



EVILLES LAYS PIMENTEL SANTOS

NICOLE DE GUADALUPE MENDONÇA BREDAS

**FLUXO DIGITAL PARA REABILITAÇÃO ESTÉTICA NO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO INTEGRADO: RELATO DE CASO**

Maceió/AL

2025

EVILLES LAYS PIMENTEL SANTOS

NICOLE DE GUADALUPE MENDONÇA BREDAS

**FLUXO DIGITAL PARA REABILITAÇÃO ESTÉTICA NO ATENDIMENTO  
INTEGRADO: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso, na forma de relato de caso clínico, apresentado no Centro Universitário de Maceió como requisito obrigatório para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Idiane Bianca Lima Soares Rusu.

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Thalwila Reiler Morato.

Maceió/AL

2025

EVILLES LAYS PIMENTEL SANTOS

NICOLE DE GUADALUPE MENDONÇA BREDAS

**FLUXO DIGITAL PARA REABILITAÇÃO ESTÉTICA NO ATENDIMENTO  
INTEGRADO: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso, na forma de relato de caso clínico, apresentado no Centro Universitário de Maceió como requisito obrigatório para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Profa. Dra Idiane Bianca Lima Soares Russu

(Orientadora)

---

Profa. Dra. Thalwylla Reiler Morato

(Coorientadora)

---

Prof. Dr Emillianno de Gusmão Gonçalves

(Banca examinadora)

---

Profa. Dra Mariana Sales

(Banca examinadora)

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação estética realizado por meio do fluxo digital em uma paciente de 21 anos, com queixa de sorriso gengival e insatisfação quanto à forma dental. O planejamento integrou análise do sorriso, cirurgia plástica periodontal guiada, clareamento dental e recontorno estético com resina composta. A utilização do fluxo digital permitiu mensurações precisas, definição da margem gengival ideal, planejamento cirúrgico guiado e enceramento digital para execução restauradora, além de otimizar a comunicação interdisciplinar. Observou-se melhora significativa da harmonia gengival, das proporções dentárias e da satisfação estética da paciente. Conclui-se que o fluxo digital se apresenta como ferramenta complementar valiosa, promovendo maior precisão diagnóstica e qualidade técnica, porém não substitui a experiência, habilidade e o julgamento clínico do profissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** cirurgia periodontal; odontologia digital; reabilitação estética; sorriso gengival.

## **AGRADECIMENTOS**

### **Evilles Lays Pimentel Santos**

À Deus, pela força nos dias em que pensei em desistir, pela sabedoria que guiou minhas escolhas e pela graça que sustenta cada passo desta jornada.

À memória do meu pai, que, mesmo não tendo acompanhado o processo, permanece presente em tudo o que sou. Sei que ele estaria orgulhoso do caminho que percorri, das batalhas que enfrentei e da mulher que me tornei. Sua lembrança me fortalece e é a razão da minha perseverança.

À minha mãe, que é minha base e minha maior prova de amor, a mulher que vira madrugadas, enfrenta o cansaço e carrega o mundo nos ombros para que eu possa carregar apenas meus sonhos. Sem ela, absolutamente nada disso seria possível. Obrigada por ser meu porto seguro e meu impulso.

À Nicole, minha dupla, que chegou no meio do caminho como quem é enviada na hora exata. Eu sou agitação; ela é calma. Ela é a presença que me lembra de respirar. Obrigada por ser parceria, equilíbrio, luz e abrigo.

Aos meus professores e preceptores, que contribuíram não apenas para a minha formação técnica, mas também para a minha formação humana. Agradeço aos que acreditaram no meu potencial e caminharam comigo, deixando marcas que levarei para toda a vida.

Ao meu grupo (Os crânios), que estiveram comigo nas vitórias e nos dias difíceis. Obrigada por tornarem a caminhada mais leve e por serem abrigo quando eu precisei. À minha psicóloga, Karol, ao meu namorado Ericles, e à minha prima Esther, pelo apoio sensível e constante. Obrigada por me lembrarem quem eu sou e por me ajudarem a seguir quando faltou força.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui. Este trabalho é resultado de muitas mãos e muitos corações.

## **Nicole De Guadalupe Mendonça Breda**

Concluir esse trabalho significa muito mais do que encerrar uma etapa acadêmica. É a confirmação de que cada desafio valeu a pena e que, com amor, apoio e fé, tudo se torna possível. Por isso, deixo aqui minha gratidão a todos que fizeram parte dessa jornada. Agradeço a Deus por guiar meus passos, me fortalecer nos momentos difíceis e me permitir chegar até aqui.

Agradeço, com todo meu amor, a minha mãe, que sempre acreditou em mim quando eu mesma duvidava. Obrigada por cada palavra de incentivo, cada conselho, e por todo apoio que me fez continuar quando o cansaço parecia maior que tudo. Sem você, nada disso teria sido possível.

Ao meu pai, que infelizmente não pôde estar aqui para ver essa conquista, deixo meu agradecimento carregado de saudade. Sei que estaria orgulhoso ao me ver chegar até aqui, e é com esse sentimento que levo você comigo em cada passo que dou.

Ao meu namorado, Thalyson, obrigada por todo apoio, paciência e por estar ao meu lado em todos os momentos dessa trajetória (inclusive sendo um dos meus primeiros pacientes). Você fez parte dessa jornada de uma forma única.

Agradeço também a minha dupla, Evilles, que esteve comigo em cada etapa dessa caminhada, juntas dividimos responsabilidades, desafios e conquistas, aprendendo e crescendo lado a lado. Obrigada a todas as minhas amigas da faculdade, que tornaram essa jornada mais leve, divertida e especial.

Agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha formação ao longo desses anos. Levo comigo cada ensinamento, cada palavra e gestos que contribuíram para meu crescimento acadêmico.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Figura 1 - Sorriso da paciente antes do tratamento odontológico estético.</b>                                                                                    | <b>13</b> |
| <b>Figura 2 - Tomografia computadorizada da maxila.</b>                                                                                                             | <b>14</b> |
| <b>Figura 3 - Escaneamento intraoral.</b>                                                                                                                           | <b>15</b> |
| <b>Figura 4 - Guia cirúrgico adaptado ao modelo 3D.</b>                                                                                                             | <b>15</b> |
| <b>Figura 5 - Planejamento cirúrgico digital da arcada dentária no software PowerPoint.</b>                                                                         | <b>16</b> |
| <b>Figura 6A e B – Guia cirúrgico e incisão em bisel interno no hemiarco direito.</b>                                                                               | <b>17</b> |
| <b>Figura 7A e B – Incisão intrasulcular e remoção do colarinho.</b>                                                                                                | <b>17</b> |
| <b>Figura 8A e B – Osteoplastia e Gengivoplastia.</b>                                                                                                               | <b>18</b> |
| <b>Figura 9 - Suturas simples posicionadas nas papilas.</b>                                                                                                         | <b>18</b> |
| <b>Figura 10A e B – Fotografia de retorno de 7 dias e com retorno de 30 dias.</b>                                                                                   | <b>19</b> |
| <b>Figura 11 - Procedimento de ajuste do contorno gengival.</b>                                                                                                     | <b>20</b> |
| <b>Figura 12 - Rolete de cimento cirúrgico (Maquira).</b>                                                                                                           | <b>20</b> |
| <b>Figura 13 - Retorno clínico após 15 dias do pós-operatório.</b>                                                                                                  | <b>21</b> |
| <b>Figura 14 - Profilaxia com pedra-pomes + H<sub>2</sub>O.</b>                                                                                                     | <b>22</b> |
| <b>Figura 15 - Aplicação do gel clareador.</b>                                                                                                                      | <b>22</b> |
| <b>Figura 16 - Registro clínico intra oral dos dentes anteriores antes e após o clareamento dental.</b>                                                             | <b>23</b> |
| <b>Figura 17 - Enceramento diagnóstico digital.</b>                                                                                                                 | <b>24</b> |
| <b>Figura 18A e B - Guia palatina confeccionada em silicone de adição e adaptação da guia palatina.</b>                                                             | <b>24</b> |
| <b>Figura 19 - Seleção de cor; Asperização; Aplicação de ácido fosfórico a 37% para condicionamento de esmalte; Aplicação de adesivo, após lavagem e secagem.</b>   | <b>25</b> |
| <b>Figura 20A, B, C e D - Paredes palatinas confeccionadas usando guia de silicone; Adição de resina de dentina; Incremento de resina de esmalte; pós imediato.</b> | <b>26</b> |
| <b>Figura 21 - Ajuste oclusal com papel carbono, considerando guias estáticas e dinâmicas.</b>                                                                      | <b>28</b> |
| <b>Figura 22 - Marcação das vertentes e acabamento com pontas diamantadas 3195FF.</b>                                                                               | <b>28</b> |

**Figura 23 - Antes e depois da reabilitação, com melhora significativa da estética do sorriso e satisfação da paciente.**

**28**

## LISTA DE SIGLAS

|                          |                                                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>CAD/CAM</b>           | <b>Computer-Aided Design/Computer-Aided Manufacturing</b>                   |
| <b>CD</b>                | <b>Cirurgião-Dentista</b>                                                   |
| <b>DICOM</b>             | <b>Comunicação de Imagens Digitais em Medicina</b>                          |
| <b>EGE</b>               | <b>Exposição Gengival Excessiva</b>                                         |
| <b>EPA</b>               | <b>Erupção Passiva Alterada</b>                                             |
| <b>JCE</b>               | <b>Junção Cimento-Esmalte</b>                                               |
| <b>JMG</b>               | <b>Junção Mucogengival</b>                                                  |
| <b><i>PERIOGUIDE</i></b> | <b>Guia Periodontal</b>                                                     |
| <b>STL</b>               | <b>Arquivo STereoLithography</b>                                            |
| <b>TCFC-TM</b>           | <b>Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico com perfil de tecido mole</b> |
| <b>UNIMA</b>             | <b>Centro Universitário de Maceió</b>                                       |

## SUMÁRIO:

|                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                      | <b>11</b> |
| <b>2 RELATO DE CASO.....</b>                  | <b>13</b> |
| 2.1 Anamnese e Exames Complementares.....     | 13        |
| 2.2. Planejamento e Cirurgia Periodontal..... | 16        |
| 2.3 Etapa cirúrgica.....                      | 19        |
| 2.4 Clareamento Dental Associado.....         | 21        |
| 2.5 Restauração com resinas compostas.....    | 24        |
| <b>3 DISCUSSÃO.....</b>                       | <b>29</b> |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>            | <b>33</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                       | <b>34</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a Odontologia tem passado por uma transformação significativa, impulsionada pela incorporação de tecnologias digitais aos processos clínicos e laboratoriais, permitindo otimizar procedimentos, oferecer maior conforto aos pacientes durante o tratamento, elevar a previsibilidade e a excelência dos resultados. O desenvolvimento tecnológico permitiu à Odontologia ingressar na era digital, promovendo a transição dos fluxos de trabalho tradicionais para métodos mais modernos, digitais e integrados (Barbosa *et al.*, 2023).

Diante de uma crescente demanda por tratamentos cada vez mais individualizados e interdisciplinares, torna-se essencial o domínio de ferramentas digitais que contribuam para um diagnóstico mais preciso, planejamento eficiente, e execução de procedimentos com maior previsibilidade. Neste contexto, o fluxo digital tem se consolidado como aliado nas etapas restauradoras, no planejamento de facetas diretas em resina composta, técnica conhecida como reanatomização dentária, que permite restabelecer a forma, cor e proporção dos dentes com alto grau de naturalidade (Castro, 2025; Zavolski *et al.*, 2021).

Quando associada ao planejamento digital, a confecção de facetas diretas torna-se ainda mais previsível, uma vez que o enceramento virtual e a utilização de guias impressas em 3D permitem reproduzir com fidelidade o resultado planejado. Assim, o uso do fluxo digital tem facilitado na execução do tratamento personalizado, uma vez que propõe previsibilidade, simulação prévia dos resultados, viabilizando melhor comunicação do paciente com o cirurgião-dentista (Gontijo *et al.*, 2021; Moreira *et al.*, 2023).

Observa-se, portanto, um aumento significativo na busca por tratamentos estéticos que contribuem para a manutenção de uma saúde bucal adequada, mas, sobretudo, proporcionam completa satisfação, sendo primordial que o profissional esteja atento aos produtos e fatores que deverão ser criteriosamente analisados durante a escolha do sistema digital (Prazeres *et al.*, 2024; Moreira *et al.*, 2021).

Em alguns pacientes é possível observar a presença de Erupção Passiva Alterada (EPA), condição anatômica na qual a gengiva não recua adequadamente

após a erupção espontânea do dente, classificada em dois tipos principais com base na posição da gengiva e em dois subtipos de acordo com a localização da crista óssea em relação à junção cimento-esmalte. A consequência é o sorriso gengival, ou exposição gengival excessiva, condição caracterizada pela exibição de mais de 2 a 3 mm de gengiva durante o sorriso (Kinzel; Baldini, 2025).

Para a correção estética do sorriso existem técnicas disponíveis que podem diminuir a gengiva por meio de remodelação gengival, como o aumento de coroa clínica estética e facetas em resina direta (estética vermelha e branca), bem como cirurgia de impactação óssea, como o tratamento cirúrgico periodontal para remoção de excesso gengival que demonstra grande resultado na autoestima dos pacientes (Pinto *et al.*, 2024).

Para a realização do diagnóstico do sorriso gengival deve-se avaliar o comprimento da coroa clínica e anatômica, largura da gengiva queratinizada, sobremordida e sobressaliência dos dentes, dentre outros. O uso da tomografia computadorizada de feixe cônico com perfil de tecido mole (TCFC-TM) auxilia o profissional na exatidão sobre as medidas para realização da cirurgia periodontal, dessa forma, o planejamento reverso realizado digitalmente visa proporcionar uma conduta clínica segura (Freitas *et al.*, 2022).

Na odontologia restauradora, o clareamento dental se apresenta como uma intervenção recomendada diante de uma expressiva alteração de cor, a qual pode ter impacto significativo no desfecho do tratamento. A reanatomização dentária pode ser realizada com a técnica aditiva, que consiste no acréscimo de resina composta, sem desgaste da estrutura dental, permitindo a reversibilidade do tratamento (Prazeres *et al.*, 2024; Bessa; Durão, 2023).

Neste contexto, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação estética com ênfase na utilização do fluxo digital como ferramenta auxiliar para o planejamento, que envolveu execução de cirurgia plástica gengival, clareamento dental e reanatomização com resina composta. A proposta é demonstrar os benefícios, limitações e impactos da tecnologia digital em um cenário clínico real, evidenciando sua contribuição para a excelência estética e funcional nos resultados obtidos.

## 2 RELATO DE CASO

### 2.1 Anamnese e Exames Complementares

Paciente do sexo feminino, 21 anos, melanoderma, compareceu à clínica odontológica do Centro Universitário de Maceió (UNIMA), com queixa principal de sorriso infantilizado, decorrente de coroas clínicas curtas associadas a gengivas espessas. Durante a anamnese, relatou ausência de doenças sistêmicas e insatisfação com a aparência gengival, referindo exposição excessiva da gengiva ao sorrir, o que lhe causava desconforto estético (Figura 1).

**Figura 1 - Sorriso da paciente antes do tratamento odontológico estético.**



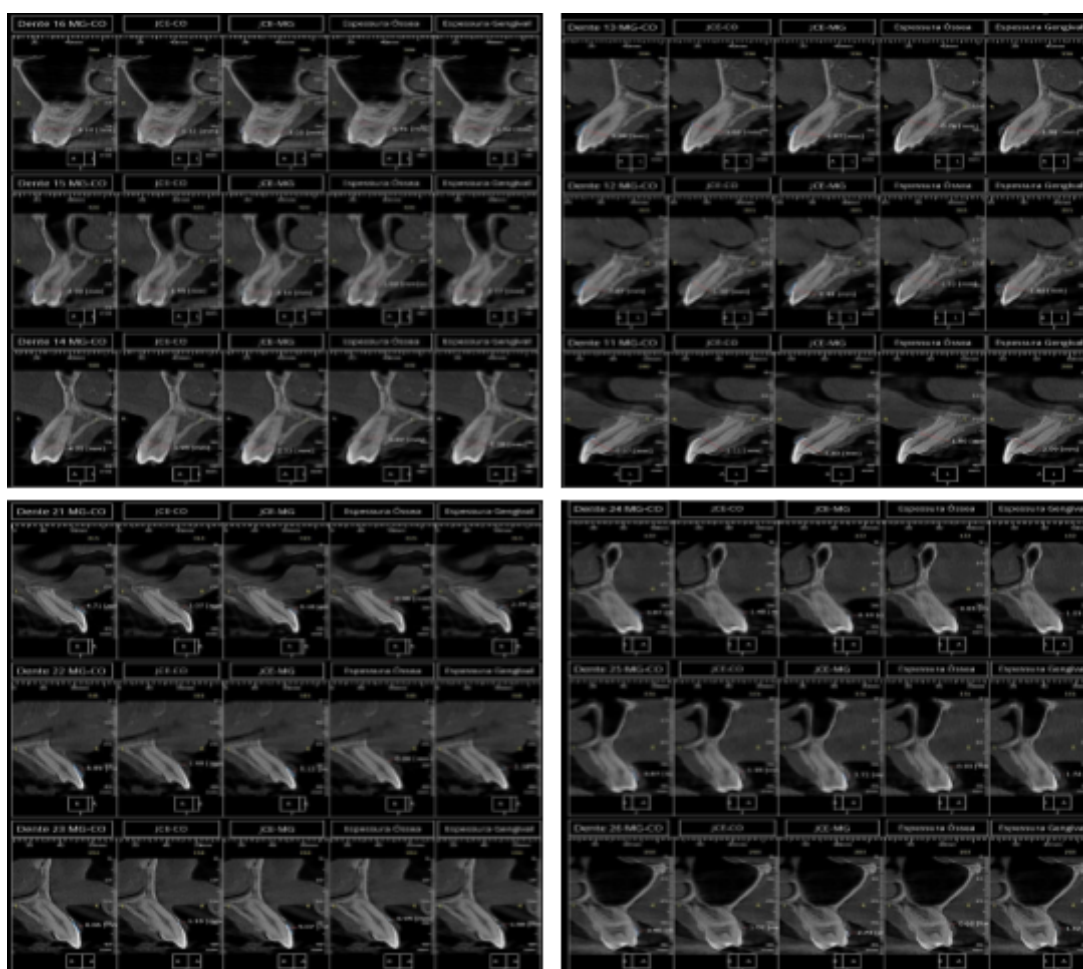
Fonte: Autoras da pesquisa.

Considerando a queixa principal da paciente, foi realizado exame clínico detalhado, bem como registros fotográficos intraorais e extraorais, seguidos da solicitação de dois exames complementares fundamentais para o diagnóstico e planejamento cirúrgico: tomografia computadorizada da maxila, com mensuração da distância da junção cimento-esmalte (JCE) à crista óssea alveolar (Figura 2), e escaneamento intraoral (Figura 3).

A tomografia computadorizada foi realizada com cortes transversais de 1 mm de espessura e 1 mm de espaçamento, utilizando-se afastador labial para melhor visualização dos tecidos moles. As imagens obtidas incluíam reconstruções panorâmica, axial, sagital, coronal e transversal, além de reconstrução tridimensional (3D), permitindo análise detalhada da anatomia periodontal e confirmando o diagnóstico de erupção passiva alterada (EPA).

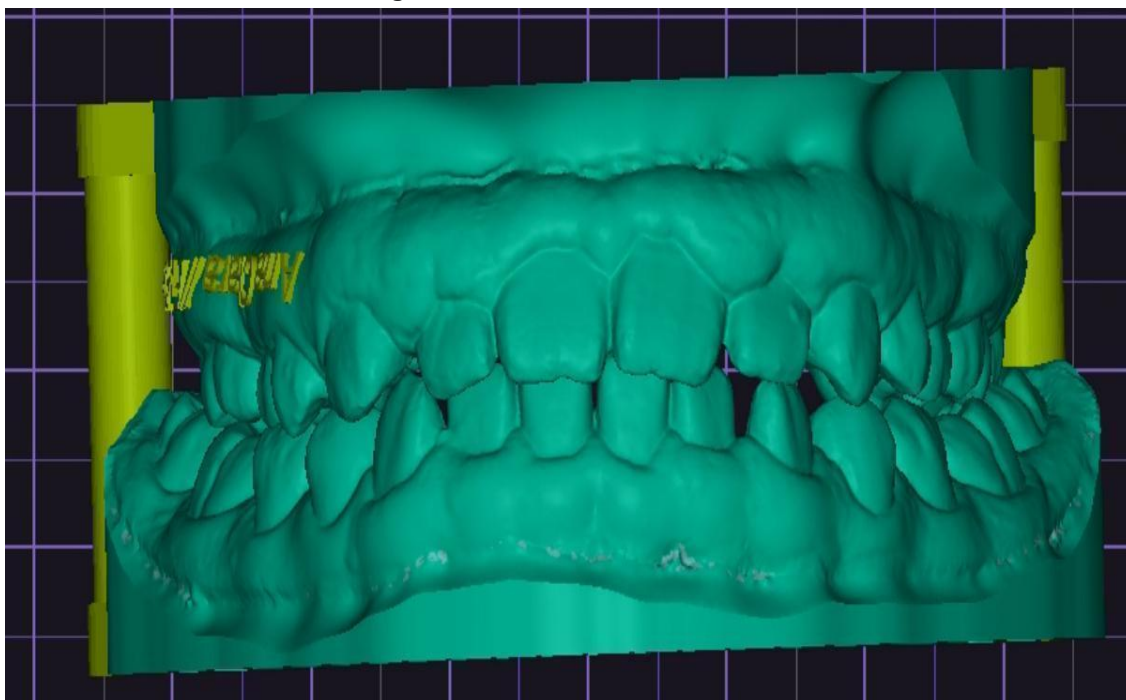
No dia do atendimento, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual a paciente autorizou a realização dos procedimentos clínicos por alunos, sob supervisão docente, bem como o uso de fotografias, exames e demais registros clínicos para fins acadêmicos e científicos. O documento foi posteriormente assinado pela paciente, após leitura e esclarecimento de todas as informações, em conformidade com os princípios éticos vigentes.

**Figura 2 - Tomografia computadorizada da maxila.**



Fonte: Arquivos da pesquisa

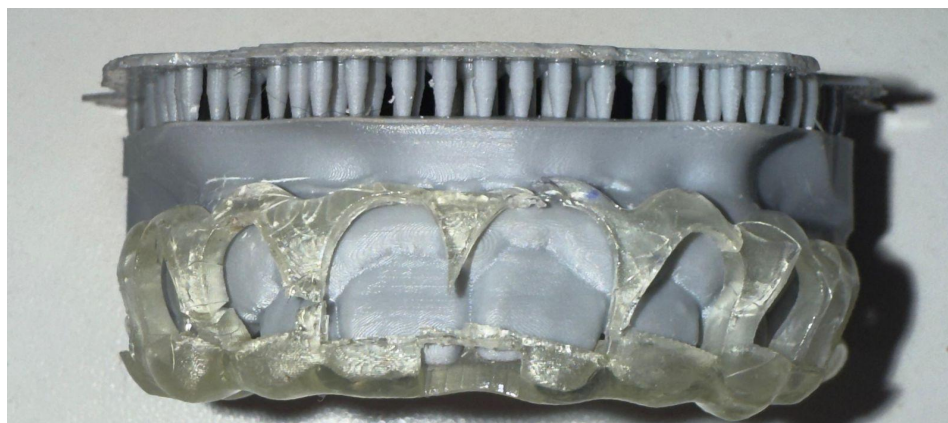
**Figura 3 - Escaneamento intraoral.**



Fonte: Arquivos da pesquisa

Após a análise da tomografia computadorizada, os arquivos foram enviados ao laboratório responsável pela confecção do guia cirúrgico. O guia cirúrgico periodontal foi planejado com base nas referências anatômicas obtidas no exame tomográfico, respeitando a distância mínima de 3 mm entre a crista óssea e a junção cimento-esmalte, garantindo segurança biológica e previsibilidade estética. O escaneamento digital da arcada dentária serviu de base para o ajuste tridimensional do guia, proporcionando adaptação precisa ao arco da paciente (Figura 4).

**Figura 4 - Guia cirúrgico adaptado ao modelo 3D.**



Fonte: Arquivos da pesquisa.

## 2.2. Planejamento e Cirurgia Periodontal

Inicialmente, após o recebimento do guia periodontal cirúrgico e das referências técnicas referentes à altura e à delimitação do tecido a ser removido, foi realizado o planejamento digital do procedimento. As fotografias clínicas, as imagens tomográficas e as informações fornecidas pelo laboratório foram sobrepostas e organizadas em um template digital, utilizando-se o software PowerPoint.

Para garantir maior exatidão nas medidas, utilizou-se uma sonda periodontal milimetrada (Carolina do Norte) para mensurar o tamanho real dos dentes, permitindo a calibração da régua do template digital. Após essa calibração, foi possível definir com precisão a quantidade de tecido gengival a ser removida.

A sobreposição das imagens tomográficas, das fotografias clínicas e dos dados laboratoriais possibilitou a visualização prática e objetiva do volume tecidual a ser removido, facilitando o planejamento cirúrgico e assegurando o alinhamento entre diagnóstico e execução clínica (Figura 5).

**Figura 5 - Planejamento cirúrgico digital da arcada dentária no software PowerPoint.**



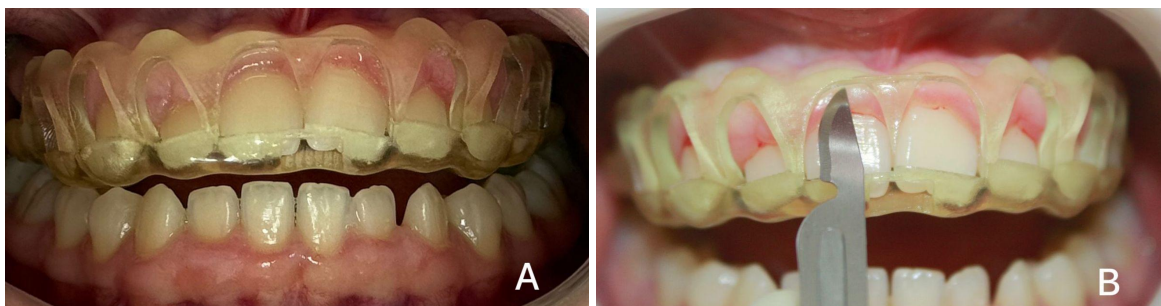
Fonte: Autoras da pesquisa.

Após a realização de uma consulta prévia destinada exclusivamente ao planejamento cirúrgico, na qual foram avaliados os exames complementares e definidos os parâmetros do procedimento, a paciente retornou à clínica para a consulta de execução cirúrgica.

No momento da consulta cirúrgica, foi realizada antissepsia extraoral com digluconato de clorexidina a 2% e intra oral a 0,12%. Em seguida, procedeu-se à anestesia local dos nervos alveolar superior anterior e médio, em ambas as hemiarcadas, associada ao bloqueio do nervo nasopalatino, utilizando cloridrato de mepivacaína com vasoconstritor, na dosagem de 36 mg + 18 mg por carpule.

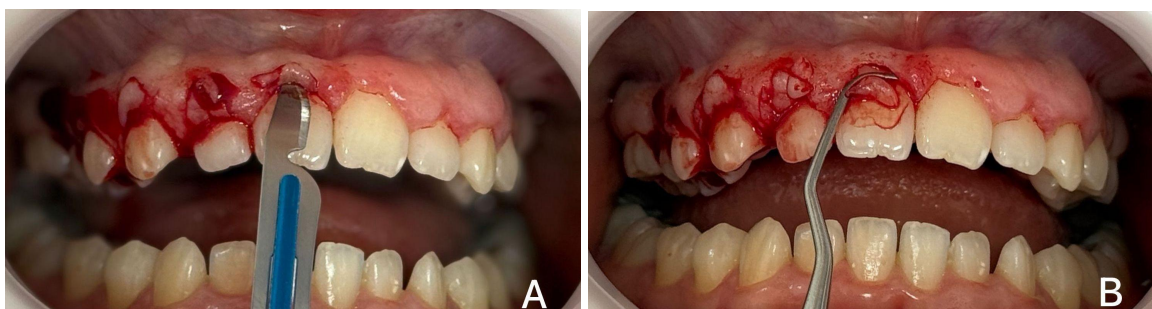
Após a confirmação da eficácia anestésica, o guia cirúrgico foi posicionado (Figura 6A), e incisões em bisel interno foram realizadas com lâmina de bisturi 15C, seguindo o contorno do guia, iniciando pelo hemiarco direito (Figura 6B). Posteriormente, o guia foi removido para permitir a incisão intrasulcular (Figura 7A), com o objetivo de remover o colarinho gengival, utilizando cureta periodontal, promovendo o remodelamento estético (Figura 7B).

**Figura 6 A e B – Adaptação do guia cirúrgico e incisão em bisel interno no hemiarco direito.**



Fonte: Autoras da pesquisa.

**Figura 7A e B – Incisão intrasulcular e remoção do colarinho.**

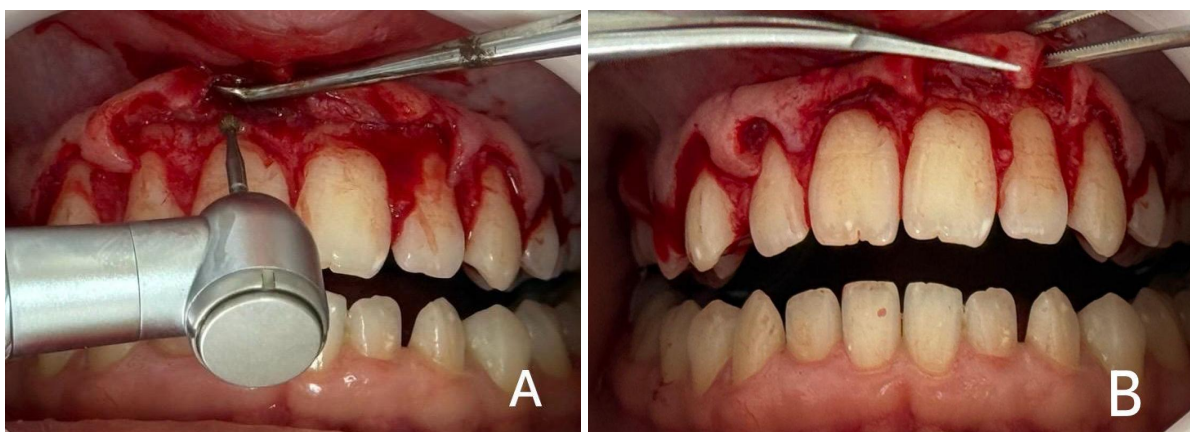


Fonte: Autoras da pesquisa.

Concluída a remoção dos tecidos em ambos os lados, realizou-se a elevação do retalho total para osteotomia e osteoplastia com broca 1016 HL acoplada na caneta de alta rotação com irrigação abundante (Figura 8A). Observou-se que a maior parte da crista óssea apresentava espessura reduzida, sendo necessária

osteotomia apenas nos elementos 12 e 22. Adicionalmente, realizou-se gengivoplastia do tecido gengival com tesoura Goldman-Fox, promovendo a redução da espessura interna da gengiva, que apresentava fenótipo espesso (Figura 8B).

**Figura 8A e B – Osteoplastia e Gengivoplastia.**



Fonte: Autoras da pesquisa.

Após os procedimentos ósseos e gengivais, o retalho foi reposicionado e fixado com suturas simples nas papilas, com fio Nylon 5-0, promovendo adequada adaptação e estabilidade dos tecidos. A paciente recebeu orientações pós-operatórias relativas à higiene, alimentação e prescrição medicamentosa de analgésicos e antiinflamatórios, além do agendamento para retorno de 7 dias visando avaliação e remoção dos pontos (Figura 9).

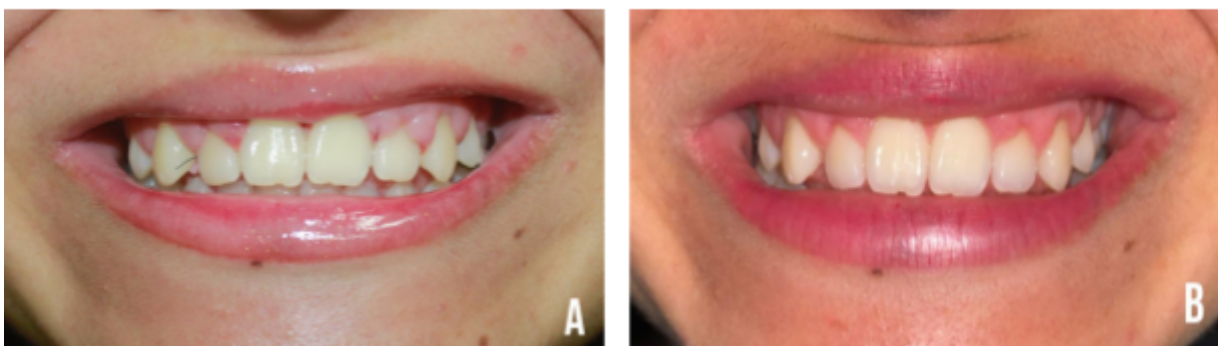
**Figura 9 - Suturas simples posicionadas nas papilas.**



Fonte: Autoras da pesquisa.

Após sete dias, a paciente retornou para remoção dos pontos apresentando boa cicatrização, sem intercorrências, apenas discreto edema compatível com o período (Figura 10A). No retorno de 30 dias, observou-se que algumas papilas ainda apresentavam espessura aumentada, conferindo discreta desarmonia ao contorno gengival (Figura 10B). Diante disso, foi indicado uma segunda intervenção cirúrgica, com o objetivo de um refinamento cirúrgico para melhorar o perfil dos tecidos moles, dando um término mais delicado à margem gengival.

**Figura 10A e B – Fotografia de retorno de 7 dias e retorno de 30 dias.**

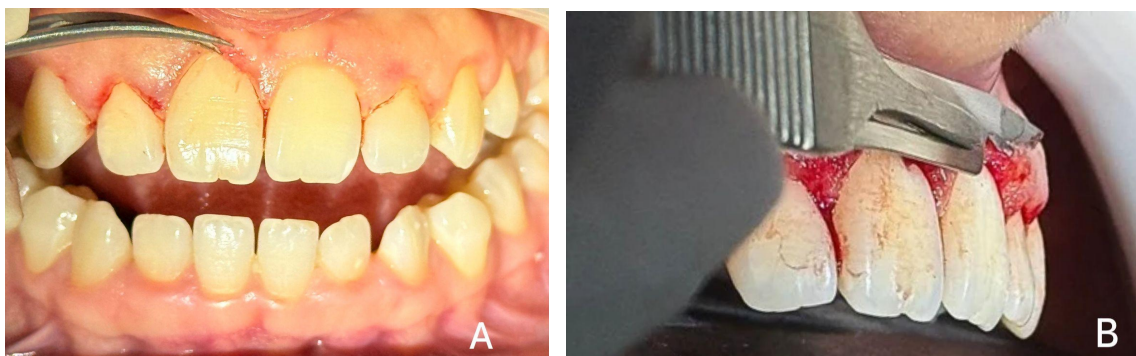


Fonte: Autoras da pesquisa.

### **2.3 Etapa cirúrgica**

A região foi previamente anestesiada com lidocaína 2% associada a epinefrina (1:100.000). Em seguida, procedeu-se à delimitação das margens gengivais com o auxílio de um descolador de Molt 2/4, permitindo a visualização das áreas a serem removidas. A incisão inicial foi realizada com microtesoura cirúrgica (Figura 11A), garantindo maior delicadeza e precisão no corte. Após a remoção do tecido gengival excedente, o refinamento do volume do tecido remanescente foi realizado com lâmina de bisturi nº 15C, por meio de incisões em bisel externo, complementadas em alguns momentos pelo uso da microtesoura (Figura 11B).

**Figura 11 - Procedimento de ajuste do contorno gengival.**



Fonte: Autoras da pesquisa.

Após o término do procedimento, foi confeccionado um rolete de cimento cirúrgico periodontal (pó e líquido) da marca Maquira, conforme as instruções do fabricante, adaptado sobre a área operada com o intuito de proteger a ferida cirúrgica e promover maior conforto durante o pós-operatório imediato (Figura 12).

A paciente foi orientada novamente quanto aos cuidados pós-operatórios. Foi prescrito, como anti-inflamatório, nimesulida 100 mg (via oral, a cada 12 horas, por 3 dias), analgésico, dipirona 500 mg (via oral, a cada 6 horas, por 3 dias) e enxaguante bucal à base de digluconato de clorexidina 0,12% (Periogard®), duas vezes ao dia, por sete dias.

**Figura 12 - Rolete de cimento cirúrgico (Maquira).**



Fonte: Autoras da pesquisa.

A paciente retornou após 15 dias para avaliação pós-operatória, apresentando cicatrização satisfatória, sem intercorrências ou sinais de inflamação, confirmando o sucesso do tratamento cirúrgico gengival proposto (Figura 13).

**Figura 13 - Retorno clínico após 15 dias do pós-operatório.**



Fonte: Autoras da pesquisa.

#### **2.4 Clareamento Dental Associado**

Após o refinamento cirúrgico e um período total de 52 dias de recuperação tecidual, deu-se início à fase restauradora do tratamento. Como etapa inicial, optou-se pelo clareamento dental, visando harmonização estética e melhor integração com as futuras restaurações.

O procedimento foi realizado em consultório, utilizando peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP – FGM), conforme as orientações do fabricante. Antes da primeira sessão foi realizada uma moldagem com alginato das arcadas superior e inferior e os modelos foram vazados em gesso para confecção de moldeiras personalizadas, que seriam utilizadas posteriormente no protocolo de clareamento caseiro supervisionado.

Na sessão clínica seguinte, iniciou-se a profilaxia dos elementos dentários com uma pasta de pedra-pomes e água, associada à escova de Robson (Figura 14). Essa etapa foi feita com o objetivo de remover o biofilme e as pigmentações superficiais, que pudessem prejudicar a difusão do agente clareador.

**Figura 14 - Profilaxia com pedra-pomes + H<sub>2</sub>O.**



Fonte: Autoras da pesquisa.

Em seguida, os dentes foram criteriosamente secos para garantir a adesão adequada da barreira gengival, que foi aplicada com extremo cuidado ao longo da margem gengival, promovendo proteção eficaz dos tecidos moles em seguida, um espelho bucal foi utilizado para verificar se havia espaços vazios entre a gengiva marginal e a superfície dentária, a fim de evitar exposições de porções da margem gengival ao agente clareador.

Após a fotopolimerização da barreira, o gel clareador foi manipulado na proporção recomendada de 3 gotas do peróxido de hidrogênio para 1 gota do espessante, obtendo-se uma mistura homogênea. O agente clareador foi então aplicado sobre as superfícies vestibulares dos dentes selecionados (figura 15), permanecendo por aproximadamente 15 minutos em cada aplicação. O ciclo foi repetido por duas vezes consecutivas na mesma sessão, totalizando 30 minutos de contato efetivo com o gel, com a renovação do material a cada etapa.

**Figura 15 - Aplicação do gel clareador.**



Fonte: Autoras da pesquisa.

Após a remoção da última aplicação do gel clareador, a barreira gengival foi facilmente removida com o auxílio de uma sonda exploradora. Em seguida, a cavidade oral foi criteriosamente irrigada e aspirada, assegurando a completa eliminação de resíduos do material. Todo o protocolo foi conduzido em uma única sessão clínica (Figura 16).

**Figura 16 - Registro clínico intra oral dos dentes anteriores após o clareamento dental.**



Fonte: Autoras da pesquisa.

Na mesma sessão clínica, foi realizada a moldagem da paciente com a finalidade de confeccionar moldeiras individuais para o clareamento caseiro supervisionado. Após a confecção das moldeiras, a paciente recebeu orientações detalhadas quanto ao protocolo de uso, incluindo a correta higienização bucal prévia, a quantidade adequada de gel clareador a ser aplicada em cada moldeira e o tempo diário de utilização recomendado. Ressaltou-se a importância do uso conforme prescrição profissional, bem como a interrupção do tratamento em casos de sensibilidade exacerbada ou desconforto, devendo a paciente comunicar imediatamente a equipe clínica.

Adicionalmente, foram reforçadas as orientações referentes aos cuidados durante o período de clareamento, como a adoção de dieta com baixa pigmentação,

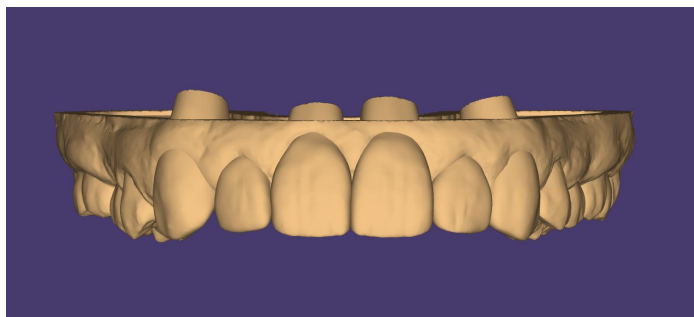
a evitação de alimentos e bebidas contendo corantes e o não consumo de substâncias ácidas, com o objetivo de preservar o resultado estético obtido e minimizar o risco de sensibilidade dentária.

## 2.5 Restauração com resinas compostas

Com o término desse período, foi realizado novo exame clínico e escaneamento intraoral da arcada superior. O arquivo obtido, em formato STL, foi exportado e importado para o software Exocad, com o objetivo de realizar o enceramento diagnóstico digital de canino a canino na arcada superior. Essa etapa permitiu a simulação tridimensional do volume para os futuros acréscimos de resina composta, guiando o planejamento restaurador estético e funcional (Figura 17).

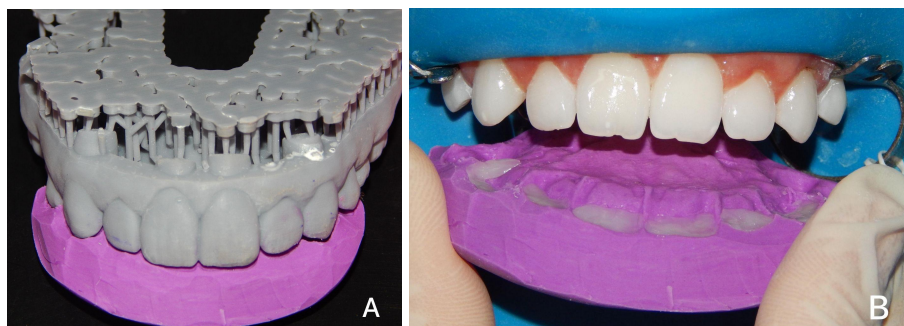
A partir do enceramento digital, foi realizada a impressão 3D do modelo, que serviu de base para a confecção da guia palatina (Figura 18A). Esta foi confeccionada com silicone de adição (polivinilsiloxano – PVS) na forma putty, e posteriormente cortada com lâmina de bisturi (Figura 18B).

**Figura 17 - Enceramento diagnóstico digital.**



Fonte: Autoras da Pesquisa

**Figura 18A e B - Guia palatina confeccionada em silicone de adição e adaptação da guia palatina.**



Fonte: Autoras da Pesquisa.

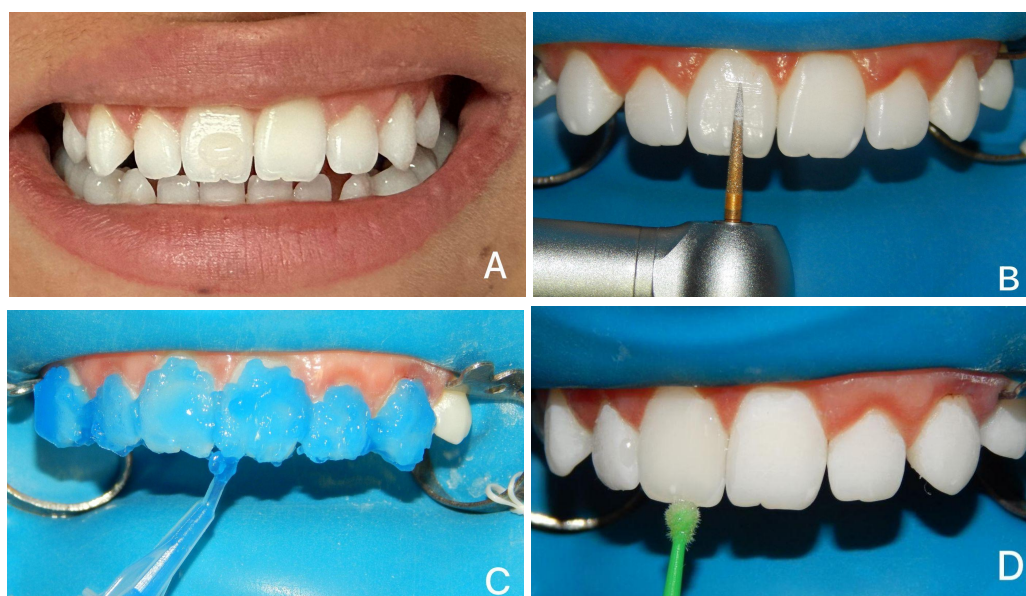
Com a guia palatina pronta, foi realizada profilaxia com pedra pomes a fim de remover o biofilme e eventuais resíduos, e a seleção de cor utilizando a técnica do botão de prova (Figura 19A). As resinas compostas selecionadas para o caso foram: Resina Palfique LX5 - Tokuyama na cor B1 para esmalte e a resina Llis cor A1 para dentina.

Foi realizado isolamento modificado com o auxílio de lençol de borracha fixado com grampos 206 e 207 nas regiões dos pré-molares, com o objetivo de minimizar a contaminação salivar durante o procedimento restaurador.

Em seguida, procedeu-se com a asperização da superfície de esmalte com a ponta diamantada 3205F (Figura 19B), com intuito de aumentar a retenção e adesão, foi realizado condicionamento ácido do esmalte dos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23, utilizando ácido fosfórico a 35%, aplicado por 30 segundos (Figura 19C). Após a remoção do gel com irrigação abundante pelo mesmo tempo, as superfícies foram secas com jato de ar à distância aproximada de 15 cm.

Com o auxílio de microbrush, foram aplicadas uma camada do sistema adesivo Ambar de 2 passos, com fricção ativa sobre o esmalte (Figura 19D). A camada foi seguida por um leve jato de ar por 15 segundos.

**Figura 19 - Seleção de cor; Asperização; Aplicação de ácido fosfórico a 37% para condicionamento de esmalte; Aplicação de adesivo, após lavagem e secagem.**



Fonte: Autoras da Pesquisa.

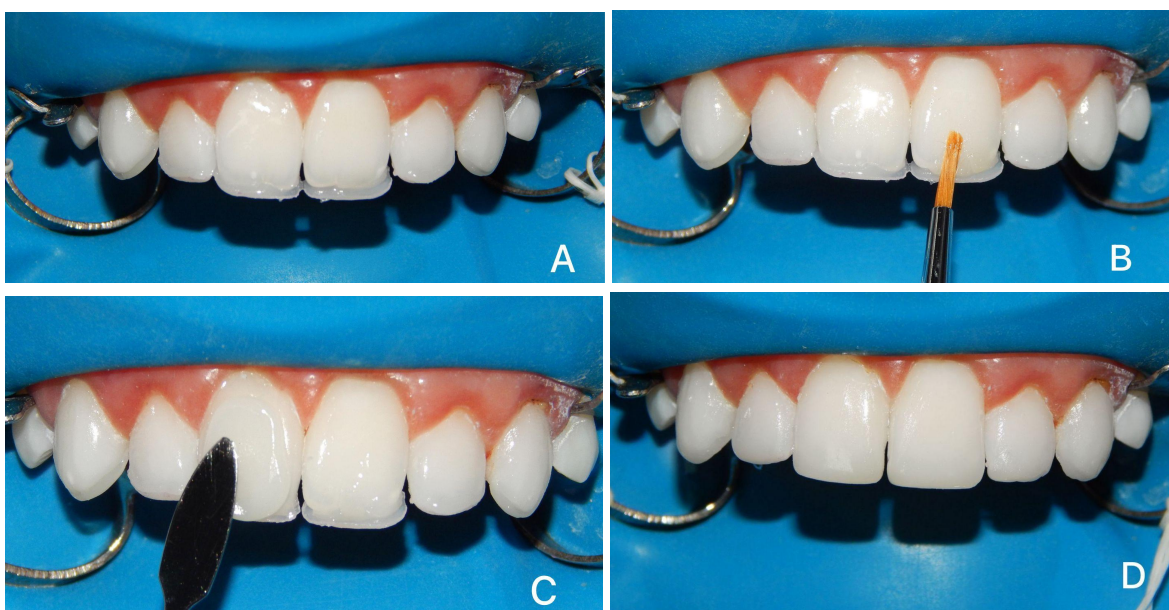
A parede palatina dos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23 foi confeccionada com resina composta Palfique LX5 - (Tokuyama) na cor B1, (Figura 20A) utilizando como guia a matriz de silicone previamente moldada a partir do enceramento diagnóstico. Cada aplicação de resina foi fotopolimerizada por 40 segundos.

Após a confecção da parede palatina, foram realizados incrementos de resina composta, da marca Llis FGM, na cor A1 na porção correspondente à dentina (Figura 20B), com a escultura anatômica dos mamelos.

Na sequência, foi aplicada em esmalte uma camada de resina Palfique LX5 - Tokuyama, na cor B1 sobre a região vestibular, com o objetivo de mimetizar mamelos. Foi utilizado um único compósito de resina para esmalte na face vestibular de cada elemento dentário e modelado com o auxílio de um pincel, respeitando o plano de inclinação do dente (Figura 20C).

Ao término da escultura anatômica, e observação de múltiplos ângulos os dentes restaurados foram fotopolimerizados por mais 40 segundos cada, garantindo a completa polimerização (Figura 20D).

**Figura 20A, B, C e D - Paredes palatinas confeccionadas usando guia de silicone; Adição de resina de dentina; Incremento de resina de esmalte; Pós imediato.**



Fonte: Autoras da Pesquisa.

Após a remoção do isolamento, foi realizado o ajuste oclusal com o auxílio de papel carbono, considerando as guias estáticas e dinâmicas (protrusão e de

lateralidade). O desgaste seletivo foi realizado com a ponta diamantada FG 3168, e foram iniciados os procedimentos de acabamento com kit de polimento.

Decorridos sete dias, a paciente retornou à clínica para a realização do acabamento intermediário e do polimento final das restaurações. Nesse momento, foi possível avaliar os dentes já reidratados e confirmar a adequação da cor dos compósitos utilizados.

O acabamento intermediário foi iniciado com a remoção dos excessos de resina composta por meio da broca 3195FF, permitindo a regularização das superfícies restauradas e a melhor definição dos limites das restaurações. Em seguida, procedeu-se à revisão da checagem oclusal com papel carbono, assegurando a ausência de interferências durante os movimentos mandibulares. A análise dos contatos proximais foi realizada com fio dental, confirmando a adequação dos pontos de contato.

Após a verificação oclusal (Figura 21), procedeu-se ao desenho das vertentes anatômicas sobre a restauração utilizando grafite (Figura 22). Essa etapa serviu como guia visual para o refinamento morfológico. Com base nesse traçado, empregou-se novamente a broca, seguindo cuidadosamente a angulação indicada pelas linhas marcadas, o que possibilitou esculpir as vertentes, planos retos e inclinados, restabelecendo a anatomia do dente de forma precisa e proporcional.

Concluídas essas etapas foram feitas sobre o dente limpo e seco, o polimento com auxílio de borrachas grossas, média e fina até que a restauração exibisse o brilho, lisura superficial e excelente integração estética (Figura 23).

**Figura 21 - Ajuste oclusal com papel carbono, considerando guias estáticas e dinâmicas.**



Fonte: Autoras da Pesquisa.

**Figura 22 - Marcação das vertentes e acabamento com pontas diamantadas 3195FF.**



Fonte: Autoras da Pesquisa.

**Figura 23 - Antes e depois da reabilitação, com melhora significativa da estética do sorriso e satisfação da paciente.**



Fonte: Autoras da Pesquisa.

### 3 DISCUSSÃO

O relato apresentado tem como finalidade abordar um caso de paciente que possuía sorriso gengival, e promover o restabelecimento da estética por meio de técnicas de correção da exposição excessiva da gengiva e de restaurações estratégicas em resina composta. Com as queixas estéticas apresentadas pela paciente a respeito do seu sorriso, a plástica periodontal e restauradora se torna uma opção segura, previsível e importante na solução da queixa da paciente.

No presente caso clínico, foi proposto um tratamento multidisciplinar envolvendo cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica e, posteriormente, uma reanatomização com resinas compostas, com o objetivo de restabelecer a harmonia estética com precisão. Para potencializar os resultados e garantir previsibilidade, optou-se pela utilização do fluxo digital, com um planejamento virtual detalhado e guia cirúrgico personalizado.

O aumento da demanda estética nos consultórios odontológicos tem aumentado, fazendo-se fundamental que o dentista tenha cada vez mais conhecimento teórico e prático a respeito da temática (Prazeres *et al.*, 2024). A reabilitação estética do sorriso, especialmente em casos de EPA exige um planejamento minucioso. Diversos aspectos devem ser criteriosamente avaliados durante o planejamento estético, tais como a condição periodontal, o biótipo gengival, a linha do sorriso, o grau de exposição gengival, contorno, zênite gengival, presença e forma das papilas interdentais, coloração dos tecidos moles e dentes com forma, posição, cor e tonalidade corretas (Marques, 2025).

Segundo Lima (2023) embora os recursos tecnológicos tenham aumentado a motivação do paciente e a confiança na equipe de atendimento odontológico existem algumas limitações importantes a serem consideradas, onde a tecnologia não é difundida e acessível pela maioria da população, exige uma curva de aprendizado para todos os profissionais envolvidos, e profissionais de odontologia experientes são mais resistentes a mudanças radicais, assim, o ensaio restaurador estético no fluxo convencional/analógico ainda é considerado um dos principais métodos de planejamento, ainda que o planejamento digital esteja ocupando um espaço cada vez maior nos processos restauradores e reabilitadores.

Batista (2021) argumenta que os benefícios das práticas do fluxo digital advindos da tecnologia CAD/CAM são muitos e proporcionam com scanner intraoral a maior rapidez na obtenção do registro das arcadas dentárias, em menos de 3 minutos, além da maior precisão do registro anatômico do periodonto e tecidos moles e dentes, se comparado às chances de falha da moldagem convencional. E que nesse aspecto, os meios de digitalização na odontologia são imprescindíveis no processo integral odontológico, sendo alternativas do momento aos métodos convencionais de moldagem.

O estudo de Sousa et al (2025) demonstrou discrepância na média geral das medidas digitais e analógicas indicando a necessidade de padronização nos materiais e métodos, chegando à conclusão de que a radiografia digital permite mais confiabilidade na mensuração do comprimento dentário, sendo superior a radiografia analógica.

Deliberador e colaboradores (2020) afirmam que os recursos digitais como a tomografia computadorizada permitem uma visualização tridimensional do caso, promovendo um planejamento mais assertivo da quantidade de tecido a ser removido e da nova linha do sorriso.

É o que afirmam Nascimento e colaboradores (2021), que a tomografia computadorizada na área odontológica continua a se expandir, pois é capaz de eliminar as estruturas anatômicas sobrepostas e auxiliar nos diagnósticos e nos procedimentos a serem executados, uma vez que permite a obtenção de imagens 3D de alta precisão das estruturas dos tecidos duros, configurando-se como a mais importante entre as técnicas imagiológicas de diagnóstico médico-dentário que surgiram nos últimos anos.

Para Andrade et al (2022) a literatura atual destaca amplamente as vantagens do uso do fluxo digital integrado ao planejamento cirúrgico periodontal, especialmente com a utilização de guias como o *PerioGuide*, que teoricamente aumentam a previsibilidade dos resultados e facilitam a execução clínica por meio de maior precisão e controle das intervenções. Raposo (2023) concorda que a utilização desses guias trouxe mais eficiência aos procedimentos em comparação

com a técnica cirúrgica convencional além de ter um resultado mais harmônico e estético.

Embora seja reconhecido o valor da tecnologia digital no planejamento e na comunicação entre os profissionais envolvidos, Andrade e colaboradores (2022) reforçam que, na prática clínica o uso do guia pode restringir a liberdade operatória e comprometer a adaptabilidade intraoperatória, principalmente em áreas com anatomia complexa ou quando é necessário um maior controle visual e tátil por parte do cirurgião.

Neste cenário, existe a concordância com Barbosa *et al* (2023), que falam sobre o alto custo de implementação do fluxo digital, que inclui o escaneamento intraoral, a tomografia computadorizada e a confecção do guia cirúrgico. Corroboram ainda com Zavolski *et al* (2021) quanto à necessidade de uma curva de aprendizado significativa para todos os profissionais envolvidos, uma vez que os softwares utilizados ainda não são totalmente intuitivos. Esses fatores representam barreiras importantes à ampla adoção do fluxo digital na rotina clínica, especialmente em contextos de baixa acessibilidade tecnológica ou em instituições públicas, onde o investimento em equipamentos, treinamento e suporte técnico ainda é limitado.

Rocha E; Hemmer; Rocha V. (2019) descreveram que uma pessoa apresentando a linha do sorriso desviada, pode desenvolver um perfil psicológico alterado, com dificuldade de se relacionar e timidez excessiva, e por apresentar uma gengiva muito exposta, ou com formato irregular, mesmo que saudável, a mesma deve ser tratada para restabelecer harmonia e continuidade da margem gengival.

É o que afirmam Alberti, Mioso e Cesero (2019), que o profissional deve ter uma visão ampla e observar cuidadosamente seus pacientes, uma vez que os dentes não são entidades isoladas e a harmonia facial também merece atenção. Sendo assim, integrar as técnicas estéticas para a reabilitação dentária juntamente com cirurgias plásticas gengivais é extremamente necessário, em alguns casos, para se alcançar o resultado desejado.

Também o clareamento dental, para Rocha *et al* (2022) é considerado um procedimento estético que se encontra em destaque na odontologia, devido à preocupação frequente com a aparência de muitos pacientes, onde o branco dos

dentes é sinônimo de beleza. A coloração dentária amarelada é uma das queixas mais relatadas em pacientes que procuram tratamento estético.

O estudo realizado por Silva L, Silva M, Mendonça (2023) observou que o clareamento dental é um tratamento estético simples, pouco invasivo, altamente efetivo, mais procurado e utilizado por se tratar de um tratamento extremamente seguro e conservador que traz para o paciente resultados estéticos satisfatórios quando corretamente indicado e realizado.

A estética possui um papel muito importante nas relações sociais e na autoestima das pessoas. Freitas e colaboradores (2021) mostraram que o desgaste dental é uma condição fisiológica que pode se tornar um problema funcional quando é acelerado por processos como erosão, abrasão e/ou atrição. Como opção de tratamento para os casos de desgaste dental uma abordagem minimamente invasiva é necessária. Para isso, o tratamento restaurador direto com resina composta pode ser bem indicado nesses casos, constituindo uma técnica com mínimo ou nenhum desgaste de tecido dental sadio, além de possuir um bom custo-benefício, manutenção simples, e duração satisfatória.

Moreira e Brandão (2021) alertam que o plano de tratamento ideal é aquele que leva em consideração as diferentes realidades socioeconômicas dos pacientes em associação com materiais e técnicas disponíveis. A maioria dos materiais utilizados na odontologia estética possuem custos elevados que são inevitavelmente transferidos para o paciente. O desafio do profissional dentista é escolher um tratamento que se adeque à realidade socioeconômica do paciente, além de que o profissional deve dominar a técnica escolhida.

Teixeira *et al* (2022) relatam vantagens no tratamento reabilitador com facetas compostas diretas à mão livre é a necessidade de poucas consultas em comparação com facetas processadas em laboratório, pois nenhuma impressão é necessária para facetas compostas diretas. Vários relatórios clínicos têm corroborado o sucesso da composição de resinas em facetas diretas e em grandes restaurações.

Santos e colaboradores (2022) afirmam que a interação entre a Periodontia e a Dentística restauradora é dinâmica e imprescindível para obtenção de um sorriso harmônico e por isso, é fundamental que o cirurgião-dentista detenha o

conhecimento básico e domínio da técnica, necessários no procedimento restaurador, minimizando, dessa forma, os possíveis traumas ao periodonto.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O fluxo digital demonstrou ser uma ferramenta valiosa no planejamento e execução de reabilitações estéticas, ampliando a previsibilidade e a comunicação interdisciplinar. No entanto, o caso relatado evidenciou limitações práticas: durante o procedimento, o guia cirúrgico quebrou, evidenciando sua fragilidade. Além disso, foi necessário realizar refinamento gengival adicional devido ao fenótipo muito expresso da paciente. Esses achados reforçam que a tecnologia deve atuar como complemento, e não como substituto, da habilidade clínica.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI, Gustavo Tonin; MIOSO, Fernanda Valentim; CESARO, Leonardo de. Reabilitação estética de paciente com sorriso gengival: relato de caso clínico. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.40, n.1, 2019.

ANDRADE, Andreza Alves de *et al.* Utilização de guia cirúrgico para correção de sorriso gengival: relato de caso. **Revista da Faculdade Evangélica de Goianésia**, v. 5, n. 2, 2022.

BARBOSA, Eduarda Paulina *et al.* Benefícios do planejamento digital para cirurgias periodontais estéticas: relato de caso. **Revista de Odontologia de Araçatuba (Impr.)**, 2023.

BATISTA, Marcelo Serra. **FLUXO DIGITAL NA ODONTOLOGIA MODERNA: revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia. Odontologia. Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco. 2021;

BESSA, Carolina Feitosa; DURÃO, Márcia de Almeida. Reanatomização estética dos dentes anteriores com resina composta: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v. 10, 2024.

CASTRO, Karoline Muniz. **Restabelecimento da estética em paciente submetida a cirurgia periodontal de correção do sorriso gengival e restaurações em resina composta – relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia. Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2025.

DELIBERADOR, Tatiana Miranda *et al.* Cirurgia periodontal guiada: associação de fluxo de trabalho digital e piezocirurgia para a correção do sorriso gengival. **Case Reports in Dentistry**, n. 1, 2020.

FREITAS, Gabrielle Ribeiro de *et al.* Reabilitação estética e funcional das bordas incisais dos dentes anteriores com fechamento de diastemas e reanatomização em resina composta: relato de caso clínico. **Rev Odontol Bras Central**, 2021.

FREITAS, Rayfe Heleodoro de *et al.* Aumento de coroa clínica estética utilizando o planejamento digital e guia cirúrgico duplo: relato de caso. **Rev Odontol Bras Central**, v. 31, 2022.

GONTIJO, Sávio Morato de Lacerda *et al.* Digital smile design as a tool in the planning of porcelain laminate veneers restoration. **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 69, 2021.

KINZEL, Henrique Lemes; BALDINI, Henrique Reis. **Erupção Passiva Alterada: Revisão Narrativa da Literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2025.

LIMA, Luan Lucas Brites de. Análise narrativa das diferenças entre o fluxo analógico e digital no ensaio restaurador estético. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023.

MARQUES, Letícia de Souza. **Reabilitação estético funcional: um relato de caso.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia. Centro Universitário Christus. Fortaleza, 2025.

MOREIRA, Monara Almeida; BRANDÃO, Renata Freitas. **Reanatomização de dentes incisivos laterais conoides: comparativo entre resina composta e cerâmica.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia. Universidade Federal de Sergipe, 2021.

MOREIRA, David *et al.* Fluxo digital do planejamento a execução da reabilitação oral estética: revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, 2023.

MOREIRA, Rafaela *et al.* Fluxo digital no planejamento e execução de reabilitações orais estéticas: Uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

NASCIMENTO, João Victor Menezes do *et al.* Tomografia Computadorizada em Odontologia: a rotina de indicações em uma clínica privada de imagens. **Revista Diálogos em Saúde**, Volume 4 - Número 1 - jan./jun. de 2021.

PINTO, Verlaine *et al.* Uso dos princípios da estética vermelha e branca na correção do sorriso gengival - relato de caso. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, vol. 6, issue 8, 2024.

PRAZERES, Ana Beatriz *et al.* Reabilitação estética de dentes anteriores com clareamento e faceta de resina: relato de caso. **Revista Clínica de Odontologia**, v. 6, 2024.

RAPOSA, Rebeca Carvalho. **Uso de dispositivos orientadores em cirurgias periodontais de aumento de coroa clínica estético: uma revisão integrativa.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão. 2023.

ROCHA, Aurélio de Oliveira *et al.* Evidências atuais sobre clareamento dental: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol.15(4), 2022.

ROCHA, Evandro; HEMMER, Bárbara; ROCHA, Valéria. Harmonização do sorriso através da cirurgia plástica periodontal: um relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**, Vol. Sup.26, 2019.

SANTOS, Rejaine Gomes *et al.* O impacto das facetas diretas em resina composta sobre o tecido periodontal: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, 2022.

SILVA, Luma Karolyne da; SILVA, Maria Cecília; MENDONÇA, Izabel Cristina. Clareamento dental em dentes vitais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol. 23(6), 2023.

SOUSA, Ana Victória Ribeiro de *et al.* Odontometria: Análise Comparativa entre os Meios Radiográficos Analógicos e Digitais para Aferição Dentária. **Brazilian Journal Biological Sciences**, v. 12, n. 27, 2025.

TEIXEIRA, Bhrenda Cerqueira *et al.* Longevidade de tratamento reabilitador com facetas diretas e indiretas em dentes anteriores: uma Revisão Narrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, 2022.

VIEIRA, Jaqueline Lino; VINHA, Thais da Costa. Odontologia digital contemporânea. **Revista Científica Unilago**, v. 1, n. 1, 2022.

ZAVOLSKI, Adrielly *et al.* Era de transição: do fluxo de trabalho analógico para o digital em reabilitação oral: relato de caso. **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 69, p. E20210032, 2021.