser considerado como um marco na dentística. ¹³

Os dentes naturais são policromáticos, enquanto que as resinas compostas são monocromáticas, sendo muito difícil obter excelência estética com uma única cor de resina composta. Para a obtenção de melhor selamento marginal, melhor função e excelência em estética, geralmente recomenda-se o emprego de dois ou mais tipos de resinas compostas em uma mesma restauração. ²⁶

Variações múltiplas de croma e matiz conferem ao dente o policromatismo, notadamente perceptível nas transições entre o terço cervical, médio e incisal. Em geral, o matiz é o mesmo nos três terços. O croma é que geralmente varia, conferindo o policromatismo ²³.

7. CONCLUSÃO.

O cirurgião dentista que trabalha tentando elevar a estética a seus pacientes é bastante procurado nos dias de hoje com a crescente busca pela perfeição, muitas vezes essa busca vem de uma insatisfação pessoal que as levam querer melhorar aquilo que as incomoda. O profissional deve se atentar que a imagem pessoal de seus pacientes muitas vezes não significa apenas beleza, mas também uma identidade, reconhecimento e bem estar.

O profissional deve estar em incessante busca para atender os anseios de seus pacientes, buscando sempre aprimorar seus conhecimentos consultando novas informações na literatura e no mercado odontológico, para que assim, seja somado com sua experiência clínica resultando na satisfação dos pacientes.

Em vista disso, a estratificação é um assunto que deve ser conhecido a fundo pelos profissionais que já estão ou que farão parte do mercado de trabalho, pois quando há conhecimento juntamente com sua correta aplicação, garantirá o sucesso não só do resultado final, mas consequentemente o sucesso do cirurgião dentista no mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS.

1. MANAUTA, J. et al. Cor. In: MANAUTA, J. e SALAT, A. **Layers Camadas: Atlas sobre a estratificação da resina composta**. Quintessence Editora Ltda, 2013. p. 25-78.
2. MUNSELL,A,H. **A color notation**, ed2. Baltimore: Munell Color, 1961;15-20
3. VANINI, L.; MANGANI, M . F. **Determination and communication of color using the five color dimensions of teeth**.
4. MANAUTA, J.; SALAT, A .Out. In: MANAUTA, J.; SALAT, A. **Layers Camadas: Atlas sobre a estratificação da resina composta**. Quintessence Editora Ltda, 2013. p. 145-182.
5. MANAUTA, J. et al .In In: MANAUTA, J.; SALAT, A. **Layers Camadas: Atlas sobre a estratificação da resina composta**. Quintessence Editora Ltda, 2013. p. 79-144.
6. CARILHO,P.V.E; PAULA, A. reabilitações estéticas complexas baseadas na proporção aurea. **Rev. Port. Estom, Med Dent. Ciru Maxi**. Vol. 48, n.1, p45-46 2007.
7. CONCEIÇÃO, N. E. et al. Análise estética in: **Restaurações estéticas - compósitos, cerâmicas e implantes**. São Paulo: Artmed Editora, 2005: 33-57.
8. DIETSCHI,D. . **Free-Hand composite resin restorations: a key to anterior aesthetics**. The International Aesthetic. Chronicle, 1995; 7: 15-25.
9. MARQUES, S. et al. Harmonia entre o sorriso e a face in: **Estética com resinas compostas em dentes anteriores - percepção, arte e naturalidade**. São Paulo: Editora Santos, 2005: 15-23.
10. MONDELLI, J. Princípios Aplicáveis aos Tratamentos Restauradores Estéticos in: **Estética e Cosmética em clínica integrada restauradora**. São Paulo: Editora Santos, 2005: 17-80.
11. TERRY, A, D. **Direct composite resin restoration of adolescent class IV tooth fracture: a case report**. **Practical Periodontics & Aesthetic Denistry**, 2000; 12: 23-29
12. TERRY,D.A. **Restoring the incisal edge**. **NYSDJ**, 2005; 30-35.

13. D. DIETSHI Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the 'natural layering concept' **British Dental Journal**; vol. 204, n.4, p.181-185 Fev.2008.
14. BISPO, L.B. Resina composta nanoparticulada, **Rev Dentí on line**, ano 9, número 19, 2010.SSN 1518-4889
15. MELO JÚNIOR. et al. selecionando corretamente as resinas compostas. **INT J DENT RECIFE**.10(2):91-96, ABR./JUL.2011
16. CHAIN MC, BARATIERI LN. Restaurações estéticas com resina composta em dentes posteriores. São Paulo: **Artes Médicas**, 1998
17. CASTRO SL, et al. Resinas compostas: Evolução e estágio atual. **Rev. ABO Nac.** 10(4): p. 213-218, 2002.
18. CHRISTENSEN GJ. Sorting out the confusing array of resin-based composites in dentistry. **J Am Dent Assoc**; 130: p.275-277, 1999
19. FERRZ da SILVA J.M, et al. Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. **Rev. Odont.** 16(32): p. 98-104, 2008.
20. BECKER A.B, et al. Influência dos agentes clareadores na microdureza da resina composta nanoparticulada. **RGO** 2009; 57(1) : p.27-31.
21. GOUVÊA CVD, et al. Estudo do efeito da termociclagem na resistência a fratura de uma resina composta nanoparticulada e duas resinas compostas microhíbridas. **Odontologia Clin-Cientif**; 7(4) p.321-324, 2008.
22. MARIO F. ROMERO, DDS direct anteriors – Community Tooth Morphology, our primary goal. May 2016. Disponível em <http://www.styleitaliano.org/tooth-morphology-our-primary-goal> Acesso: 25 de jul.2016.
23. FAHL, N. Predictable aesthetic reconstruction of fracture anterior teeth with composite resins: a case report. **Pract Periodont Aesthet Dent** 8(1) p.17-31. 1995
24. LOUREIRO NETO, C. A Estética do Sorriso – **Arte e ciência** Ed. Santos; 1º Capítulo, p.1-12
25. TERRY, D. Direct reconstruction of maxillary anterior dentition with composite resin: A case report. **Pract Periodont Aesthet Dent**; 11(3): p.361-367, 2009.
26. BARATIERI, LN. Odontologia Restauradora. Fundamentos e Possibilidades. Quintessence. editora, 1ª edição 2001.

27. TERRY, D; et al. Anatomical form defines color: function, form and aesthetics **Pract Periodont Aesthet Dent**; 14(1). p.59-67, 2002
28. FAHL, N. The direct / indirect composite resin veneers: a case report. **Pract Periodont Aesthet Dent** 8(7) p.627-638, 1996
29. SANTOS.G.O; BAHIANSE P.G; CALDAS P.I. Recontorno estético anterior com o uso de resinas compostas. **por Dentalcremer** · abril 30, 2015.
disponível em: <<http://blog.dentalcremer.com.br/2015/04/30/recontorno-estetico-anterior-com-o-uso-de-resinas-compostas/>> acesso:23.ago.2016.
30. BARATIERI, L.N. ARAUJO, E. MONTEIRO S. JR. **Color in natura teeth and direct resin composite restorations:essential aspects.** Eur J Esthet Dent.;2(2): p.172-86, 2007
31. NAHSAN FPS et al, Seleção de cor e estratificação natural para reabilitação estética de dente anterior . **Rev. dental press estét**; 8(3): p.100-106, jul.-set. 2001.