

ASSOCIAÇÃO DE CLAREAMENTO E INFILTRAÇÃO RESINOSA PARA MANEJO DE ESMALTE FLUORÓTICO: RELATO DE CASO

COMBINED TOOTH BLEACHING AND RESIN INFILTRATION FOR THE
MANAGEMENT OF FLUOROTIC ENAMEL: A CASE REPORT

Ciências da Saúde • 21/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792537396](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792537396)

Leonardo Fernandes da Cunha¹

Mariana Lourenço dos Santos Rodrigues²

Victória Evellyn de Oliveira Vasques³

Marlon Tomas Hurtado Planchett⁴

Rafael Menezes Silva⁵

RESUMO

As opacidades decorrentes da fluorose dentária representam um desafio clínico na odontologia estética, especialmente em situações nas quais se busca a harmonização do sorriso por meio de abordagens minimamente invasivas. Nesse contexto, a associação entre clareamento dental e infiltração resinosa constitui uma alternativa que combina a redução do contraste cromático entre o esmalte afetado e o tecido adjacente com o mascaramento óptico das opacidades. O presente estudo tem como objetivo relatar o manejo estético de uma paciente com fluorose dentária, submetida a um protocolo associando clareamento dental e infiltração resinosa. A abordagem associativa apresenta potencial para o manejo estético conservador das opacidades por fluorose, embora a previsibilidade e a estabilidade dos resultados devam ser interpretadas considerando as particularidades clínicas e as limitações inerentes a um relato de caso.

Palavras-chave: Fluorose dentária; Infiltração resinosa; Clareamento dental; Estética.

ABSTRACT

Opacities resulting from dental fluorosis pose a clinical challenge in aesthetic dentistry, particularly when the goal is to achieve a harmonious smile through minimally invasive approaches. In this context, combining dental bleaching with resin infiltration offers an alternative that reduces the color contrast between the affected enamel and the surrounding tissue, while also masking the opacities. This study reports on the aesthetic management of a patient with dental fluorosis, who underwent a protocol combining dental bleaching and resin infiltration. This combined approach shows potential for the conservative aesthetic management of fluorosis-related opacities; however, the predictability and stability of

the results should be interpreted with caution, taking into account specific clinical circumstances and the inherent limitations of a case report.

Keywords: Dental fluorosis; Resin infiltration; Dental bleaching; Aesthetics.

[Enviar feedback](#)

1. INTRODUÇÃO

As opacidades do esmalte dentário representam um desafio clínico na odontologia estética, especialmente quando acometem dentes anteriores, podendo comprometer a harmonia do sorriso e repercutir negativamente na autoestima e nas interações sociais dos pacientes (Barbosa et al., 2025; Pilli et al., 2022). Essas alterações apresentam etiologias distintas, como a fluorose dentária. E está associada à exposição excessiva ao fluoreto durante a amelogênese, ocasionando alterações na maturação e mineralização do tecido adamantino, frequentemente caracterizadas pelo aumento da porosidade subsuperficial. A presença de microporos preenchidos por água ou ar modifica o comportamento óptico do esmalte, aumentando o espalhamento da luz em decorrência das diferenças entre os índices de refração desses meios, o que resulta na manifestação clínica de opacidades esbranquiçadas (Kim et al., 2011; Ndokaj et al., 2021).

O clareamento dental pode atuar como intervenção nesse protocolo terapêutico, contribuindo para a harmonização cromática do sorriso. Por meio da oxidação de compostos cromóforos presentes nos tecidos dentários, o clareamento modifica a coloração do esmalte e da dentina, podendo reduzir o contraste visual entre as opacidades e

as estruturas adjacentes. Dessa forma, favorecendo uma abordagem estética conservadora (Barbosa et al., 2025; Carneiro et al., 2025).

Nesse contexto, a infiltração resinosa com Icon (DMG, Hamburgo, Alemanha) apresenta-se como uma alternativa para o manejo estético de determinadas opacidades do esmalte. A técnica consiste na penetração, por forças capilares, de uma resina infiltrante fotopolimerizável de baixa viscosidade na rede de microporos da lesão, após condicionamento ácido da superfície, dispensando a realização de preparos cavitários convencionais. Como o índice de refração da resina infiltrante (aproximadamente 1,46) é mais próximo ao do esmalte dentário (aproximadamente 1,62) do que os índices do ar e da água, seu preenchimento reduz o espalhamento da luz nas interfaces internas, promovendo o mascaramento óptico das opacidades e conferindo à região tratada uma aparência mais semelhante à do esmalte adjacente (Bouroni et al., 2021; Lemos et al., 2026).

Diante disso, a associação entre clareamento dental e infiltração resinosa representa uma possibilidade terapêutica para o manejo estético de opacidades decorrentes da fluorose dentária, com preservação da estrutura dental em comparação às intervenções restauradoras que exigem maior remoção tecidual. Entretanto, a resposta clínica pode variar conforme as características das lesões, tornando relevante a documentação dos resultados e de sua manutenção ao longo do tempo. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar o tratamento estético de uma paciente com fluorose dentária por meio da associação entre clareamento dental e infiltração resinosa.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 23 anos, leucoderma, procurou atendimento odontológico com queixa principal de insatisfação estética com manchas e opacidades nos dentes anteriores superiores. Relatou que as alterações estavam presentes desde a erupção dos dentes permanentes, há aproximadamente 15 anos, e que lhe causavam grande incômodo. A paciente havia sido atendida anteriormente por outro cirurgião-dentista, que realizou desgaste do esmalte com broca multilaminada com o objetivo de remover as manchas, com resultado insatisfatório.

Na anamnese, a paciente relatou ingestão frequente de dentifrício fluoretado aos 5 anos de idade, período compatível com a formação do esmalte dos dentes anteriores. Relatou que, na infância, levava o dentifrício escondido para a escola, sem o conhecimento dos pais, mas não soube precisar a idade em que isso ocorreu. Negou histórico familiar de alterações dentárias semelhantes.

Ao exame clínico, observaram-se opacidades brancas e opacas, distribuídas de forma bilateral e simétrica nos dentes anterossuperiores. Nos incisivos centrais, havia linhas brancas finas e horizontais associadas a áreas de opacidade difusa no terço cervical. Nos incisivos laterais e caninos, as opacidades apresentavam-se como manchas irregulares, com tendência à confluência, nos terços médio e incisal. O esmalte exibia superfície lisa, com discreta perda de estrutura decorrente do desgaste realizado anteriormente nos dentes 11 e 21, sem pigmentação marrom evidente. Os achados, associados ao histórico de ingestão de flúor durante a infância, foram compatíveis com fluorose dentária, classificada como TF2, segundo o índice Thylstrup-Fejerskov (Índice TF). Foi realizado o registro fotográfico inicial (Figuras 1 e 2).

Figura 1. Vista pré-clínica de paciente com esmalte fluorótico e comprometimento estético



Figura 2. Imagem intraoral com vista ampliada dos dentes anteriores com opacidades decorrentes de fluorose e contraste com esmalte inalterado adjacente



O diagnóstico foi estabelecido baseando-se na anamnese completa, no exame clínico e no registro fotográfico com câmera profissional, utilizando afastador para os lábios e secagem do esmalte com a seringa tríplice. A anamnese permitiu identificar a ingestão de dentifrício fluoretado durante a infância, período de formação do

esmalte, além de exposição a aplicações tópicas de flúor, e a ausência de histórico familiar de alterações dentárias semelhantes. No exame clínico, foram avaliados a localização, simetria, extensão e características das opacidades, além da integridade da superfície do esmalte.

No caso descrito, o acometimento bilateral e simétrico, com linhas horizontais e manchas difusas de limites imprecisos, favoreceu o diagnóstico de fluorose dentária. Além disso, a ausência de histórico familiar e de trauma e a exposição ao flúor durante a formação do esmalte corroboraram esse diagnóstico.

O clareamento dental foi realizado pela técnica caseira supervisionada, com peróxido de carbamida a 10% (Whiteness Perfect; FGM), durante 21 dias, em aplicações noturnas de oito horas. A paciente não relatou sensibilidade dentária durante o tratamento, dispensando medidas adicionais para seu controle (Figura 3).

Figura 3. Aspecto clínico inicial 2 semanas após o clareamento dental, em vista frontal, evidenciando atenuação de contraste entre as opacidades e o esmalte adjacente



Duas semanas após o término do clareamento, realizou-se a infiltração resinosa. Inicialmente, as superfícies dentárias foram submetidas à profilaxia com pedra-pomes e água, seguida de isolamento absoluto modificado. Aplicou-se gel de ácido clorídrico a 15% (Icon Etch; DMG), conforme as recomendações do fabricante, para promover a erosão controlada e remover a camada superficial do esmalte nas áreas de opacidade, permitindo o acesso às microporosidades subsuperficiais. O condicionamento foi realizado nos dentes 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 e 25, abrangendo as opacidades e uma extensão de 1 a 2 mm ao seu redor (Figuras 4 e 5).

Figuras 4 e 5. Aplicação de ácido clorídrico a 15% (Icon Etch; DMG) sobre as opacidades de 1 a 2 mm ao redor, sob isolamento absoluto modificado



Fonte: Autores (2026).

O gel ácido foi removido por aspiração, seguida de lavagem das superfícies, nas quais se observou opacificação significativa. Aplicou-se, então, etanol (Icon Dry; DMG) por 30 segundos, conforme as recomendações do fabricante (Figura 6). Nessa etapa, a inspeção visual das opacidades é necessária para determinar a necessidade de repetir o condicionamento ácido, indicado quando a coloração branco-opaca do esmalte condicionado não diminui após o umedecimento com etanol. A etapa seguinte foi realizada com o substrato completamente seco.

Figura 6. Aplicação de etanol (Icon Dry; DMG) por 30 segundos para desidratação das lesões e avaliação visual da redução das opacidades



O Icon Infiltrant (DMG) foi aplicado com a ponta de micropincel do kit Icon e mantido por 10 minutos para permitir a penetração da resina de baixa viscosidade por capilaridade (Figura 7). Durante essa etapa, a luz da cadeira odontológica foi desligada para evitar interferência na polimerização do material resinoso. As faces tratadas foram fotopolimerizadas por 40 segundos com luz LED colimada (Radii-Cal CX; SDI).

Figura 7. Aplicação do Icon Infiltrant (DMG) com o micropincel do kit Icon



Por fim, as superfícies de cada dente foram polidas em baixa rotação com discos de polimento para compósito e água (Rotatory Polishing Silicone, Kit 1921; Jota, Rüthi, Suíça), sem aplicação de pastas de polimento, conforme as recomendações do fabricante (Figuras 8 e 9). O resultado final do protocolo combinado, após a infiltração resinosa, está ilustrado na Figura 10.

Figuras 8 e 9. Aspecto clínico final após o polimento, evidenciando o mascaramento das opacidades do esmalte





Figura 10. Aspecto clínico final dos dentes anteriores superiores após a infiltração resinosa, em vista intraoral frontal



A manutenção do resultado estético foi acompanhada de elevada satisfação da paciente, que atribuiu nota máxima (10) em uma escala de 0 a 10 e relatou ausência de sensibilidade e desconforto. A paciente também referiu maior segurança ao sorrir e aumento expressivo da autoestima após o tratamento. A paciente apresentou ótima adesão, cumprindo o protocolo de clareamento caseiro conforme orientado e sem faltar a nenhuma consulta, além de boa tolerância ao tratamento.

3. DISCUSSÃO

A natureza conservadora da abordagem constitui um dos principais pontos fortes do caso relatado, uma vez que a infiltração resinosa

dispensa preparo cavitário, embora envolva a remoção superficial controlada do esmalte durante o condicionamento ácido. O clareamento caseiro, por sua vez, configura uma intervenção minimamente invasiva, que preserva a estrutura do esmalte e mantém a possibilidade de outras alternativas estéticas caso o resultado desejado não seja alcançado. Portanto, o sinergismo entre essas propostas terapêuticas proporcionou, no presente estudo, um resultado estético favorável.

O clareamento dental, por meio da oxidação dos cromóforos, promoveu um efeito óptico perceptível na transição entre as opacidades e o esmalte hígido, caracterizado como efeito de bisel. Dessa forma, mostrou-se bem-sucedido como intervenção coadjuvante no mascaramento das manchas brancas do esmalte fluorótico, previamente à infiltração resinosa (Carneiro et al., 2025).

A infiltração resinosa emprega uma resina de baixa viscosidade que penetra nos espaços intercristalinos da hidroxiapatita em lesões subsuperficiais do esmalte, reduzindo o espalhamento da luz. Esse fenômeno óptico encontra-se aumentado nas manchas brancas em razão da discrepância entre os índices de refração do esmalte hígido (1,62) e da água presente nas porosidades (1,33). O preenchimento desses espaços pelo Icon, por capilaridade, confere à região infiltrada um índice de refração em torno de 1,52, mais próximo daquele do esmalte hígido. Esse mecanismo favorece o mimetismo óptico com o tecido adjacente inalterado, sem necessidade de preparo cavitário (Kim et al., 2011) .

Nesse contexto, a associação entre a ação química do clareamento e a penetração capilar do infiltrante resinoso apresenta-se como uma abordagem favorável ao manejo de manchas brancas. Em

comparação com outras alternativas, destacam-se a rapidez, o caráter conservador, a ausência de dor e a estabilidade do resultado para a paciente.

Ademais, a paciente teve excelente adesão e boa tolerância ao protocolo, o que reduz vieses de execução e aumenta as chances de garantir um resultado satisfatório. Foram considerados os diagnósticos diferenciais, com base nos critérios clínicos e na anamnese da paciente.

Os achados do caso clínico relatado concordam com a literatura: um estudo clínico no qual 200 lesões de fluorose foram tratadas com infiltração resinosa (Icon) também apresentou resultado satisfatório (Zotti et al., 2021).

4. CONCLUSÃO

No presente relato de caso, a associação entre clareamento dental e infiltração resinosa possibilitou uma abordagem conservadora, na qual o clareamento contribuiu para a redução do contraste cromático entre as opacidades decorrentes da fluorose e o esmalte adjacente, enquanto a infiltração resinosa favoreceu o mascaramento óptico das lesões por meio do preenchimento de suas microporosidades subsuperficiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, L. M. M. et al. Impact of bleaching on white spot lesions: hydrogen peroxide permeability and color alteration. **Clinical Oral Investigations**, v. 29, art. 401, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-025-06490-3>.

BOURONI, S. et al. Efficacy of resin infiltration to mask post-orthodontic or non-post-orthodontic white spot lesions or fluorosis: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, v. 25, n. 8, p. 4711-4719, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-021-03931-7>.

CARNEIRO, T. S. et al. Resin infiltration and in-office dental bleaching on different substrates: hydrogen peroxide penetration, color change, and enamel morphology – an in vitro study. **Clinical Oral Investigations**, v. 29, n. 10, art. 465, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-025-06569-x>.

CASTRO, M. J. et al. Differential diagnosis of developmental defects of enamel: a review. **Annals of Medicine**, v. 53, suppl. 1, p. S49-S50, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.1897305>.

CAZZOLLA, A. P. et al. Efficacy of 4-year treatment of icon infiltration resin on postorthodontic white spot lesions. **BMJ Case Reports**, v. 2018, art. bcr2018225639, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-225639>.

GAGNIER, J. J. et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, n. 1, p. 46-51, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.003>.

GUGNANI, N. et al. Comparative evaluation of esthetic changes in nonpitted fluorosis stains when treated with resin infiltration, in-office bleaching, and combination therapies. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 29, n. 5, p. 317-324, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jerd.12312>.

HOUARI, S. et al. Multi-scale characterization of developmental defects of enamel and their clinical significance for diagnosis and treatment. **Acta Biomaterialia**, v. 169, p. 155-167, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.actbio.2023.08.011>.

KIM, S. et al. The evaluation of resin infiltration for masking labial enamel white spot lesions. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, n. 4, p. 241-248, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2011.01126.x>.

LEMOS, L. M. et al. Resin infiltration for esthetic improvement of enamel defects in primary incisors. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 38, n. 7, p. 1315-1322, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1111/jerd.70150>.

LIMA, G. Q. T. et al. Manchas brancas em esmalte dentário: cárie dentária, hipoplasia ou fluorose? Uma abordagem crítica. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 16, n. 2, p. 112-118, 2015.

MARTINS, M. R. S.; SILVA, I. L. I.; ABRANTES, R. M. Hipomineralização molar-incisivo: a importância do diagnóstico diferencial para instituir um tratamento adequado aos pacientes afetados por esta condição. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e432101018801, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18801>.

NDOKAJ, A. et al. Treatment of developmental defects of enamel. **La Clinica Terapeutica**, v. 172, n. 1, p. 55-56, 2021. DOI: <https://doi.org/10.7417/CT.2021.2282>.

PILLI, L. N. et al. An extensive comparison of the clinical efficiency of acidulated phosphate fluoride (APF) and neutral sodium fluoride (NaF) oral rinses in the prevention of white spot lesions during fixed

orthodontic treatment: a randomized controlled trial. **BioMed Research International**, v. 2022, art. 6828657, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1155/2022/6828657>.

PINTO, L. X. L. et al. Defeitos no desenvolvimento do esmalte dentário: etiologia, características clínicas e tratamento – uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 6, p. 31042-31059, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-345>.

ZHU, J. et al. Expert consensus on the diagnosis and management of tooth developmental anomalies. **International Journal of Oral Science**, v. 18, art. 12, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41368-025-00401-8>.

ZOTTI, F. et al. Resin infiltration in dental fluorosis treatment: 1-year follow-up. **Medicina (Kaunas)**, v. 57, n. 1, art. 22, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina57010022>.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Publicação de relato de caso clínico

Título do relato: Combined tooth bleaching and resin infiltration for the management of fluorotic enamel: a case report with a 15-month follow-up.

Pesquisador responsável: Leonardo Fernandes da Cunha, cirurgião-dentista (DDS, MSc, PhD), Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Contato institucional: cunha.leonardo@unb.br

Você está sendo convidado(a) a autorizar a publicação do seu caso clínico em revista científica. O objetivo é divulgar à comunidade científica e a profissionais da odontologia o diagnóstico, o tratamento realizado (infiltração resinosa associada ao clareamento dental) e a evolução ao longo de 15 meses, para contribuir com o conhecimento acerca do tratamento da fluorose dentária.

Serão utilizados dados do prontuário, informações clínicas, exames e fotografias do seu tratamento, exclusivamente para fins científicos e acadêmicos (artigos, congressos e atividades acadêmicas).

Não serão divulgados seu nome, iniciais, CPF, endereço, telefone, número de prontuário ou data de nascimento completa. As imagens serão enquadradas apenas na área de interesse clínico. Os dados serão tratados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), com acesso restrito à equipe e guarda por 5 anos, após os quais serão destruídos ou anonimizados.

O principal risco é a quebra de confidencialidade. Mesmo sem o seu nome, pessoas que conheçam você podem reconhecê-lo(a), principalmente se as imagens mostrarem parte do rosto. Depois de publicado, o artigo pode ficar na internet por tempo indeterminado, ser copiado ou ter imagens usadas fora de contexto, e também pode haver constrangimento ao ver as imagens publicadas. Os riscos do tratamento já foram explicados a você em termo específico, e esta publicação não os altera.

Não há benefício direto para você. A contribuição é científica: o relato pode ajudar outros profissionais a tratar casos semelhantes.

Aceitar ou recusar não altera o seu atendimento. Você pode retirar o consentimento a qualquer momento antes da publicação, sem justificar. Depois de publicado, não será possível remover o material já divulgado. Este termo é assinado em duas vias, rubricadas em todas as folhas: uma para você e outra para o pesquisador.

Declaração. Li este termo, compreendi as informações e autorizo, de forma livre e esclarecida, o uso dos meus dados clínicos, exames e imagens para os fins descritos.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Nome do(a) participante:

CPF/documento:

Local e data:

ANEXO B – Checklist CARE (CAsE REport guidelines)

Topic	Item	Checklist Item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	_____
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report" . . .	_____
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	_____
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	_____
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	_____
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	_____
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	_____
Patient Information	5a	De-identified patient specific information.	_____
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient.	_____
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	_____
	5d	Relevant past interventions with outcomes	_____
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings.	_____
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	_____
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys).	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	_____
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	_____
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	_____
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	_____
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	_____
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	_____
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	_____
	10d	Adverse and unanticipated events	_____
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references.	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	_____
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	_____
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	_____
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes ☐ No ☐

¹ Professor de Dentística da UnB (DDS, MSc, PhD). Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB). Endereço postal: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, CEP 70910-900. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGODT), Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Endereço postal: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, CEP 70910-900. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Endereço postal: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, CEP 70910-900. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

⁴ Especializando em Dentística da Faculdade do Centro-Oeste Paulista (FACOP) Bauru-SP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Coordenador da especialização em Dentística da Faculdade do Centro-Oeste Paulista (FACOP) Bauru-SP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)