

## Qual a importância do acabamento e polimento em restaurações diretas de resinas compostas nos dentes anteriores?

What is the importance of finishing and polishing in direct composite resin restorations in anterior teeth?

¿Cuál es la importancia del acabado y pulido en restauraciones directas de resina compuesta en dientes anteriores?

Recebido: 25/08/2022 | Revisado: 12/09/2022 | Aceitado: 17/09/2022 | Publicado: 23/09/2022

**Djalma Antonio de Lima Júnior**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8432-8059>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [djalma.odontologia@gmail.com](mailto:djalma.odontologia@gmail.com)

**Ronaldo Nogueira Filho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2169-733X>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [ronaldo.nf@discente.ufma.br](mailto:ronaldo.nf@discente.ufma.br)

**Marcela Regina Araujo de Jesus Batista**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8171-3111>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [marcela.raj@discente.ufma.br](mailto:marcela.raj@discente.ufma.br)

**Geyna Aguiar Soares do Couto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7105-803X>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [geyna.aguiar@discente.ufma.br](mailto:geyna.aguiar@discente.ufma.br)

**Darlon Martins Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9113-1206>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [darlon.martins@ufma.br](mailto:darlon.martins@ufma.br)

**Leily Macedo Firoozmand**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8634-188X>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [leily.firoozmand@ufma.br](mailto:leily.firoozmand@ufma.br)

### Resumo

A busca por procedimentos odontológicos estéticos tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Com a evolução das resinas compostas e técnicas restauradoras diretas, o fechamento de diastema pode ser executado, seguindo um protocolo clínico criterioso a fim de favorecer a estética e longevidade da restauração. O presente artigo apresenta a sequência clínica de fechamento de diastema realizado na Clínica da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Buscando ressaltar a importância de obedecer a princípios estéticos, funcionais da estrutura dental e dos tecidos periodontais, enfatizando a importância do acabamento e polimento no sucesso da mimetização das características dos dentes naturais. Foi possível concluir que com a escolha de materiais e técnicas restauradoras adequadas, aliado a um protocolo sistemático de acabamento e polimento da resina composta, é possível fornecer ao dente reabilitado características que o aproximam ao máximo de um dente natural, favorecendo a uma maior qualidade e longevidade do tratamento.

**Palavras-chave:** Diastema; Acabamento dentário; Polimento dentário; Resinas compostas.

### Abstract

The search for aesthetic dental procedures has increased considerably in recent years. With the evolution of resins and direct restorative techniques, diastema closure can be performed, following a clinical protocol conducive to esthetics and restoration composting. This article presents the clinical sequence of diastema closure performed at the Clinic of the Federal University of Maranhão (UFMA). Seeking to emphasize the importance of obeying aesthetic and functional principles of the dental structure and periodontal tissues, emphasizing the importance of finishing and polishing in the success of mimicking the characteristics of natural teeth. It was possible to conclude that with the choice of suitable restorative materials and techniques, combined with a systematic protocol for finishing and polishing the composite resin, it is possible to provide the rehabilitated tooth with characteristics that bring it as close as possible to a natural tooth, favoring a higher quality and treatment longevity.

**Keywords:** Diastema; Dental finishing; Dental polishing; Composite resins.

## Resumen

La búsqueda de procedimientos dentales estéticos ha aumentado considerablemente en los últimos años. Con la evolución de las resinas compuestas y las técnicas de restauración directa, se puede realizar el cierre de diastemas, siguiendo un cuidadoso protocolo clínico para favorecer la estética y longevidad de la restauración. Este artículo presenta la secuencia clínica del cierre de diastemas realizado en la Clínica de la Universidad Federal de Maranhão (UFMA). Buscando enfatizar la importancia de obedecer principios estéticos y funcionales de la estructura dentaria y tejidos periodontales, enfatizando la importancia del acabado y pulido en el éxito de mimetizar las características de los dientes naturales. Se pudo concluir que con la elección de materiales y técnicas restauradoras adecuadas, combinadas con un protocolo sistemático de acabado y pulido de la resina compuesta, es posible dotar al diente rehabilitado de características que lo acerquen lo más posible a un diente natural, favoreciendo una mayor calidad y longevidad del tratamiento.

**Palabras clave:** Diastema; Acabado dental; Pulido dental; Resinas compuestas.

## 1. Introdução

O restabelecimento da estética e harmonia do sorriso são fatores que levam os indivíduos a procurarem atendimentos odontológicos. As resinas compostas são materiais odontológicos capazes de reproduzir características estéticas semelhantes ao substrato dental, favorecendo a realização de procedimentos mais conservadores, por isto, esse material vem sendo amplamente usado pelos profissionais (Pereira, et al., 2020).

Para o correto uso das resinas compostas é necessário seguir um protocolo rígido e aplicação de uma técnica criteriosa, a fim de que possa ser alcançado resultados com propriedades físicas, químicas e mecânicas satisfatórias (Reis, et al., 2017; Mondelli, et al., 2018). Para isso, o profissional precisa lançar mão de manobras clínicas com o intuito obter características ópticas que os aproximam, o máximo possível, dos dentes naturais (Maenosono, et al., 2015; Paolone, et al., 2020; Muniz, et al., 2022).

A ausência de um adequado protocolo de acabamento e polimento, é capaz de proporcionar uma superfície áspera ou margens inadequadamente acabadas (Reis, et al., 2017). Favorecendo a instabilidade de cor, ausência de brilho, manchamento da restauração, acúmulo de biofilme dental, irritação do tecido periodontal, além da formação de tecido cariado (Berwanger, et al., 2016). Sendo assim, é imprescindível que o cirurgião-dentista siga um protocolo de acabamento e polimento apropriado, com técnicas e materiais adequados. Estes procedimentos favorecem a manutenção da saúde dos tecidos, além da integridade do procedimento restaurador a curto e longo prazo (Tessarini, et al., 2018).

Mesmo sabendo da influência da etapa de acabamento e polimento para o sucesso das restaurações de resinas compostas, muitas vezes esta fase é negligenciada pelos profissionais (Guerra, Venâncio & Augusto, 2017; Severo & Reis, 2022). É importante ressaltar que esta etapa é, também, muito importante para a mimetização das propriedades naturais dos dentes e manutenção da reprodução estética realizada durante o procedimento restaurador (Moura, Chagas & Mendonça, 2021).

A partir de um acabamento adequado é possível ajustar: forma dental e a adaptação marginal, além de uma apropriada oclusão ao paciente. Estes fatores favorecem em características de macro e microtextura (Santini, et al., 2019; Freitas, et al., 2021). Ao passo que, com o polimento é possível obter uma superfície dental homogênea, a partir da remoção de ranhuras; ademais, auxilia na obtenção do brilho mais reflexão da luz, proporcionando uma superfície semelhante ao do substrato dental (Mondelli, et al., 2018; Pirôpo, et al., 2021).

Desta forma, o presente artigo consiste em um relato de caso de clínico que objetiva descrever o fechamento de diastema de incisivos centrais anteriores, utilizando a técnica de restaurações diretas com resina composta, descrevendo o passo-a-passo da fase de acabamento e polimento. Este relato de caso clínico tem o intuito de auxiliar na obtenção de melhor resultado estético, funcional e longevidade do tratamento.

## 2. Metodologia

Por se tratar somente de um relato de caso clínico de caráter analítico descritivo (Pereira, et al., 2018), a paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sabendo que suas imagens seriam usadas para fins acadêmicos. Foram respeitados os princípios éticos para pesquisa científica em seres humanos, o presente artigo levou em consideração a declaração de Helsinque. O caso foi executado na clínica do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

## 3. Relato de Caso

### 3.1 Manobras para assegurar a previsibilidade dos resultados

Foi executado o seguinte protocolo clínico: realização da anamnese, do exame clínico, e registros fotográficos (Figura 1). As fotográficas foram realizadas com o objetivo de avaliar a forma do rosto, sorriso, contorno gengival, características macroscópicas dentais e suas inter-relações com os dentes vizinhos, analisando a harmonia entre as estruturas.

**Figura 1** – Fotos de diagnóstico: a) visão lateral esquerda; b) visão frontal; c) visão lateral direita; d) selamento labial; e) sorriso leve; f) sorriso forçado.

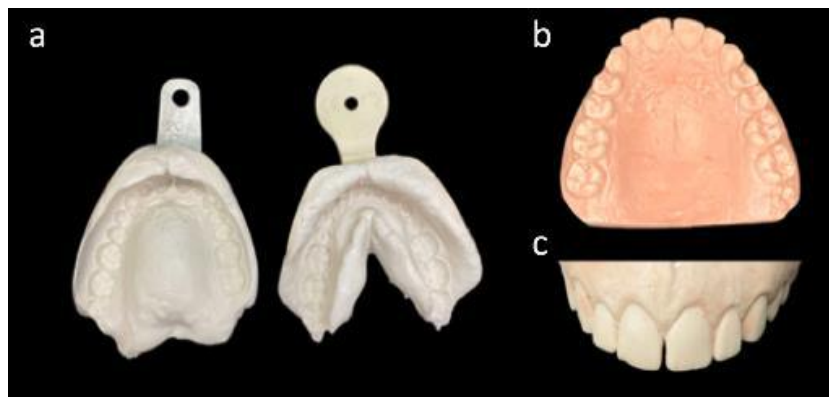


Fonte: Autores.

A Figura 1 representa as imagens iniciais da paciente antes da realização do procedimento restaurador para observarmos a harmonia do sorriso bem como o tipo e padrão facial, formato dos lábios e a forma natural dos dentes.

Realizou-se a moldagem da arcada superior e inferior com alginato (Hydrogum tipo I – Zhermack, Badia Polesine, Itália); e vazou com gesso especial tipo IV (FujiRock EP Golden Brown –GC, Tokyo, Japan), obtendo um modelo de gesso (Figura 2) para análise das características da paciente, encerrando e planejando o procedimento a ser realizado na fase restauradora.

**Figura 2** – a) Moldagem com alginato da arcada superior e inferior; b) modelo de gesso da arcada superior; c) visualização do diastema interincisivo superior.



Fonte: Autores.

Na Figura 2 observa-se o molde e o modelo de gesso das arcadas superior e inferior. O modelo de gesso é de grande importância para a realização do enceramento diagnóstico, bem como para a visualização dos contatos oclusais das arcadas superior e inferior.

Posteriormente, foi utilizado a luz led negra UV (Corion, São Paulo, Brasil) para verificar a fluorescência dentária dos dentes 11 e 21. Também foi executado a profilaxia da arcada dentária com pasta profilática (Cleanjoy – Voco, Alemanha) e escova de Robson (Color-brush, American Burrs, Palhoça, Santa Catarina) acoplada em baixa rotação (Figura 3).

**Figura 3** – a) Uso da luz led UV nos incisivos centrais superiores; b) profilaxia da arcada dentária.



Fonte: Autores.

A luz negra auxilia na averiguação da saúde dental, devido à diferença do índice de refração da luz no esmalte. Com isso, obteve-se um melhor panorama da integridade dos tecidos duros do dente, pois a luz possibilita a detecção de possíveis problemas de forma antecipada. Nesse caso, foi detectada uma restauração insatisfatória no elemento dental 21.

### 3.2 Protocolo clínico restaurador

#### 3.2.1 Ensaio restaurador e reparo da restauração deficiente

Realizou-se a prova da cor da resina composta (3M Z350 XT, Minnesota, Estados Unidos) colocando porções de resina composta sobre a estrutura dental e fotopolimerizando (Figura 4-a). Foi escolhida a cor A2B que apresentou maior mimetização com o dente. Em seguida, foi executado o ensaio restaurador direto com a resina composta selecionada (Figura 4-b), buscando verificar as características ópticas e estéticas do material escolhido.

Decorrido 1 semana, foi removida parte da restauração insatisfatória a fim de se realizar o reparo da restauração de resina, empregando-se uma ponta diamantada tronco-cônica arredondada no 3148 (KG Diamond Sorensen, Dinarmaca, Copenhage) (Figura 4-c).

**Figura 4** – a) Técnica da inserção de resina e polimerização sobre a estrutura dental; b) ensaio clínico restaurador direto; e após 1 semana c) remoção de parte da restauração insatisfatória para realização do reparo.



Fonte: Autores.

A seleção de cor é de suma importância, principalmente nos dentes anteriores, por se tratarem dos dentes mais visíveis da arcada. Essa etapa diminui a discrepância de cor entre os tecidos dentários e o material restaurador, proporcionando uma restauração mais harmoniosa com o remanescente dental.

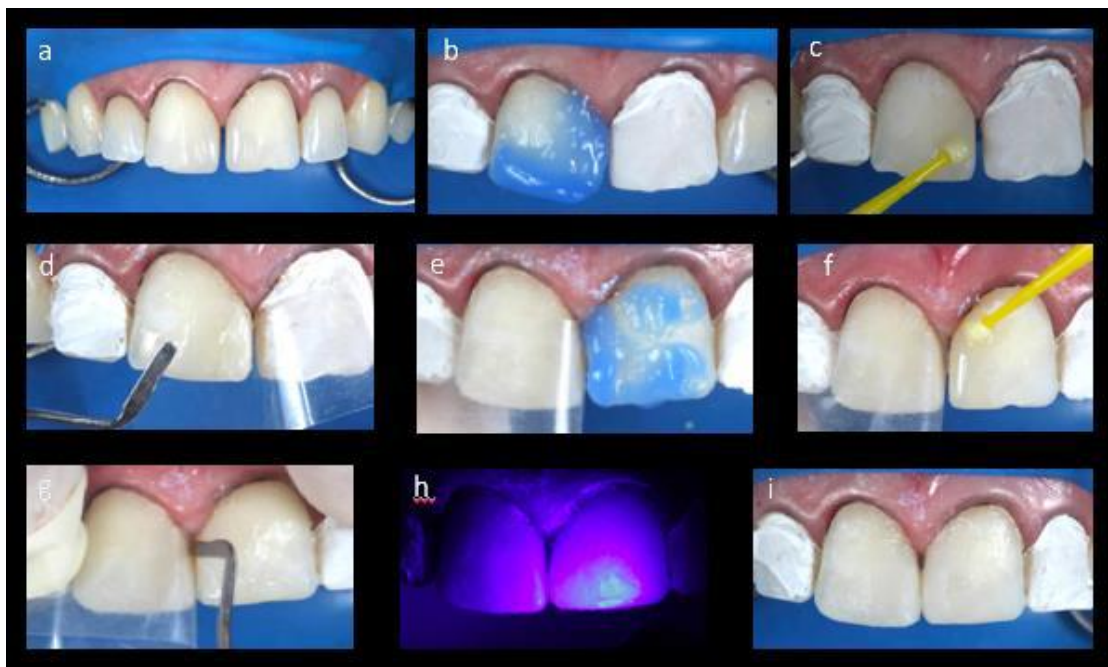
### 3.2.2 Procedimento restaurador direto

Foi realizado o isolamento absoluto modificado do campo operatório envolvendo do dente 14 ao 24. Para isto, foram utilizados os grampos 209 (Maquira, Maringá, Paraná) nos pre-molares, e o lençol de borracha (Nictone, Joinville, Santa Catarina) acoplado ao arco young adulto inox (Jon, Vila Esperança, São Paulo) (Figura 5-a).

O fio retrator gengival nº 0000 (Ultrapak – Ultradent, Indaiatuba, São Paulo) foi inserido com auxílio de uma espátula pequena de inserção (Fisher, Ultradent, Indaiatuba, São Paulo) nos dentes 11, 12, 21 e 22 (Figura 5-a). Uma fita teflon (Isotape - TDV, Pomerode, Santa Catarina) foi posicionada nos dentes contralaterais ao dente a ser restaurado, isolando o dente vizinho do dente restaurado (Figura 5-b). Iniciou-se os procedimentos restauradores pelo dente 11 seguido pelo dente 21. Para a aplicação da técnica restauradora foram realizados os seguintes passos operatórios: aplicação do ácido fosfórico 37% (Fusion Duralink – Angelus, Londrina, Paraná) por 30 segundos (Figura 5-b), lavagem abundante com água por 30 segundos, secagem do esmalte dental condicionado, aplicação ativa do sistema adesivo (Single Bond Universal – 3M, Minnesota, Estados Unidos) com microbush (KG – Sorensen, Dinarmaca, Copenhage) (Figura 5-c), seguido de ligeira aplicação de jato de ar, para evaporação do solvente e fotopolimerização por 20 seg. Uma tira matriz de poliéster (TDV, Pomerode, Santa Catarina) foi posicionada na superfície mesial do 11, para inserção da resina composta pré-selecionada, utilizando um kit de espátulas para restauração estética (Espátulas Almore, dupla nº 1, com calcador nº 2, tipo suprafill e tipo SD, Millennium, Golgran, São Caetano do Sul, São Paulo) (Figura 5-d). O pincel número 24 (Tokuyama, Japão) foi empregado para possibilitar melhor acomodação da resina composta na superfície dental. Cada camada de resina composta foi fotopolimerizada por 40 segundos, usando um fotopolimerizador (Bluephase – Ivoclar vivadent, Barueri, SP, Brasil), no final foi realizada a fotopolimerização adicional por 40 segundos das faces vestibular e lingual.

E respectivamente os passos clínicos para a realização da restauração do elemento 21 estão também ilustrados (Figura 5 e-h), obtendo-se forma e contorno adequado dos dentes 11 e 21 (Figura 5-i). A verificação da oclusão e possíveis contatos prematuros foi realizada, procedendo-se ao acabamento inicial com um disco de lixa de granulação grossa (Sof-lex Pop-on – 3M, Minnesota, Estados Unidos) montado em caneta de baixa rotação.

**Figura 5** – a) Isolamento modificado do campo operatório; b) fio retrator nos elementos 11, 21 e 12; fita teflon nos elementos 21 e 12 e condicionamento do 11 com ácido fosfórico 37%; c) aplicação do sistema adesivo; d) inserção da resina composta com a espátula dupla n.1; e) aplicação do ácido fosfórico 37% no elemento 21; f) aplicação do sistema adesivo; g) etapa restauradora com a espátula dupla n.1; h) fotopolimerização da restauração do elemento 21; i) aspecto das restaurações dos elementos 11 e 21 (sem acabamento e polimento).



Fonte: Autores.

A figura acima representa os passos restauradores dos elementos dentais 11 e 21, seguindo um criterioso protocolo, a fim de se obter restaurações com maior longevidade.

### 3.2.3 Manobras de acabamento das restaurações de resina composta

A etapa de acabamento final foi realizada 48 horas após a confecção das restaurações de resina composta. A fim de seguir os parâmetros para se atingir uma adequada harmonia do sorriso, foi realizado os seguintes passos para o restabelecimento da anatomia primária dos dentes: as linhas de reflexão foram demarcadas com grafite (Figura 6-a), para auxiliar na determinação do tamanho e da simetria dos dentes homólogos. O lápis vermelho foi utilizado para identificar a área mais proeminente referente ao eixo zênite-incisal da superfície vestibular (Figura 6-b). Após a demarcação das áreas, a fim de delimitar uma adequada curva do sorriso, foram empregados discos de lixa de granulação grossa, apoiados sob a superfície incisal do dente.

Buscando remover excessos grosseiros de resina composta na área de sombra, utilizou-se a lâmina de bisturi nº 15 (Figura 6-c), acompanhando a curvatura do dente, cuidadosamente para não atingir o tecido periodontal. Para realizar pequenos acabamentos na área de sombra fez-se uso da ponta diamantada nº 2200 FF (KG – Sorensen, Dinarmaca, Copenhage) (Figura 6-d).

As áreas de sombra e luz, no que tange a ilusão de ótica, foram ajustadas com auxílio do kit de discos de lixa (Soflex Pop-on – 3M, Minnesota, Estados Unidos) empregados em ordem decrescente de granulação, acoplados à caneta de baixa rotação (Figuras 6 e-g). Essas áreas foram definidas estabelecendo a anatomia secundária do dente através do ajuste do comprimento e da largura do elemento dental, manipulando distâncias entre as linhas de brilho.

A conferência da oclusão do paciente foi realizada com o auxílio de um papel de carbono (AccuFilm, Nova York, Estados Unidos) acoplado a uma pinça carbono tipo muller (Quinelato, Rio Claro, São Paulo) (Figuras 6-h,i). Para acabamento das faces palatinas dos elementos 11 e 21, fez-se uso da ponta diamantada nº 3168 FF (KG – Sorensen, Dinarmaca, Copenhage), respeitando a anatomia da região (Figura 6-j). O acabamento da região incisal dos elementos 11 e 21 foi determinado com discos de lixa de granulação grossa (Sof-lex Pop-on – 3M, Minnesota, Estados Unidos) (Figura 6-k).

**Figura 6** – a) Elementos 11 e 21 com áreas de sombra e luz demarcadas; b) delimitação da linha zênite-incisal com lápis vermelho; c) remoção de excessos grosseiros com lâmina de bisturi no 15; d) acabamento na área de sombra com a ponta diamantada no 2200 FF; e) uso do disco sof-lex pop-on de granulação grossa; f) desgaste da área de espelho com disco sof-lex pop-on de granulação grossa, tendo como orientação a linha zênite-incisal; g) uso do disco sof-lex pop-on de granulação média; h) verificação da oclusão com papel carbono; i) áreas evidenciadas pelo papel carbono para ser realizado o ajuste oclusal; j) ajuste da face palatina com a ponta diamantada no 3168 FF; k) acabamento na região incisal do elemento 11.



Fonte: Autores.

Após a execução da restauração, foram realizados ajustes que permitiram uma melhor integração da resina com o elemento dental remanescente; além de verificação dos contatos oclusais da paciente.

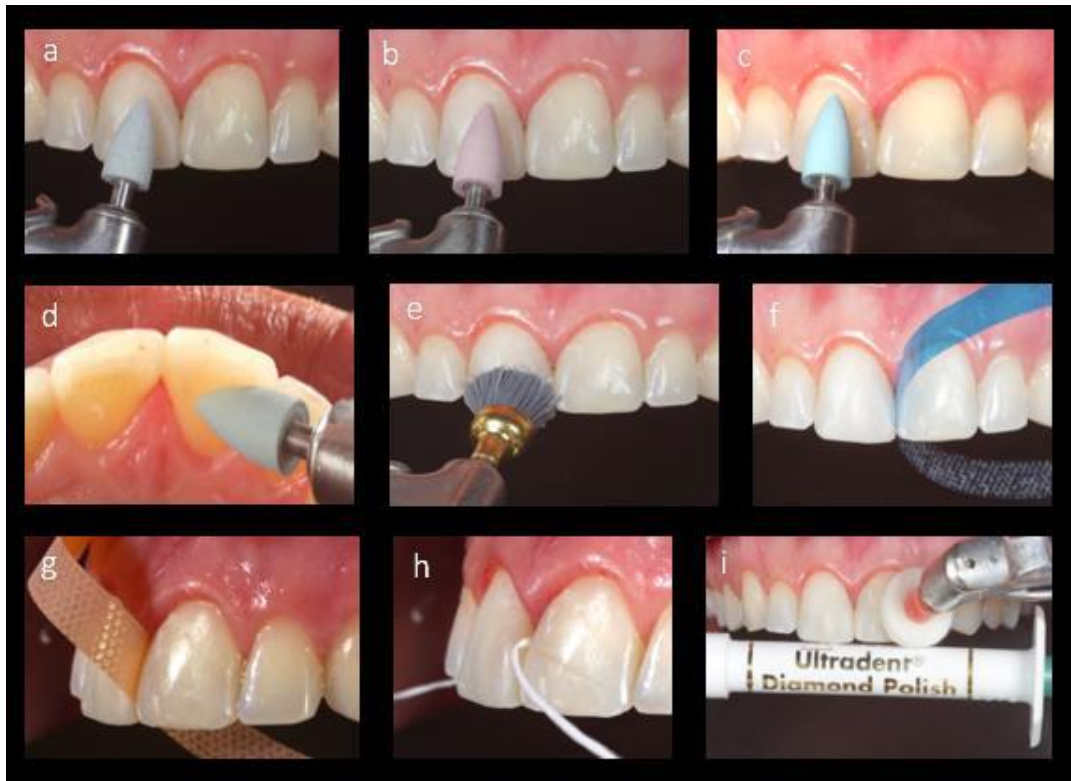
### 3.2.4 Manobras de polimento da restauração de resina composta

Nas faces vestibulares e palatinas dos elementos 11 e 21, fez-se o polimento com o kit de borrachas abrasivas de três granulações: grossa, média e fina (American Burrs, Palhoça, Santa Catarina) (Figuras 7 a-d). Em seguida, utilizou-se uma escova de carbetto de silício (Ultra-brush, American Burrs, Palhoça, Santa Catarina) (Figura 7-e).

Para o polimento das faces proximais, fez-se uso da tira de lixa de poliéster Epitex (GC-South American, Santana, São Paulo) de granulação grossa e média (Figuras 7-f, g). Passou-se o fio dental (Curapox, Kriens, Suíça) nas faces proximais dos dentes que foram restaurados (Figura 7-h). Posteriormente foi utilizado fio dental com pasta diamantada para o polimento da face interproximal.

Nas faces vestibulares e palatinas dos elementos 11 e 21 utilizou-se a pasta de polimento diamond polish mint 1.0 (Ultradent, Indaiatuba, São Paulo) associado ao disco de feltro (FGM, Joinville, Santa Catarina) (Figura 7-i). Obtendo restaurações satisfatórias de resina composta, respeitando os passos clínicos previamente delineados (Figura 8).

**Figura 7** – a) Polimento com borracha abrasiva de granulação grossa, b) de granulação média, c) e de granulação fina na face vestibular; d) polimento com borracha abrasiva de granulação fina na face palatina; e) polimento com escova de carbeto de silício; f) polimento interproximal com a tira de lixa de poliéster Epitex de granulação grossa; g) e de granulação média; h) fio dental sendo passado entre os elementos 11 e 21; i) polimento da face vestibular com a pasta diamond polish.



Fonte: Autores.

Por fim, com o polimento, finaliza-se as etapas do procedimento restaurador, obtendo-se uma resina polida, brilhosa, sem ranhuras o que a confere o máximo de proximidade com os tecidos dentais naturais.

**Figura 8** – Aspecto final das restaurações nos elementos dentais 11 e 21.



Fonte: Autores.



Com base na Figura 8, observa-se que seguindo um protocolo clínico rigoroso, é possível mascarar, a interface dente-restauração. Pois a resina adquiriu características que mimetizaram as estruturas dentais, conferindo estética, saúde e função aos dentes restaurados.

#### 4. Discussão

As resinas compostas diretas cada vez mais se consolidam como materiais de eleição para a realização de procedimentos restauradores estéticos diretos, inclusive no fechamento de diastemas. Diversas vantagens podem ser pontuadas com o uso das resinas, dentre elas: boa adesão ao esmalte e dentina, conservação da cor e brilho ao longo do tempo, resistência ao desgaste e semelhança com a cor e textura do dente (Marques et al., 2021).

Com o advento da nanotecnologia, resinas compostas nanohíbridas ou com nanopartículas tem sido frequentemente empregadas para a reabilitação de dentes anteriores e posteriores (Aydin et al., 2021). Com isto, observa-se uma melhora nas características ópticas, estabilidade de cor, manipulação, qualidade do acabamento/polimento e maior resistência ao desgaste (Dias et al., 2020).

De acordo com a literatura, as resinas microparticuladas e nanoparticuladas têm uma melhor resposta ao polimento quando comparadas às resinas microhíbridas, apresentando uma superfície mais lisa após o procedimento (Zhang et al., 2021; Vishwanath, et al, 2022). Dessa forma, a resina escolhida para a restauração foi a Z350 da 3M por se tratar de uma resina nanoparticulada e que atende a todas as qualidades mencionadas.

O acabamento e o polimento foram realizados 48 horas após a finalização da técnica de inserção incremental, respeitando o período em que ocorre a expansão higroscópica do material (sorção) e processo de polimerização da resina direta (Reis et al., 2018). Faz-se importante observar estes fatores, pois a absorção de água pela resina composta e uma polimerização ineficiente são fatores determinante para alteração de cor do material (Aydin et al., 2021; Mangani et al., 2017).

O acabamento da restauração foi realizado conforme descrito na literatura, seguindo-se as três etapas: anatomia primária, secundária e terciária (Dennis et al., 2021; Amaya-Pajares et al., 2022). Sendo realizado com discos abrasivos, a anatomia primária consiste na remoção dos excessos de resina composta em relação ao tamanho da restauração, inclinação dos terços da face vestibular do dente (cervical, médio e incisal), delimitação das arestas verticais do dente, espessura das bordas incisais e definição da bossa vestibular (Reis, et al., 2018; Sapata & Sato, 2017; Batiholim & Ratnasari, 2021). Além disso, foram utilizadas para o acabamento tiras abrasivas para a definição das ameias gengivais e lâminas de bisturi para remover o excesso de resina nas regiões próximas à gengiva, auxiliando na manutenção da saúde periodontal conforme descrito na literatura (Santin, et al., 2019; Tosco, et al., 2020).

A confecção da anatomia secundária foi realizada respeitando a delimitação dos sulcos verticais, onde o sulco mesial é ligeiramente mais longo, estendendo-se ao terço médio. Também, foram confeccionados lóbulos de desenvolvimento da face vestibular, os quais possuem um formato triangular com a base voltada para incisal (Tosco, et al., 2020). A anatomia terciária também foi reproduzida envolvendo os sulcos horizontais que são muito rasos, situados no terço cervical, buscando mimetizar as periquemáceas do esmalte (Santin, et al., 2019). A texturização auxilia na definição da anatomia secundária e terciária dos dentes e para a sua realização foram utilizadas pontas diamantadas de granulação fina.

No caso clínico apresentado foram utilizadas borrachas abrasivas, escovas de carvão de silício e discos de feltro associados à pasta de polimento, para conferir à restauração as características supracitadas. O polimento é a etapa final do protocolo clínico utilizado com a finalidade de promover o brilho e lisura do material semelhante à superfície do dente natural, estabelecendo características estéticas e uma superfície lisa que dificulta o acúmulo do biofilme, auxiliando na manutenção da saúde periodontal e na redução dos riscos de infiltração marginal e pigmentação do material restaurador (Machado, et al., 2022; Santin, et al., 2019).

Uma superfície lisa e polida, que promova estética, função e saúde periodontal dos dentes restaurados são fundamentais para garantir a qualidade e longevidade das restaurações. Com isso, o profissional precisa estar apto a realizar esses procedimentos de forma adequada, escolhendo o melhor material para cada tipo de restauração.

## 5. Conclusão

Com a escolha de materiais e técnicas restauradoras adequadas, aliado a um protocolo sistemático de acabamento e polimento das resinas compostas, é possível garantir ao dente reabilitado características que o aproximam às de um dente natural, favorecendo uma maior qualidade e longevidade do tratamento.

Diante do que foi exposto, sugere-se a execução de mais estudos associados com a temática em questão. Buscando enriquecer conhecimento e descobrir novos pontos a serem abordados sobre a relevância do acabamento e polimento dental em restaurações com resina composta.

## Referências

- Amaya-Pajares, S. P.; Koi, K.; Watanabe, H.; da Costa, J. B. & Ferracane, J. L. (2022). Development and maintenance of surface gloss of dental composites after polishing and brushing: Review of the literature. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 34 (1), 15-41. 10.1111/jerd.12875.
- Aydin, N.; Topçu, F. T.; Karaođlanođlu, S.; Oktay, E. A. & Erdemir, U. (2021). Effect of finishing and polishing systems on the surface roughness and color change of composite resins. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 13 (5), 446-454. 10.4317/jced.58011.
- Batihahim, C. N. & Ratnasari, D. (2021). The effect of polishing techniques on color change of nanofill composite resin immersed in green tea (camellia sinensis). *Journal of Indonesian Dental Association*, 4 (1), 21-27. 10.32793/jida.v4i1.471.
- Berwanger, C. et al. (2016). Fechamento de diastema com resina composta direta - relato de caso clínic. *Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas*, 70 (3), 317-322. Retrieved from <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v70n3/a16v70n3.pdf>.
- Dennis, T.; Zoltie, T.; Wood, D. & Altaie, A. (2021). Reduced-step composite polishing systems - a new gold standard? *Journal of Dentistry*, 112 (2), 67-75. 10.1016/j.jdent.2021.103769.
- Dias, J. N.; Veras, I. M. D.; Borges, B. C. D.; de Carvalho, L. K. C. G. & de Assunção, I. V. (2020). Alteração de forma dentária com resina direta: relato de caso. *Revista Ciência Plural*, 6 (3), 230-238. 10.21680/2446-7286.2020v6n3ID21044.
- Freitas, G. R. et al. (2021). Reabilitação estética e funcional das bordas incisais dos dentes anteriores com fechamento de diastemas e reanatomização em resina composta: relato de caso clínic. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 30 (89), 339-356. 10.36065/robrac.v30i89.1537.
- Guerra, M. L. R. S.; Venâncio, G. N. & Augusto, C. R. (2017). Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: Relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins (UNIMEP)*, 27 (1), 63-68. 10.15600/2238-1236/fo1.v27n1p63-68.
- Machado, A. C. et al. (2022). Substituição de restaurações de resina composta em incisivos superiores: relato de caso clínic. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 31 (90), 53-68. 10.36065/robrac.v31i90.1433.
- Maenosono, R. M. et al. (2018). Orthodontic treatment finishing with minimally invasive resin composite veneers. *Brazilian Dental Science*, 18 (4), 127-131. 10.14295/bds.2015.v18i4.1099.
- Mangani, F.; Cerutti, A.; Putignano, A.; Bollero, R. & Madini, L. (2017). Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. *European Journal of Esthetic Dentistry*, 2 (2), 188-209. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19655565/>.
- Marques, M. J. I. F.; Cardoso, M. E. P. & Martins, V. R. G. (2021). Longevidade Das Facetas Diretas Em Resina Composta. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (6), 28495-28509. 10.34119/bjhrv4n6-395.
- Mondelli, J. et al (2018). Fundamentos de dentística operatória. In Guanabara Koogan (Ed.), pp. 234-265, Rio de Janeiro.
- Moura, C. A.; Chagas, D. R. S. & Mendonça, I. C. G. Direct and indirect restoration techniques for closing diastemas in early tinds: literature review (2021). *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (6), 29342-29349. 10.34119/bjhrv4n6-461.
- Muniz, M. A. B. et al. (2022). Reabilitação oral com facetas de resina composta e influencia na qualidade de vida - relato de caso. *Research, society and development*, 11 (3), 56-63. 10.33448/rsd-v11i3.26467.
- Paolone, G. et al. (2020). Effect of finishing systems on surface roughness and gloss of full-body bulk-fill resin composites. *Materials*, 13 (24), 1-9. 10.3390/ma13245657.
- Pereira, M. R. et al. (2020). Reabilitação estética com resina composta em paciente jovem: relato de caso clínic. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 29 (88), 24-28. 10.36065/robrac.v29i88.1296.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J. & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria, UFSM.

- Pirôpo, L. M. N. et al. (2021). Efeito dos discos de lixa d'água no acabamento e polimento de resina composta. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia*, 51 (2), 108-115. 10.9771/revfo.v51i2.46652.
- Reis, B. O. et al. (2017). Avaliação de diferentes procedimentos de acabamento e polimento sobre a rugosidade de superfície de resina composta submetida à escovação com dentífrico. *Archives of Health Investigation*, 6 (11), 524-529. 10.21270/archi.v6i11.2263.
- Reis, G. R. et al. (2018). Mock-up: predictability and facilitator of restorations aesthetic in composite resin. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 27 (81), 105-111. 10.36065/robrac.v27i81.1131.
- Santin, D. C. et al. (2019). Protocolo de acabamento, texturização e polimento para restaurações diretas em resina composta. *Clinical and Laboratorial Research in Dentistry*, 1-7. 10.11606/issn.2357-8041.clrd.2019.152964.
- Sapata, A. & Sato, C (2017). Simple: uma abordagem simples em resinas compostas: anatomia, escultura e protocolos clínicos. In Napoleão (Ed.), pp. 321-347, São Paulo.
- Severo, B. G. M. & Reis, T. A. (2022). Classification of composite resins and finishing and polishing methods. *Research, society and development*, 11 (7), 57-69. 10.33448/rsd-v11i7.30257.
- Tosco, V. et al. (2020). Effect of four different nishing and polishing systems on resin composites: roughness surface and gloss retention evaluations. *Minerva Stomatologica*, 69 (4), 207-214. 10.23736/S0026-4970.19.04310-3.
- Tessarín, F. B. P. et al. (2018). Influence of illuminants and different observers on the perception of surface gloss of resin composite. *Brazilian Dental Science*, 21 (4), 451-460. 10.14295/bds.2018.v21i4.1648.
- Vishwanath, S. et al (2022). Finishing and polishing of composite restoration: assessment of knowledge, attitude and practice among various dental professionals in india. *Cureus*, 14 (1), 163-171. 10.7759/cureus.20887.
- Zhang, L.; Yu, P. & Wang, X. Y. (2021). Surface roughness and gloss of polished nanofilled and nanohybrid resin composites. *Journal of Dental Sciences*, 16 (4), 1198-1203. 10.1016/j.jds.2021.03.003.