

Atualidades de Cimentos de Ionômero de Vidro: Revisão de Literatura e Caso Clínico

Updates on Glass Ionomer Cements: Literature Review and Clinical Case

Actualización de los Cementos de Ionómero de Vidrio: Revisión Bibliográfica y Caso Clínico

Bruna Letícia Faniela Matarucco de **OLIVEIRA**

Graduação em Odontologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 16015-050 Araçatuba- SP, Brasil

<https://orcid.org/0009-0007-3986-0410>

Caio César **PAVANI**

Professor Assistente Doutor, Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Universidade Estadual Paulista (Unesp),

Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 16015-050 Araçatuba- SP, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-8682-0557>

Isis Almela Endo **HOSHINO**

Doutora em Odontologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 16015-050 Araçatuba- SP, Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-8570-0425>

Bruna **PERAZZA**

Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp),

Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 16015-050 Araçatuba- SP, Brasil

<https://orcid.org/0009-0009-1890-6453>

Anderson **CATELAN**

Professor Assistente Doutor, Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Universidade Estadual Paulista (Unesp),

Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 16015-050 Araçatuba- SP, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-5916-8655>

Ticiane Cestari **FAGUNDES**

Professora Associada Doutora, Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Universidade Estadual Paulista (Unesp),

Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 16015-050 Araçatuba- SP, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-3418-0498>

Resumo

O cimento de ionômero de vidro (CIV) é um material resultante da combinação entre ácidos poliméricos associados ao pó de vidro inorgânico. Desde a sua introdução em meados de 70 por Wilson e Kent, muitas foram as modificações em busca de aperfeiçoamentos em sua composição e propriedades. O CIV é amplamente utilizado em diversas áreas da Odontologia e seu sucesso se deve, principalmente, à liberação de flúor e sua biocompatibilidade, que configuram o caráter benéfico intrinsecamente ligado aos preceitos preventivos e de técnicas minimamente invasivas da odontologia restauradora. Tomando por base sua natureza físico-química e composição, se dá sua classificação em: cimentos convencionais, cimentos reforçados por partículas de metal, cimentos modificados por resina, cimentos de alta viscosidade e, ainda, cimentos híbridos de vidro. O propósito deste trabalho é revisar a literatura conceitual relacionada ao CIV, abordando tendências atuais de pesquisas, com enfoque na tecnologia híbrida de vidro, norteando o cirurgião-dentista em sua prática clínica. Assim como, descrever um caso clínico demonstrando a utilização do cimento híbrido de vidro, onde um paciente do sexo masculino, com 19 anos, apresentou-se à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, insatisfeito com a estética do seu sorriso e com cárie dentária localizada nos dentes maxilares e mandibulares. Inicialmente, o paciente recebeu instruções sobre higiene bucal e adequação da dieta, com o objetivo de promover mudanças de hábitos que contribuam para a eficácia do tratamento a longo prazo. Posteriormente, as lesões cáries foram removidas com colheres e curetas de dentina. Em sequência, foram feitas limpeza e condicionamento das cavidades. Para a restauração das lesões de cárie, foi utilizado material restaurador híbrido de vidro (Equia Forte, GC, Tóquio, Japão). Uma vez realizados os procedimentos de remoção e restauração de todas as lesões de cárie, o paciente passou a ser mensalmente monitorado e constantemente retomadas as orientações preventivas de higiene bucal e dieta. Concluindo que os CIVs são materiais de grande relevância na prática clínica, considerando suas propriedades físico-químicas superiores, como a capacidade de recarga e a liberação contínua de flúor nas regiões adjacentes à sua aplicação. O material restaurador apresentou comportamento clínico estável após 8 meses de acompanhamento. Conforme demonstrado na literatura, embora os CIVs apresentem limitações clássicas, como baixa resistência mecânica e estética insatisfatória, avanços significativos vêm sendo alcançados nos últimos anos. O sistema EQUIA Forte configura-se como uma importante inovação, desenvolvida com o objetivo de aprimorar as propriedades físicas iniciais desses materiais, sem abrir mão das vantagens inerentes aos CIVs convencionais. Dessa forma, os CIVs reafirmam sua relevância na prática odontológica contemporânea, especialmente por suas propriedades físico-químicas superiores, como a capacidade de recarga e a liberação contínua de flúor nas regiões adjacentes à sua aplicação, favorecendo a prevenção de cáries secundárias e promovendo a longevidade dos tratamentos.

Descritores: Caso Clínico; Cimento de Ionômero de Vidro; Cimento Híbrido de Vidro; Revisão de Literatura.

Abstract

Glass ionomer cement (GIC) is a material resulting from the combination of polymeric acids associated with inorganic glass powder. Since its introduction in the mid-70s by Wilson and Kent, there have been many modifications in search of improvements in its composition and properties. GIC is widely used in several areas of Dentistry, and its success is mainly due to the release of fluoride and its biocompatibility, which configures the beneficial character intrinsically linked to the preventive precepts and minimally invasive techniques of restorative dentistry. Based on their physical-chemical nature and composition, they are classified into conventional cements, cements reinforced by metal particles, resin-modified cements, high viscosity cements and even hybrid glass cements. The purpose of this work is to review the conceptual literature related to GIC, addressing current research trends, with a focus on hybrid glass technology, guiding dentists in their clinical practice. As well as describing a clinical case report demonstrating the use of hybrid glass cement, in which a 19-year-old male patient came to the Araçatuba School of Dentistry dissatisfied with the aesthetics of his smile and with dental caries located in his maxillary and mandibular teeth. Initially, the patient received instructions on oral hygiene and dietary adjustment, with the aim of promoting changes in habits that would contribute to the long-term effectiveness of the treatment. Subsequently, the carious lesions were removed with dentine spoons and curettes. The cavities were then cleaned and etched. Glass hybrid restorative material (Equia Forte, GC, Tokyo, Japan) was used to restore the caries lesions. Once all the caries lesions had been removed and restored, the patient was monitored monthly and preventive oral hygiene and diet guidelines were constantly resumed. It is concluded that GICs are highly relevant materials in clinical practice, considering their superior physicochemical properties, such as the ability to recharge and the continuous release of fluoride in the regions adjacent to their application.

Descriptors: Case Report; Glass Ionomer Cement; Glass Hybrid Cement; Literature Review.

Resumen

El cemento de ionómero de vidrio (CIV) es un material resultante de la combinación de ácidos poliméricos asociados a polvo de vidrio inorgánico. Desde su introducción a mediados de la década de 1970 por Wilson y Kent, se han realizado numerosas modificaciones en busca de mejoras en su composición y propiedades. El CIV es ampliamente utilizado en diversas áreas de la odontología y su éxito se debe principalmente a la liberación de flúor y a su biocompatibilidad, que configuran el carácter benéfico intrinsecamente ligado a los preceptos preventivos y a las técnicas mínimamente invasivas de la odontología restauradora. Atendiendo a su naturaleza físico-química y composición, se clasifican en: cementos convencionales, cementos reforzados con partículas metálicas, cementos modificados con resina, cementos de alta viscosidad y cementos híbridos de vidrio. El objetivo de este artículo es revisar la literatura conceptual relacionada con el CIV, abordando las tendencias actuales de investigación, con especial atención a la tecnología híbrida de vidrio, orientando a los cirujanos dentistas en su práctica clínica. También describe un caso clínico que demuestra el uso del cemento híbrido de vidrio, en el que un paciente masculino de 19 años se presentó a la Facultad de Odontología de Araçatuba, insatisfecho con la estética de su sonrisa y con caries dental localizada en sus dientes maxilares y mandibulares. Inicialmente, el paciente recibió instrucciones sobre higiene bucal y ajuste dietético, con el objetivo de promover cambios de hábitos que contribuyeran a la eficacia del tratamiento a largo plazo. Posteriormente, se eliminaron las lesiones cariosas con cucharillas y curetas de dentina. A continuación, se limpiaron y grabaron las cavidades. Se utilizó material restaurador híbrido de vidrio (Equia Forte, GC, Tokio, Japón) para restaurar las lesiones de caries. Una vez eliminadas y restauradas todas las lesiones de caries, se realizó un seguimiento mensual del paciente y se reanudaron constantemente las pautas preventivas de higiene oral y dieta. En conclusión, los CIV son materiales de gran relevancia en la práctica clínica, teniendo en cuenta sus propiedades físicoquímicas superiores, como la capacidad de recarga y la liberación continua de flúor en las regiones adyacentes a su aplicación. El material restaurador mostró un comportamiento clínico estable tras 8 meses de seguimiento. Como muestra la literatura, aunque los CIV presentan limitaciones clásicas, como una baja resistencia mecánica y una estética insatisfactoria, en los últimos años se han realizado avances significativos. El sistema EQUIA Forte constituye una importante innovación, desarrollada con el objetivo de mejorar las propiedades físicas iniciales de estos materiales, sin renunciar a las ventajas inherentes a las CIV convencionales. De esta forma, los CIV reafirman su relevancia en la práctica odontológica contemporánea, especialmente debido a sus propiedades físicoquímicas superiores, como la capacidad de recarga y la liberación continua de flúor en las regiones adyacentes a su aplicación, favoreciendo la prevención de la caries secundaria y promoviendo la longevidad de los tratamientos.

Descriptores: Caso Clínico; Cimento de Ionómero de Vidrio; Cimento Híbrido de Vidrio; Revisión Bibliográfica.

INTRODUÇÃO

A ascensão da busca por tratamentos restauradores dentais nas últimas décadas tem refletido em progressos significativos na ciência dos biomateriais, a fim de solucionar exigências tanto quanto à estética, como no correto desempenho clínico, com base em conceitos atuais associados a prática odontológica minimamente invasiva.¹³

A designação do termo biomaterial é atribuída a materiais que apresentam efeitos biológicos no tecido vivo quando em contato com o remanescente dentário, uma vez que possuem ou liberam moléculas capazes de inibir a adesão bacteriana ou impedir a formação de biofilme, além de induzirem a precipitação química de minerais como Flúor, Cálcio, dentre outros.¹³ Como resultado, tem-se a promoção de uma resposta biológica ao elemento dental, o que reforça os fatores atrelados ao sucesso das restaurações dentais.¹⁰³

O êxito em procedimentos restauradores se deve à três principais fatores: o primeiro é relativo ao paciente, haja vista a constância de desafios e variantes do ambiente bucal a que são expostos os materiais restauradores, como atividades bioquímicas e degradações por alterações térmicas e de pH.^{18,84} O segundo diz respeito a execução correta da técnica por parte do operador. O terceiro e último fator, corresponde às propriedades mecânicas e físicas do material empregado.¹⁸

Os requisitos ideais de um material restaurador são representados pela passividade, estabilidade, ausência de interação inadequada com o ambiente circundante da cavidade bucal, boa resistência à compressão e tração para resistir às forças mastigatórias oclusais, e capacidade de mimetizar as propriedades ópticas das estruturas dentinárias o mais próximo possível.⁹⁵

Diante disso, resina composta e cimento de ionômero de vidro (CIV) são os materiais odontológicos preconizados e de uso rotineiro para realizar restaurações diretas. Ambos apresentam atributos específicos que explicam sua popularidade e limitações.²⁶

O CIV consiste em um material composto por partículas inorgânicas de vidro dispersas em uma matriz insolúvel de hidrogel, desenvolvido por Wilson e Kent no ano de 1972, como uma proposta de evolução dos cimentos de silicato e policarboxilato de zinco, resultando em um material com especificidades similares.⁷²

Em comparação com as propriedades das resinas compostas, o CIV exibe quantidade inferior de retenção de biofilme, em razão de sua capacidade de liberar agentes como íons flúor, os quais interferem no processo cariogênico, modulando o biofilme quantitativa e qualitativamente.^{30,106} Além disso, a viabilidade de

inserção deste material em um único incremento nas cavidades minimiza a incorporação de bolhas, bem como, a contaminação entre camadas.²⁸

Os CIVs são tidos como materiais restauradores autoadesivos graças a sua capacidade de estabelecer uma ligação química com os tecidos duros dentais.⁸⁸ Por tratar-se de um material quimicamente ativado, não apresenta problemas vinculados à contração de fotopolimerização, como a formação de fendas marginais e infiltração de bactérias, cruciais para o desenvolvimento de lesões cáries secundárias.^{50,68}

Esta particularidade do CIV está atrelada, em especial, ao coeficiente de expansão térmica próximo ao da estrutura dentária, o que oportuniza alterações dimensionais similares ao elemento dental, produzindo menos tensões na interface e assegurando um efetivo selamento marginal, com diminuição da ocorrência de microinfiltração e seus possíveis desfechos.¹³ Entretanto, os CIVs ainda têm sido insuficientes em seu desempenho estético devido sua alta opacidade e clínico devido à baixa resistência abrasiva, não se adequando em restaurações amplas, com alta carga mastigatória.^{27,115}

A indústria odontológica em paralelo à literatura científica tem demonstrado uma tendência em relação à criação de novos materiais restauradores híbridos. A abordagem inovadora engloba a fusão das propriedades benéficas das resinas compostas, como estética, alta resistência mecânica e de união, combinadas aos CIVs e suas características autoadesiva, tolerância à umidade e liberação de íons.⁴⁶ Como fruto desta, tem-se a variante resinosa e autoadesiva dos CIVs convencionais, obtida pela modificação por resina (RM-CIVs) e cujos testes e pesquisas vigentes evidenciaram boas características mecânicas,⁴¹ além de valores razoáveis de resistência de união.³⁹

Com base no estudo realizado por Francois et al. (2020), foi considerada bioativa toda a família de ionômeros de vidro, incluindo formulações modificadas por resina e altamente viscosas.

Entretanto, o estudo dos materiais restauradores dentários e dos avanços nos biomateriais evidencia a importância de uma abordagem cada vez mais sofisticada e precisa na prática odontológica. O desenvolvimento e a aplicação de materiais que atendam as características biocompatíveis e funcionais, além dos requisitos estéticos, são essenciais para o sucesso das restaurações a longo prazo. A evolução dos materiais, como os ionômeros de vidro modificados por resina, mostra a busca continua por inovações, refletindo diretamente na qualidade do tratamento odontológico, promovendo uma estética mais natural.

Portanto, o trabalho realizado nesse campo é crucial, pois a escolha adequada dos materiais restauradores impacta diretamente na qualidade, durabilidade e evolução dos tratamentos dos pacientes. Assim, o presente estudo é uma revisão de literatura conceitual relacionada ao CIV, abordando tendências atuais de pesquisas, com enfoque na tecnologia híbrida de vidro, norteador o cirurgião-dentista em sua prática clínica. Assim como, a descrição de um caso clínico utilizando-se uma nova formulação de CIVs, denominados cimentos híbridos de vidro

REVISÃO DA LITERATURA

○ *Histórico*

Os CIVs foram retratados na literatura primeiramente por Wilson, Kent em 1972. A contar desse tempo, os CIVs conquistaram popularidade e têm sido utilizados em diversas situações clínicas⁸⁵.

Conforme o proposto pelas normas da International Organization for Standardization – ISO, os CIVs devem ser nomeados como cimentos de poliacenoato⁴². Todavia, o termo ionômero de vidro, atribuído pelos inventores¹¹⁴, é comumente utilizado e aceito na literatura científica⁵⁸.

Pertencentes à classe de materiais conceituados como cimentos ácido-base, os CIVs são determinados pelo produto da reação de ácidos poliméricos fracos com vidros em pó de caráter básico. A presa se dá em soluções concentradas em água e a estrutura final apresenta uma porção considerável de vidro não reagido que funciona como carga para reforçar o cimento⁹⁹. A composição do pó é formada por três elementos indispensáveis: sílica (SiO₂), alumina (Al₂O₃) e fluoreto de cálcio (CaF₂). Já o líquido, constitui-se por uma solução aquosa de ácidos poliacenóicos com a integração de catalisadores de presa⁷⁶.

Existem duas apresentações comerciais para esses materiais: uma mistura manual de pó-líquido ou uma cápsula pré-dosada que precisa ser vibrada mecanicamente²⁶.

Desde o início do seu desenvolvimento na década de 70, diversas foram as modificações em sua composição com o intuito de aperfeiçoar suas características clínicas¹⁰⁵. A mais antiga configuração do CIV foi inserida como cimentos poliacrílicos de aluminossilicato. Esses cimentos exibiam alta proporção de alumínio para sílica em sua composição em pó em comparação com os cimentos de silicato tradicionais. Adicionalmente, utilizavam também ácido poliacrílico, conhecido por ser um ácido mais fraco em relação ao ácido fosfórico usado em cimentos de silicato¹⁰. Sua formulação originária já apresentava adesão às estruturas dentais e liberação de flúor, no entanto, resultou também em uma pasta que se espessava durante a manipulação, com prolongado tempo de

presa e baixa resistência mecânica. Fato que levou a posterior incorporação do ácido tartárico, de modo a aprimorar as propriedades físicas do CIV, que passou a apresentar maior tempo de trabalho e maior resistência mecânica e ao ataque ácido⁴⁴. A forma pioneira de líquido utilizada para o CIV foi um homopolímero em que 50% de sua composição era à base de ácido poliacrílico. Entretanto, este sofreu uma reação de geleificação em razão à ligação de hidrogênio presente⁵⁷. O copolímero de ácido itacônico foi introduzido visando anular a reação de geleificação⁷⁶.

O polímero influi sob as propriedades do CIV gerado a partir deles. Altos pesos moleculares intensificam a resistência do cimento endurecido, em contrapartida, dificultam a mistura por apresentar alta viscosidade. Desta forma, os pesos moleculares são escolhidos a fim de equiparar esses efeitos concorrentes. As propriedades de excelência são atingidas com pesos moleculares médios de 11.000 (média numérica) e 52.000 (média de massa), fornecendo polidispersidade de 4.7²⁴.

A busca constante por melhorias nas propriedades mecânicas do CIV impulsionou a inclusão de partículas de metais, zircônia e reforço por fibras de vidro ao material, com o propósito de aumentar a sua resistência ao desgaste e a fratura⁵². No ano de 1991, foram lançados no mercado os RM-CIVs, que, além da composição básica dos ionômeros convencionais, passaram a apresentar, como componente da sua constituição, o monômero HEMA (2-hidroxietil metacrilato) e o iniciador canforquinona⁹⁹.

Posteriormente, com o surgimento da técnica restauradora atraumática (ART), houve a necessidade de refinamento das propriedades físicas dos CIVs convencionais, para se obter melhores resultados no uso em áreas sujeitadas a esforços mastigatórios. Com isso, foram desenvolvidos os CIVs de alta viscosidade (HV-CIVs), por meio do aumento na proporção pó-líquido do CIV convencional, exibindo partículas de menor tamanho e em maiores quantidades, que contribuem para o aumento da viscosidade e resistência a compressão do material⁷⁶.

A formulação mais recente dos CIVs pertence à categoria dos cimentos híbridos de vidro, nos quais a matriz convencional é aprimorada com partículas vítreas ultrafinas e de alta reatividade, proporcionando melhorias significativas nas propriedades mecânicas e estéticas⁴³. Apesar de contrastes em sua composição, notam-se propriedades químicas e físicas similares entre os CIVs⁶⁰.

○ *Propriedades do ionômero de vidro*

A seletiva de dado material implica na observância de suas propriedades¹⁰². Assim sendo, as propriedades de destaque do CIV são:

adesão aos tecidos mineralizados, coeficiente de expansão térmica linear similar a estrutura dental, liberação de flúor, resistência mecânica, biocompatibilidade, bioatividade e estética satisfatória, conferindo caráter preventivo e reabilitador ao elemento dental⁷⁹, além de inibir o metabolismo de microrganismos acidogênicos e retardar o progresso da lesão cariosa⁷².

A adesão envolve uma sequência de etapas, uma delas se trata da inserção da pasta de cimento recém-preparada que favorece a umidificação adequada da superfície dental, em virtude do caráter hidrofílico de ambos¹⁰². Esta desenvolve-se de forma rápida pela ligação de hidrogênio entre os grupos carboxila livres presentes no cimento e a água aderida à superfície dentária. No entanto, tais ligações são substituídas por ligações iônicas legítimas resultantes da união entre cátions no dente e grupos funcionais aniônicos no cimento¹⁰⁴. De igual maneira, pode haver ligações entre os grupos carboxilato do ácido poliacrílico e a superfície do dente¹⁰².

Os CIVs possuem coeficientes de expansão térmica muito próximos aos do elemento dental²⁵, fato que contribui para a manutenção do vedamento marginal e maior longevidade das restaurações realizadas⁷⁶. Estudos apontam que esta particularidade é melhor nos CIVs convencionais em comparação aos RM-CIVs, os quais exibem valores similares aos do amálgama ou de resinas compostas híbridas⁸².

É sabido que uma das singularidades principais do CIV está associada à absorção e liberação de flúor na cavidade oral¹⁰². Estudos recentes apontam a capacidade do CIV em adquirir flúor de variadas fontes, e atuar como reservatório deste, o que permite sua constante liberação, prorrogando sua ação anticariogênica⁶.

Nas primeiras 24 horas ocorre o chamado “efeito explosão”, que nada mais é do que a liberação de flúor em abundância, caracterizada pela dissolução do material e por troca iônica, por envolver fluoreto de sódio (NaF) em sua composição⁸⁵.

A natureza combatente de cárie apresentada pelo flúor tem despertado grande interesse em pesquisas quanto ao mecanismo desta ação. É bastante provável a existência de um equilíbrio dinâmico entre o flúor solução e o flúor absorvido pela superfície dos cristais de esmalte, sendo o primeiro presente em líquidos para bochechos, e o segundo, atuante na inibição da desmineralização do esmalte. Para além disso, o flúor acelera a deposição mineral, transmuta a atividade metabólica da placa e, quando líquido, forma fluorapatita e fluoreto de cálcio, elementos com maior resistência à dissolução⁸⁵. Relatos indicam integração constante do CIV com o esmalte adjacente, vinculado ao aumento de cálcio

e fosfato na superfície, o que sugere uma “mineralização adicional” do material após o período de 2 a 3 anos em restaurações in vivo¹¹⁰. Além disso, uma mineralização adicional da estrutura dentária foi encontrada após 10 anos de acompanhamento clínico¹²⁰.

Quanto à resistência mecânica, convém ressaltar que as alterações sofridas pelos RM-CIVs a partir da inclusão de componentes fotopolimerizáveis²⁹, ocasionaram aumento da resistência à interação com a umidade e desidratação precoce, melhorando assim, as propriedades mecânicas, gerando maior estabilidade de cor e longevidade²¹.

Cabe dizer que o CIV possui natureza biocompatível, haja vista a liberação de íons ativos, como fluoreto, fosfato, silicato e sódio, em meio aquoso circundante cujos níveis são biologicamente benéficos²¹. Paralelamente, os CIVs têm capacidade de absorção de íons,25 como cálcio e fosfato, em meio a saliva natural, de forma a desenvolver uma superfície mais rígida⁵³.

As características estéticas e anatômicas foram radicalmente melhoradas a partir da incorporação de nanopartículas de vidro ou cerâmica à composição dos RM- CIVs, de modo a facilitar o polimento da superfície e possibilitar um maior índice de reflexão, o que não se alcançava com os CIVs convencionais⁷².

Atualmente, a norma ISO42 para os CIVs provê valores mínimos para determinadas propriedades físicas. Tais valores são apresentados na Tabela 1, e representam os de menor aceitação para que um material seja liberado no mercado.

O único tipo de resistência retratada pela norma ISO é a resistência à compressão, todavia, os CIVs possuem também resistência razoável à flexão. Assim como esperado, por ser um material composto, este tende a resistir à compressão, a qual é tipicamente melhor quando em proporções mais altas de pó: líquido e alta concentração de políácido⁹⁹.

Tabela 1. Requisitos ISO para Cimentos de Ionômero de Vidro de grau clínico.

Propriedade	Material para Cimentação	Material Restaurador
Tempo de ajuste/min	2,5–8	2–6
Resistência à compressão/MPa	70 (mínimo)	100 (mínimo)
Erosão ácida (máximo)/mm -1	-	0,05
Opacidade, C 0.70	-	0.35–0.90
As solúvel em ácido/mg kg -1	2	2
Pb solúvel em ácido/mg kg -1	100	100

Fonte: Adaptado de SIDHU e NICHOLSON, 2016

Vale pôr em evidência que as propriedades físicas do CIV estão diretamente ligadas a maneira como o cimento é preparado e fatores como a proporção entre pó e líquido, a concentração do políácido, bem como o tamanho das partículas de pó de vidro são cruciais.⁹⁹

○ Classificação do ionômero de vidro

Os CIVs têm sua classificação segundo sua natureza ou aplicação clínica.¹⁰⁸ Em relação à natureza, esses podem ser convencionais, uma vez compostos por pó de partículas de vidro e líquido poliacrílico. Reforçados por metais, se for adicionado ao pó convencional partículas de liga de amálgama ou prata. Modificados por resina, mediante a substituição parcial do líquido convencional por monômero de resina ou metacrilato, usualmente o hidroxietil metacrilato (HEMA)²¹.

Há também os nomeados de alta viscosidade, que apresentam maior proporção pó-líquido e aumento do peso molecular do ácido poliacrílico²⁶, e ainda, cimentos híbridos de vidro, por meio da inclusão de partículas de vidro ultrafino e potencialmente reativo¹³. O cirurgião-dentista deve ter ciência dessa classificação, facilitando sua escolha assertiva sobre o CIV a ser utilizado em sua prática clínica¹⁰⁵.

Os CIVs convencionais são assim nomeados por se apresentarem em sua forma clássica original. Sua produção é obtida a partir da reação ácido-base de uma mistura de pó-líquido. O líquido é formado por água e, em sua maior parte, por ácido poliacrílico¹¹⁴, além deste, outros poliácidos, como ácido tartárico, itacônico, maleico ou tricarbálico também podem ser adicionados para modular a reação e propriedades reológicas do material^{40,99}. Já o pó, possui partículas de fluoroaluminossilicato (FAS) reativas básicas, entretanto, a depender da composição escolhida pelo fabricante, elementos como estrôncio, fosfato, zinco, cálcio e sódio podem ser também incorporados^{75,92,100}.

A reação ácido-base tem seu início a partir da mistura entre o pó e o líquido, em sequência, a presa do material começa quando as partículas FAS são reagidas com a solução de poliácidos. Um gel silícico é parcialmente formado na superfície das partículas FAS. Ligações iônicas com grupos carboxílicos ionizados são formadas por meio da liberação de íons de cálcio, alumínio e flúor. Além disso, na água, estes íons (e eventualmente outros íons) são capazes de ser trocados com o ambiente oral.²⁶ Esta reação de presa é muito lenta. Apesar de um tempo de trabalho relativamente curto, de alguns minutos, propriedades mecânicas aceitáveis carecem de mais tempo para serem alcançadas e são amplamente estabelecidas após 24h. A reação de presa se estende por várias semanas ou mesmo meses, o chamado processo de maturação^{64,80,87}.

Com o objetivo de aumentar as propriedades mecânicas e a resistência do cimento, íons metálicos ou partículas metálicas, comumente prata, foram incorporadas ao pó, em distinção a composição convencional, resultando no CIV reforçado por metais. Estes eram

empregados em superfícies com grande carga mastigatória e apresentavam melhor radiopacidade. Como produto dessas modificações surgiu os *Cermets*, porém, exibiam coloração semelhante ao amálgama, o que configura desvantagem estética¹⁰⁵. Um pequeno número de pesquisas sobre esses materiais é encontrado na literatura⁸⁵.

A fim de tornar melhor as propriedades mecânicas, bem como reduzir o tempo de presa e a sensibilidade do material à contaminação com água ou saliva, foi feita a adição de resina a composição, o que originou a variante RM-CIV. São adicionados ao líquido monômeros e a canforquinona como fotoiniciador⁴⁹. A mistura do pó ao líquido desencadeia duas reações: uma reação ácido-base equivalente à dos CIVs convencionais, e uma reação de polimerização ativada por luz. Mesmo que ambas as reações coexistam, estas competem entre si, de tal modo que quando se inicia a polimerização, a reação ácido-base é limitada^{4,96} e, simultaneamente, os monômeros HEMA não reagidos geram maior absorção de água em razão de sua hidrofilicidade.⁷³

Propriedades mecânicas, como a flexão, são aumentadas ao se comparar com as dos CIVs convencionais.^{67,89} Em comparação a resistência ao desgaste em áreas de tensão mecânica se mantém baixa.¹⁷ Os mecanismos de liberação e recarga de íons, em especial o flúor, são semelhantes aos CIVs convencionais e exibem um pico de liberação após a aplicação^{31,49,71}. Apesar disso, a matriz de resina polimerizada restringe a troca iônica com o meio externo³¹.

Visando o aumento da velocidade de reação, foram criados os HV-CIVs por meio da incorporação de pequenos enchimentos FAS. Houve um aumento da relação entre pó e líquido^{16,35,65,69,93,118,119}, e do peso molecular do ácido poliacrílico¹¹³. A aplicação desse material é vinculada a um verniz fotopolimerizável que o isola do contato com o meio bucal durante a fase inicial da reação de presa, minimizando a sensibilidade as alterações do balanço hídrico^{8,121}. Essas modificações proporcionam um aumento substancial da resistência à flexão e, por consequência, diminuem o risco de fratura coesiva do material, apontada como falha principal dos CIVs convencionais^{38,111,117}. Atualmente, sua resistência ao desgaste é aceitável clinicamente²⁰.

São pertinentes aos HV-CIVs e CIVs convencionais os mesmos mecanismos de liberação e recarga de flúor, incluindo um pico de liberação no ato de sua aplicação, no entanto, o primeiro citado libera flúor em menor quantidade que seu precursor, o CIV convencional^{31,49}. A liberação de íons é capaz de induzir a remineralização dos tecidos duros subjacentes como tem sido apontado em estudos *in*

vitro^{14,55,78,90,112}. Portanto, os HV-CIVs são amplamente utilizados em restaurações oclusais limitadas de Classe I e Classe II em adultos³⁷, restaurações cervicais⁷, em crianças ou como base intermediária na técnica sanduíche⁵⁴.

Recentemente, a evolução dos CIVs ocorreu com um ionômero de vidro híbrido composto por uma nova tecnologia baseada na introdução de partículas de vidro ultrafino e potencialmente reativo, cuja finalidade é propiciar um material com melhores propriedades físicas, maior resistência ao desgaste e liberação de flúor, em comparação aos CIVs convencionais¹³.

A inovação da fórmula permite agilizar e melhorar a formação da matriz, fornecendo maior reforço, além de amplificar a disponibilidade de íons cálcio e fosfato, os quais detêm papel importante nos processos de remineralização e desmineralização das estruturas dentais¹³.

Esta inovação possui o nome comercial de EQUIA® Forte e tem seu uso recomendado para restaurações definitivas em cavidades profundas de classe I, classe V e até mesmo classe II, em virtude das melhorias em sua formulação²³. O sistema atua conjuntamente com EQUIA Forte Coat, um material fotopolimerizável que confere textura superficial lisa e selada, com maior força e resistência ao desgaste, bem como aumenta o brilho, translucidez e estética da restauração¹³.

Estudos clínicos recentes foram elaborados com o propósito de comparar o sistema EQUIA Forte com diferentes tipos de resinas compostas em relação às taxas de sobrevivência, por meio da avaliação de restaurações confeccionadas em cavidades de classe II. Foram observadas taxas de sobrevivência em torno de 93,7% para restaurações feitas com o sistema EQUIA Forte, similares às taxas encontradas nas restaurações realizadas com resina composta (94,5%), num período de dois anos de avaliação^{37,62}.

Segundo Koc Vural et al.⁴⁷, as restaurações com o sistema EQUIA Forte realizadas em pacientes com lesões cervicais não cariosas (classe V) e bruxismo, demonstram comportamento clinicamente aceitável equivalente a uma resina composta nano-particulada (*Ceram X One Universal, Dentsply*) em período bienal.

A respeito da liberação de flúor, num estudo desenvolvido por Dasgupta et al.¹⁵, EQUIA Forte mostrou potencial superior em relação a outros materiais bioativos, como um CIV convencional (Fuji IX GP EXTRA, GC) e algumas resinas compostas com propriedades de liberação de flúor, atributo associado ao aumento da resistência à cárie secundária.

O sistema EQUIA Forte vem sendo apontado como material de restauração eficiente, com destaque para resistência à flexão e dureza superficial, bem como à compressão e fratura

superiores ao seu antecessor, Fuji IX GP e ademais ionômeros de vidro comercializados⁶⁹.

Quanto a microdureza transversal, considerando amostras do sistema EQUIA Forte (EQUIA Forte Fil + EQUIA Forte Coat) em testes de imersão (ciclagem de pH, saliva e refrigerante) por um período quinzenal, apresentou bons resultados em relação a outros materiais de uso convencional⁸³.

Ademais, estudos tem apontado que esmalte e dentina em torno de cavidades restauradas com uso de EQUIA Forte obtiveram menor porcentagem de perda da microdureza superficial, provavelmente relacionado à sua composição¹³.

EQUIA Forte HT é um sistema restaurador híbrido de vidro, lançado em 2019, com a finalidade de melhorar ainda mais as propriedades estéticas de seu precursor, EQUIA Forte, apresentando maior translucidez. Tal característica se deve a redução do índice de refração, tornando-o mais compatível com a matriz^{5,33}.

Em comparação ao seu antecessor (EQUIA Forte), o EQUIA Forte HT tem otimizada sua distribuição do tamanho de partículas e carregamento de matriz, com isso, obteve-se um aumento da resistência à flexão e à compressão. O tempo de extrusão aumentou enquanto o tempo de presa se manteve, facilitando o manuseio, uma vez que o profissional tem mais tempo para inserir o material e esculpir a restauração³³.

É recomendado o uso do EQUIA Forte HT nos seguintes casos: restaurações de classe I, II e V, restaurações intermediárias, construção de núcleo, alternativa ou substituição ao amálgama, restauração de dentes com hipomineralização, restaurações para pacientes geriátricos, pediátricos e com alto risco de cárie³³.

O estudo conduzido por Kutuk et al.⁵¹, em relação ao desempenho do EQUIA Forte HT em restaurações de Classe II com suporte de estresse em dentes decíduos, conclui que esse supera em resistência e estética ao compósito microhíbrido (Gaenial Posterior, GC Corp., Tóquio, Japão) para dentes decíduos e permanentes.

Dentre os benefícios que podem ser citados, destacam-se: tolerância à umidade, que possibilita a restauração rápida e eficiente, enquanto o uso de isolamento absoluto é opcional, pois, devido à característica hidrofílica, tem melhor tolerância a umidade do ambiente oral e fluidos pulpare; resistência de longo prazo à microinfiltração por meio da ligação química à dentina, esmalte e cimento, criando uma estrutura rígida e estável; troca iônica com o meio bucal; coeficiente de expansão térmica próximo à estrutura do dente e baixa contração; mínima sensibilidade pós-operatória; translucidez melhorada para um aspecto mais natural.³³

Entretanto, são ainda escassos os estudos clínicos que autenticuem sucesso clínico referente a longevidade deste material^{3,37,47,62}.

○ *Aplicações clínicas do ionômero de vidro e limitações*

Os CIVs são utilizados na odontologia para fins profiláticos e terapêuticos, tais como: ART, restauração de lesões cariosas, lesões cervicais não-cariosas, selamento de fôssulas e fissuras, forramento e bases de cavidades, cimentação de próteses, fixação de bráquetes ortodônticos e em especialidades endodônticas^{12,79,85}. Entretanto, a grande disponibilidade de marcas no mercado dificulta o selecionar de melhor material para dada situação clínica⁷⁷.

Quando devidamente indicadas e executadas com o material correto, as restaurações feitas com o CIV não são mais consideradas temporárias. Seu uso tem sido promissor e democrático no ART, reduzindo tanto os riscos de contaminação quanto a geração de aerossóis⁷⁷.

Algumas características dos CIVs têm sido primordiais para seu uso preventivo e restaurador na dentição infantil. Estas aplicações se relacionam ao seu potencial anticariogênico, bacteriostático e remineralizador, promovendo estagnação do avanço da lesão cariosa e minimizando a chance de possível recidiva da cárie (cárie secundária)⁷², uma vez entendido que essa se comporta de modo peculiar na dentição decídua, tendo sua progressão acelerada em razão de menor quantidade de tecidos dentais e mineralização⁵⁶. Os bons resultados também se associam ao fato de os dentes decíduos possuírem menor valor de dureza e de força aplicadas na mordida em comparação à do adulto, conferindo diferenças no desgaste entre decíduos e permanentes¹⁰⁵.

Além das propriedades citadas, a escolha do CIV para tratamento de indivíduos com alta propensão ao desenvolvimento de cárie⁸⁵ se deve à sua atuação no reequilíbrio do pH do meio bucal, em virtude da liberação de íons em condições de maior acidificação salivar⁹⁹.

De acordo com Guimarães et al.³⁶, tendo por base um caso clínico, o uso do CIV é apontado como opção de material adequado para capeamento pulpar indireto em cavidades profundas, em situações em que não há risco de exposição pulpar, em razão da liberação de fluoreto e consequente indução a remineralização do dente, além de atuar na redução da sensibilidade pós-operatória.

O CIV é um material de amplo uso em diversas especialidades odontológicas, mas tem sido requisitado em outras áreas médicas, sobretudo na otologia, para reparo de tímpano, implante coclear e outros, além de expansão de uso em cirurgias reconstrutivas ortopédicas⁷².

O artigo realizado por Navarro et al.⁷⁶,

objetivado pela reunião consensual à cerca das limitações de uso clínico dos CIVs convencionais, implica na determinação de propriedades do material, sendo considerada primária a resistência à compressão, microdureza, erosão ácida e liberação de flúor, e secundária, sua relação de contraste e parâmetro de translucidez.

Em comparação às restaurações feitas por amálgama e as feitas por CIVs, a literatura conclui que ambas sejam igualmente satisfatórias, em situações selecionadas^{19,61}. Todavia, em muitos países há uma gama de marcas CIV de baixo custo sendo vendidas como apropriadas para restaurações^{70,81}, isto associado ao regulamento de compra, tende à escolha de materiais de menor custo. Assim, ao validar cientificamente o desempenho clínico de um CIV restaurador, será priorizado sua qualidade e não seu preço⁷⁷.

É importante mencionar que o CIV é dotado de limitações para uso clínico, como baixa resistência à tração e compressão, rugosidade, perda de contorno, desgaste em razão da escovação e alimentos abrasivos, é passível de fraturas, possui prolongado tempo de geleificação, além de questões estéticas por sua limitada translucidez^{72,105}, sendo contraindicado para emprego em áreas de alta carga mastigatória.

Alguns aspectos, com o passar do tempo, podem prejudicar a estética e a durabilidade das restaurações, como: a colonização superficial por microorganismos, incrementando o biofilme; manchas e comprometimento do brilho da superfície restaurada^{48,105}.

Para alcançar resultados mais eficazes, deve-se seguir à risca as orientações dos fabricantes em relação à proporção do material, sua manipulação, aplicação e proteção, evitando propriedades não favoráveis, como a sinérese (perda de água) e embebição (ganho de água), as quais resultam em alterações de dimensão, comprometimento das propriedades mecânicas e surgimento de fissuras⁷⁹. Para proteger a superfície são aplicados vernizes do próprio cimento ou cavitários, sistemas adesivos, vaselina ou esmalte cosmético²⁵.

○ *Avanços*

A nanotecnologia é compreendida como uma ciência e engenharia de sistemas funcionais baseada na escala nanométrica (um bilionésimo de metro), desse modo, quando um material apresenta tamanho dimensional inferior a 100nm, diz-se que esse é um nanomaterial²².

A implementação dessa tecnologia no contexto odontológico tem como principal objetivo a reprodução da arquitetura dos tecidos naturais perdidos, o mais próximo possível, por meio da adaptação de biomateriais dentários, além de oferecer atividade antimicrobiana⁹¹. Isso se deve ao fato de as nanopartículas possuírem

comprovada ação potencialmente antimicrobiana contra o biofilme bacteriano, em razão da presença de uma grande área superficial e elevada densidade de carga, a qual os íons das nanopartículas, quando em contato com os microrganismos, promovem efeito germicida⁷⁴.

Cabe ainda dizer, que o emprego da nanotecnologia na odontologia é amplamente diversificado e abrange diferentes áreas, como: diagnóstico e prevenção, materiais odontológicos e prótese dentária, implantodontia, periodontia, endodontia, odontologia conservadora e estética e odontologia regenerativa¹.

Estudos vigentes apontam que a associação de nanopartículas de óxidos metálicos e metaloides, como TiO_2 , ZnO , MgO , Al_2O_3 , ZrO_2 , SiO_2 , bem como a adição de nanopartículas de apatita em CIVs convencionais, resulta em melhoria nas propriedades mecânicas e biológicas do material, a saber: redução da colonização bacteriana em restaurações dentais, aumento da resistência à compressão e desgaste, aumento da flexibilidade, maior estabilidade química e durabilidade, além de um aumento na liberação de fluoreto^{34,75,98,107,116}.

No entanto, apesar de existirem vários exemplares de estudos laboratoriais a respeito da influência positiva da incorporação de nanomateriais aos CIVs, escassos são os ensaios clínicos que validem esses resultados na prática odontológica¹⁰¹.

Concomitantemente, foram também explorados os efeitos da adição de partículas bioativas à composição dos CIVs, visando aprimorar características prévias ou a incorporação de novas propriedades⁴⁵. Uma das principais vantagens dessa união está atrelada ao uso de vidro bioativo, o qual, uma vez aliado a materiais como cimentos e hidrogéis, é capaz de estimular a proliferação celular, a regeneração do tecido, reduz a necessidade de procedimentos invasivos e atua na prevenção e tratamento de lesões de cárie¹⁰¹.

Algumas pesquisas apontam que os CIVs modificados com vidro bioativo e quitosana exibem maior potencial osteogênico em comparação aos resultados observados com o CIV convencional. Contudo, ainda não suficientes considerando sua resistência mecânica⁹⁴.

Diante o exposto, essas inovações poderão aprimorar o desempenho clínico dos CIVs em suas múltiplas aplicações no cenário odontológico e a tendência é de que estas continuem a transformar a prática da odontologia, possibilitando tratamentos restauradores duradouros, estéticos e funcionais, com benfeitorias tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Um paciente do sexo masculino, com 19 anos, apresentou-se à Faculdade de Odontologia

de Araçatuba, insatisfeito com a estética do seu sorriso e com cárie dentária localizada nos dentes maxilares e mandibulares (Figura 1). O mesmo relatou que havia passado por tratamento ortodôntico e devido ao desenvolvimento das lesões cariosas, este foi interrompido há dois anos.



Figura 1: Condição clínica inicial (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Prof^a Dr^a. Isis Almela Endo Hoshino).

Durante o exame clínico, observou-se higiene bucal deficitária, que, em conjunto com dieta rica em açúcares e carboidratos, classifica o paciente como portador de alto risco para cárie. Desse modo, diante das opções terapêuticas disponíveis, definiu-se que a primeira etapa do tratamento consistiria na redução do risco de cárie e na restauração das lesões cariosas identificadas.

Inicialmente, o paciente recebeu instruções sobre higiene bucal e adequação da dieta, com o objetivo de promover mudanças de hábitos que contribuam para a eficácia do tratamento a longo prazo.

Posteriormente, as lesões cariosas foram removidas com colheres e curetas de dentina, sem muita pressão (Figura 2), realizando a remoção seletiva do tecido cariado, visando a máxima preservação da estrutura dentária (Figura 3). Em sequência, foi aplicado ácido poliacrílico 20% (Cavity Conditioner, GC, Tóquio, Japão) para limpeza e condicionamento das cavidades (Figura 4), seguido de lavagem da cavidade com água (Figura 5), e secagem (Figura 6).

Para a restauração das lesões de cárie, foi utilizado material restaurador híbrido de vidro (Equia Forte, GC, Tóquio, Japão). Após a inserção do material na cavidade em um único incremento (Figura 7), foi realizada a acomodação com espátula de resina (Figura 8), aplicação de vaselina sólida com auxílio de um microbrush (Figura 9) e remoção do excesso com Hollemback (Figura 10).

Para melhorar as propriedades do material e seguindo as recomendações do fabricante, o Equia Forte Coat (Equia Forte Coat, GC, Tóquio, Japão) foi aplicado na superfície da restauração (Figura 11 e fotoativado (Valo, Ultradent Products Inc., South Jordan, UT, EUA) por 20 segundos.

Uma vez realizados os procedimentos de remoção e restauração de todas as lesões de cárie (Figura 12), o paciente passou a ser mensalmente monitorado e constantemente retomadas as

orientações preventivas de higiene bucal e dieta. Em ação complementar aos seus cuidados diários, foi prescrito uso de enxaguante bucal de flúoreto (Solução de Flúoreto de Sódio 0,05%, Farmácia Apothicário, Araçatuba- SP, Brasil). Após 8 meses de controle, o EQUIA Forte Coat foi reaplicado na superfície das restaurações (Figura 13).



Figura 2: Remoção das lesões cáries com instrumento manual cortante (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 3: Aspecto clínico imediato após a remoção das lesões cáries (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 4: Aplicação de ácido poliacrílico com bolinha de algodão e pinça (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 5: Lavagem da cavidade com auxílio de bolinha de algodão e pinça (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 6: Secagem da cavidade com auxílio de bolinha de algodão e pinça (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 7: Inserção do material restaurador (EQUIA Forte) na cavidade (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 8: Acomodação do material restaurador com espátula de resina (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 9: Aplicação de vaselina sólida com auxílio de microbrush (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 10: Remoção dos excessos do material restaurador com auxílio de hollemback (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 11: Aplicação do material protetor de superfície (EQUIA Forte Coat) com auxílio de microbrush (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 12: Aspecto clínico imediato após finalização das restaurações (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).



Figura 13: Aspecto clínico após 8 meses de acompanhamento (Fonte: Prof. Dr. Caio César Pavani e Profª Drª. Isis Almela Endo Hoshino).

DISCUSSÃO

Pesquisas apontam que os procedimentos ortodônticos estão relacionados a um aumento na suscetibilidade ao desenvolvimento de lesões

cariosas. Esse fenômeno pode ser atribuído à utilização de dispositivos ortodônticos, os quais dificultam a higienização bucal e, consequentemente, promovem o acúmulo de biofilme bacteriano. Ademais, a maioria dos indivíduos que passam por tratamento ortodôntico são adolescentes, um grupo etário com maior tendência à baixa adesão às práticas de controle e prevenção do acúmulo de placa¹¹.

Sob a perspectiva da cariologia, torna-se essencial, primeiramente, identificar os pacientes com maior predisposição ao risco antes do início da terapia ortodôntica. Em seguida, faz-se necessário implementar um programa preventivo individualizado, fundamentado na vulnerabilidade específica de cada paciente².

Neste contexto, o ART constitui a estratégia terapêutica de primeira escolha, uma vez que representa um modelo de cuidado odontológico que integra a intervenção minimamente invasiva a métodos educativos e preventivos no controle da cárie dentária. O princípio do ART fundamenta-se na remoção do tecido dentário acometido por cárie por meio exclusivo de instrumentos manuais cortantes, seguida da restauração e selamento das fissuras adjacentes à lesão com um material restaurador adesivo, o CIV⁷⁶.

Os CIVs possuem características distintivas que, ao longo dos anos, os consolidaram como o material preferencial tanto para a aplicação de selantes quanto para a realização de restaurações pelo método do ART. Dentre essas propriedades, destaca-se a adesão química ao esmalte e à dentina, tempo de presa adequado, baixa contração de polimerização, efeito cariostático, potencial remineralizador e a não exigência de eletricidade para sua aplicação⁹.

Na abordagem do ART, os CIVs mais utilizados são os quimicamente ativados, classificados como de alta viscosidade, disponíveis tanto na forma de pó e líquido quanto na versão encapsulada. Os materiais encapsulados apresentam a vantagem de minimizar erros operatórios, uma vez que garantem a proporção exata entre pó e líquido, além de padronizar o processo de espatulação⁹.

Mais recentemente, surgiram no mercado os chamados híbridos de vidro, que também são indicados para selantes e restaurações do ART. Esses materiais preservam as propriedades benéficas dos CIVs convencionais, mas oferecem melhorias significativas em termos de resistência mecânica e durabilidade frente ao desgaste e à erosão. Isso é possível devido à incorporação de partículas de vidro de maior dimensão combinadas com cargas ultrafinas e altamente reativas, que reforçam a estrutura da restauração⁹. Entre esses materiais inovadores, o sistema EQUIA Forte tem

se destacado como uma solução eficiente no contexto do ART, proporcionando restaurações com maior longevidade e resistência ao desgaste, tornando-se, assim, uma excelente opção terapêutica para o manejo da cárie dentária em pacientes ortodônticos.

Estudos clínicos têm demonstrado os bons resultados desse material na aplicação do ART, evidenciando altas taxas de sobrevivência em restaurações oclusoproximais em dentes molares decíduos, em comparação aos materiais a base de resina Riva Self Cure (RSC) e Giomer - GCR (Beautifil Bulk Restorative® - Shofu Inc), por um período de 24 meses de observação. Foram encontradas taxas de sobrevivência de 45% a 58,1% para as restaurações feitas com os materiais EQUIA Forte (Equia Forte® - GC Corp), em comparação às taxas de sobrevivência de 32% e 49,1% para as restaurações realizadas com os compósitos de resina RSC e GCR, respectivamente^{32,86}.

Em dentes permanentes, o cimento híbrido de vidro alcançou taxa de sucesso de 81,9% em molares com restaurações de classe II, após 5 anos de acompanhamento clínico.⁶³ Altas taxas de sucesso também foram encontradas após 1 ano de acompanhamento clínico em restaurações classe I¹⁰⁹.

De acordo com ensaios clínicos em que foram realizadas restaurações em cavidades de classe II utilizando duas versões de cimentos híbridos de vidro (Equia Fil e EQUIA Forte Fil), foram evidenciadas taxas de sucesso de 90 a 97%, com base em critérios distintos de avaliação para o cimento híbrido de vidro, após 2 anos de acompanhamento clínico^{59,66,97}.

Vale ressaltar, que o caso clínico apresentado assim como estudos clínicos precisam ser avaliados a longo prazo para ser possível estimar a longevidade dessa nova categoria de CIV.

CONCLUSÃO

Os CIVs, portanto, representam materiais de grande relevância na prática clínica, considerando suas propriedades físico-químicas superiores, como a capacidade de recarga e a liberação contínua de flúor nas regiões adjacentes à sua aplicação. Essa característica contribui para a prevenção da progressão da cárie, conferindo ao material versatilidade e eficácia. Para a obtenção de melhores resultados clínicos, é essencial que o profissional se mantenha constantemente atualizado, acompanhando as pesquisas mais recentes que embasem a adoção de protocolos clínicos corretos e eficazes. O domínio das propriedades, particularidades e técnicas adequadas de utilização dos materiais é fundamental para a excelência na prática odontológica. Nesse contexto, o cimento híbrido de vidro surge como uma evolução promissora dos

CIVs convencionais, demonstrando comportamento estável quando empregado na técnica ART, mesmo após oito meses de acompanhamento clínico.

REFERÊNCIAS

1. AlKahtani RN. The implications and applications of nanotechnology in dentistry: A review. *Saudi Dent J*. 2018;30(2):107-116.
2. Baeshen HA, Rangmar S, Kjellberg H, Birkhed D. Dental Caries and Risk Factors in Swedish Adolescents about to Start Orthodontic Treatment with Fixed Appliances. *J Contemp Dent Pract*. 2019;20(5):537-542.
3. Balkaya H, Arslan S. A Two-year Clinical Comparison of Three Different Restorative Materials in Class II Cavities. *Oper Dent*. 2020;45(1):E32-E42.
4. Berzins DW, Abey S, Costache MC, Wilkie CA, Roberts HW. Resin-modified glass-ionomer setting reaction competition. *J Dent Res* 2010;89(1):82-6.
5. BinSaleh S, Sulimany AM, Aldowsari MK, Al-Homaidhi M, Alkuait N, Almashham L, Alghamdi N. Evaluation of the shear bond strength of a tricalcium silicate-based material to four self-adhering glass ionomer materials: an in vitro study. *Front Pediatr* 2023;11:1303005.
6. Boaventura JMC, Roberto AR, Becci ACO, Ribeiro BCI, Oliveira MRB, Andrade MF. Importância da biocompatibilidade de novos materiais: revisão para o cimento de ionômero de vidro. *Rev odontol UNICID*. 2017;24(1):42.
7. Boing TF, de Geus JL, Wambier LM, Loguercio AD, Reis A, Gomes OMM. Are Glass-Ionomer Cement Restorations in Cervical Lesions More Long-Lasting than Resin-based Composite Resins? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Adhes Dent* 2018;20(5):435-452.
8. Bonifácio CC, Werner A, Kleverlaan CJ. Coating glass-ionomer cements with a nanofilled resin. *Acta odontol Scand*. 2012; 70(6):471-77.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena. Tratamento Restaurador Atraumático (ART) [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamentorestauradoratraumatico.pdf>.
10. Cattani-Iorente MA, Godin C, Meyer JM. Early strength of glass ionomer cements. *Dental materials: official publication of the Academy of Dental Materials* 1993; v. 9, n. 1, p. 57-62.
11. Chaussain C, Opsahl Vital S, Viallon V, Vermelin L, Haignere C, Sixou M, Lasfargues JJ. Interest in a new test for caries risk in adolescents undergoing orthodontic treatment. *Clin Oral Investig* 2010;14(2):177-85.
12. Coelho CS, Fedechen MC, Volpini RMC, Pedron IG, Kubo H, Friggi MNP, Shitsuka C. Evolução da técnica odontológica do tratamento restaurador

- atraumático. Res Soc Dev. 2020;9(3):e74932439.
13. Contreras SCM. Restaurações diretas com materiais bioativos: observações clínicas, in vitro e revisão sistemática. São José dos Campos: [s.n.], 2022
14. Corralo DJ, Maltz M. Clinical and ultrastructural effects of different liners/restorative materials on deep carious dentin: a randomized clinical trial. *Caries Res.* 2013;47(3):243-50.
15. Dasgupta S, Saraswathi MV, Somayaji K, Pentapati KC, Shetty P. Comparative evaluation of fluoride release and recharge potential of novel and traditional fluoride-releasing restorative materials: An in vitro study. *J Conserv Dent.* 2018;21(6):622-626.
16. De Caluwé T, Vercruysse CW, Fraeyman S, Verbeeck RM. The influence of particle size and fluorine content of aluminosilicate glass on the glass ionomer cement properties. *Dent Mater.* 2014;30(9):1029-38.
17. de Gee AJ, van Duinen RN, Werner A, Davidson CL. Early and long-term wear of conventional and resin-modified glass ionomers. *J Dent Res.* 1996;75(8):1613-9.
18. Demarco FF, Corrêa MB, Cenci MS, Moraes RR, Opdam NJ. Longevity of posterior composite restorations: not only a matter of materials. *Dent Mater.* 2012;28(1):87-101.
19. Dias AGA, Magno MB, Delbem ACB, Cunha RF, Maia LC, Pessan JP. Clinical performance of glass ionomer cement and composite resin in Class II restorations in primary teeth: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2018;73:1-13.
20. Diem VT, Tyas MJ, Ngo HC, Phuong LH, Khanh ND. The effect of a nano-filled resin coating on the 3-year clinical performance of a conventional high-viscosity glass-ionomer cement. *Clin Oral Investig.* 2014;18(3):753-9.
21. Dornellas AP, Cavalcante KDT, Tedesco TK, Floriano I, Imparato JCP. Molar decíduo infraocluido: Relato de um caso restaurado com cimento ionômero de vidro encapsulado, um ano de acompanhamento. *Acta Biom Brasiliensia* 2018;9(2):124.
22. Elkassas D, Arafa A. Elkassas D, Arafa A. The innovative applications of therapeutic nanostructures in dentistry. *Nanomedicine.* 2017;13(4):1543-1562.
23. EQUIA® FORTE. GC Brazil, [2024]. <https://gcbrazil.dental/producto/equia_forte>. Acesso em: 05 nov. 2024.
24. Fareed MA, Stamboulis A. Nanoclay addition to a conventional glass ionomer cements: Influence on physical properties. *Eur J Dent.* 2014;8(4):456-463
25. Ferreira MS, Pereira NGA, Silva CM, Concilio LRS, Silva AMSL. Avaliação dos agentes protetores para restaurações com cimento de ionômero de vidro. *Clín Pesq Odontol UNITAU.* 2018;9(1):25.
26. Francois P, Fouquet V, Attal JP, Dursun E. Commercially Available Fluoride-Releasing Restorative Materials: A Review and a Proposal for Classification. *Materials (Basel).* 2020;13(10):2313.
27. Frankenberger R, Garcia-godoy F, Krämer N. Clinical Performance of Viscous Glass Ionomer Cement in Posterior Cavities over Two Years. *Int J Dent.* 2009;2009:781462.
28. Fronza BM, Rueggeberg FA, Braga RR, Mogilevych B, Soares LE, Martin AA, Ambrosano G, Giannini M. Monomer conversion, microhardness, internal marginal adaptation, and shrinkage stress of bulk-fill resin composites. *Dent Mater.* 2015;31(12):1542-51.
29. Fúcio SB, Paula AB, Sardi JC, Duque C, Correr-Sobrinho L, Puppim-Rontani RM. Streptococcus Mutans Biofilm Influences on the Antimicrobial Properties of Glass Ionomer Cements. *Braz Dent J.* 2016;27(6):681-687.
30. Fujimoto Y, Iwasa M, Murayama R, Miyazaki M, Nagafuji A, Nakatsuka T. Detection of ions released from S-PRG fillers and their modulation effect. *Dent Mater J.* 2010;29(4):392-7.
31. G Nigam A, Jaiswal J, Murthy R, Pandey R. Estimation of fluoride release from various dental materials in different media-an in vitro study. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2009;2(1):1-8.
32. Garbim JR, Saihara CS, Olegário IC, Hesse D, Araujo MP, Bonifácio CC, Braga MM, Raggio DP. 2-year survival and cost analysis of occlusoproximal ART restorations using encapsulated glass ionomer cement in primary molars: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health.* 2024;24(1):647.
33. GC EUROPE N.V. EQUIA Forte HT: guia abrangente. Leuven, Bélgica: GC Europe N.V; 2020. Disponível em: https://www.gc.dental/europe/sites/europe.gc.dental/files/products/downloads/equiaforteht/manual/MAN_Comprehensive_Guide_EQUIA_Forte_HT.pdf.
34. Gjorgievska E, Van Tendeloo G, Nicholson JW, Coleman NJ, Slipper IJ, Booth S. The incorporation of nanoparticles into conventional glass-ionomer dental restorative cements. *Microsc Microanal.* 2015;21(2):392-406.
35. Guggenberger R, May R, Stefan KP. New trends in glass-ionomer chemistry. *Biomaterials* 1998; v. 19, n. 6, p. 479-483.
36. Guimarães PCF, Laurindo TC, Irrazabal L, Martins VM, Silva CF. Proteção do complexo dentino-pulpar: capeamento pulpar indireto com ionômero de vidro (relato de caso). *Rev Saúde Multidisciplinar - FAMA Mineiros/GO* 2017;4(1):217-226.
37. Gurgan S, Kutuk ZB, Ozturk C, Soleimani R, Cakir FY. Clinical Performance of a Glass Hybrid Restorative in Extended Size Class II Cavities. *Oper Dent.* 2020;45(3):243-254.
38. Hesse D, Bonifácio CC, Guglielmi Cde A, Bönecker M, van Amerongen WE, Raggio DP.

- Bilayer technique and nano-filled coating increase success of approximal ART restorations: a randomized clinical trial. *Int J Paediatr Dent*. 2016;26(3):231-9.
39. Hung CY, Yu JH, Su LW, Uan JY, Chen YC, Lin DJ. Shear Bonding Strength and Thermal Cycling Effect of Fluoride Releasable/Rechargeable Orthodontic Adhesive Resins Containing LiAl-F Layered Double Hydroxide (LDH) Filler. *Materials (Basel)*. 2019;12(19):3204.
40. Hurrell-Gillingham K, Reaney IM, Miller CA, Crawford A, Hatton PV. Devitrification of ionomer glass and its effect on the in vitro biocompatibility of glass-ionomer cements. *Biomaterials*. 2003;24(18):3153-60.
41. Imataki R, Shinonaga Y, Nishimura T, Abe Y, Arita K. Mechanical and Functional Properties of a Novel Apatite-Ionomer Cement for Prevention and Remineralization of Dental Caries. *Materials (Basel)*. 2019;12(23):3998.
42. ISO 9917-1:2007. Odontologia — Cimentos à base de água — Parte 1: Cimentos ácido-base em pó/líquido. ISO;2003.
43. Joshi G, Heiss M. Glass-Hybrid Technology for Long-Term Restorations. *Compend Contin Educ Dent*. 2021;42(Suppl 1):2-5.
44. Junior LVB, Barros AKC, Silva LHV, Gaia LGTM, Binas IWW, Mendonca ICG. Cimento de ionômero de vidro: revisão de literatura / Glass ionomer cement: literature review. *Braz J Health Rev*. 2022;5(2):6893–6902.
45. Khoroushi M, Keshani F. A review of glass-ionomers: From conventional glass-ionomer to bioactive glass-ionomer. *Dent Res J (Isfahan)*. 2013;10(4):411-20.
46. Klee JE, Renn C, Elsner O. Development of Novel Polymer Technology for a New Class of Restorative Dental Materials. *J Adhes Dent*. 2020;22(1):35-45.
47. Koc Vural U, Meral E, Ergin E, Gürgen S. Twenty-four-month clinical performance of a glass hybrid restorative in non-carious cervical lesions of patients with bruxism: a split-mouth, randomized clinical trial. *Clin Oral Investig* 2020;24(3):1229-1238.
48. Kramer PF, Pires LAG, Tovo MF, Kersting TC, Guerra S. Grau de infiltração marginal de duas técnicas restauradoras com cimento de ionômero de vidro em molares decíduos: estudo comparativo " in vitro. *J appl oral sci*. 2003;11(2):114–119.
49. Kumari PD, Khijmatgar S, Chowdhury A, Lynch E, Chowdhury CR. Factors influencing fluoride release in atraumatic restorative treatment (ART) materials: A review. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2019;9(4):315-320.
50. Kuper NK, Opdam NJ, Ruben JL, de Soet JJ, Cenci MS, Bronkhorst EM, Huysmans MC. Gap size and wall lesion development next to composite. *J Dent Res*. 2014;93(7 Suppl):108S-113S.
51. Kutuk ZB, Ozturk C, Cakir FY, Gurgan S. Mechanical performance of a newly developed glass hybrid restorative in the restoration of large MO Class 2 cavities. *Niger J Clin Pract*. 2019;22(6):833-841.
52. Lohbauer U, Walker J, Nikolaenko S, Werner J, Clare A, Petschelt A, Greil P. Reactive fibre reinforced glass ionomer cements. *Biomaterials*. 2003;24(17):2901-7.
53. Machado KDDS, Reges RV, Botelho TL, Santos FG. Efeito da Manipulação e Proporção Pó e Líquido do Cimento de Ionômero de Vidro Reforçado com Zinco na Rugosidade Superficial Parte 1. *Rev Ciênc Odontol*. 2019;3(1):20–24.
54. Magne P, Silva S, Andrada Md, Maia H. Fatigue resistance and crack propensity of novel "super-closed" sandwich composite resin restorations in large MOD defects. *Int J Esthet Dent* 2016;11(1):82-97.
55. Massara MLA, Alves JB, Brandão PRG. Atraumatic restorative treatment: clinical, ultrastructural and chemical analysis. *Caries Res*. 2002;36(6):430-6.
56. Mathur VP, Dhillon JK. Dental Caries: A Disease Which Needs Attention. *Indian J Pediatr*. 2018;85(3):202-206.
57. Matsuya S, Maeda T, Ohta M. IR and NMR analyses of hardening and maturation of glass-ionomer cement. *J Dent Res*. 1996;75(12):1920-7.
58. Mclean JW, Nicholson JW, Wilson AD. Proposed nomenclature for glass-ionomer dental cements and related materials. *Quintessence int*. 1994;25(9):587–589.
59. Menezes-Silva R, Velasco SRM, Bresciani E, Bastos RDS, Navarro MFL. A prospective and randomized clinical trial evaluating the effectiveness of ART restorations with high-viscosity glass-ionomer cement versus conventional restorations with resin composite in Class II cavities of permanent teeth: two-year follow-up. *J Appl Oral Sci*. 2021;29:e20200609.
60. Mesquita DCM, Reges RV, Peres LEC, Pereira CM, Alves DRS, Carvalho RM, Santos FG. Perfilometria dimensional do cimento de ionômero de vidro frente aos diferentes ph e tempos de armazenamento. *Rev Ciênc Odontol*. 2020;4(2):44–50.
61. Mickenautsch S. Mickenautsch S. Are high-viscosity glass-ionomer cements inferior to silver amalgam as restorative materials for permanent posterior teeth? A Bayesian analysis. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):118.
62. Miletić I, Baraba A, Basso M, Pulcini MG, Marković D, Perić T, Ozkaya CA, Turkun LS. Clinical performance of a glass-hybrid system in comparison with a resin composite in two-surface class II restorations: a 5-year randomised multi-centre study. *Clin Oral Investig*. 2024;28(1):104.
63. Miletić I, Baraba A, Krmek SJ, Perić T, Marković D, Basso M, Ozkaya CA, Kemaloglu H, Turkun LS. Clinical performance of a glass-hybrid system

- in comparison with a resin composite in two-surface class II restorations: a 5-year randomised multi-centre study. *Clin Oral Investig*. 2024;28(1):104.
64. Mitra SB, Kedrowski BL. Long-term mechanical properties of glass ionomers. *Dent Mater*. 1994;10(2):78-82.
65. Mitsuhashi A, Hanaoka K, Teranaka T. Fracture toughness of resin-modified glass ionomer restorative materials: effect of powder/liquid ratio and powder particle size reduction on fracture toughness. *Dent Mater*. 2003;19(8):747-57.
66. Molina GF, Ulloque MJ, Mazzola I, Mulder J, Frencken J. Randomized Controlled Trial of Class II ART High-viscosity Glass-ionomer Cement and Conventional Resin-composite restorations in Permanent Dentition: Two-year Survival. *J Adhes Dent*. 2020;22(6):555-565.
67. Momoi Y, Hirosaki K, Kohno A, McCabe JF. Flexural properties of resin-modified "hybrid" glass-ionomers in comparison with conventional acid-base glass-ionomers. *Dent Mater J*. 1995;14(2):109-19.
68. Montagner AF, Opdam NJ, Ruben JL, Bronkhorst EM, Cenci MS, Huysmans MC. Behavior of failed bonded interfaces under in vitro cariogenic challenge. *Dent Mater*. 2016;32(5):668-75.
69. Moshaverinia M, Navas A, Jahedmanesh N, Shah KC, Moshaverinia A, Ansari S. Comparative evaluation of the physical properties of a reinforced glass ionomer dental restorative material. *J Prosthet Dent*. 2019;122(2):154-159.
70. Moura MS, Sousa GP, Brito MHSF, Silva MCC, Lima MDM, Moura LFAD, Lima CCB. Does low-cost GIC have the same survival rate as high-viscosity GIC in atraumatic restorative treatments? A RCT. *Braz Oral Res*. 2020;33:e125.
71. Mousavinasab SM, Meyers I. Fluoride release by glass ionomer cements, compomer and giomer. *Dental research journal* 2009; 6(2):75-81.
72. Muniz AB, Bessa ERL, Holanda MAR, Damasceno AGRL, Júnior PRPS, Melo ECS, Macedo SB, Costa ACS, Rezende MM, Beiruth CP. Cimento de ionômero de vidro em odontopediatria: revisão narrativa. *Rev Acervo Saúde* 2020;12(10):e3853.
73. Mustafa R, Alshali RZ, Silikas N. The effect of desiccation on water sorption, solubility and hygroscopic volumetric expansion of dentine replacement materials. *Dent Mater*. 2018;34(8):e205-e213.
74. Naguib G, Maghrabi AA, Mira AI, Mously HA, Hajjaj M, Hamed MT. Influence of inorganic nanoparticles on dental materials' mechanical properties. A narrative review. *BMC Oral Health* 2023;23(1):897.
75. Najeeb S, Khurshid Z, Zafar MS, Khan AS, Zohaib S, Martí JM, Sauro S, Matinlinna JP, Rehman IU. Modifications in Glass Ionomer Cements: Nano-Sized Fillers and Bioactive Nanoceramics. *Int J Mol Sci*. 2016;17(7):1134.
76. Navarro MFL, Bresciani E, Barata TJE, Fagundes TC. Tratamento restaurador atraumático (ART) e o programa de saúde da família. *Bio Odonto*. 2004;2(4):9-11.
77. Navarro MFL, Pascotto RC, Borges AFS, Soares CJ, Raggio DP, Rios D, et al. Consenso sobre os limites dos cimentos de ionômero de vidro para indicações restauradoras. *Gestão e políticas públicas em Odontologia*, 2022.
78. Neves AB, Bergstrom TG, Fonseca-Gonçalves A, Dos Santos TMP, Lopes RT, de Almeida Neves A. Mineral density changes in bovine carious dentin after treatment with bioactive dental cements: a comparative micro-CT study. *Clin Oral Investig* 2019;23(4):1865-1870.
79. Nicholson JW, Sidhu SK, Czarnecka B. Enhancing the mechanical properties of glass-ionomer dental cements: A review. *Materials* 2020;13, n. 11, p. 2510.
80. Nicholson JW. Chemistry of glass-ionomer cements: a review. *Biomaterials*. 1998;19(6):485-494.
81. Olegário IC, Pacheco AL, de Araújo MP, Ladewig NM, Bonifácio CC, Imparato JC, Raggio DP. Low-cost GICs reduce survival rate in occlusal ART restorations in primary molars after one year: A RCT. *J Dent*. 2017;57:45-50.
82. Oliveira GL, Carvalho CN, Carvalho EM, Bauer J, Leal AMA. The Influence of Mixing Methods on the Compressive Strength and Fluoride Release of Conventional and Resin-Modified Glass Ionomer Cements. *Int J Dent*. 2019;2019:6834931.
83. Oliveira LC, Dos Santos PH, Ramos FSS, Moda MD, Briso ALF, Fagundes TC. Wear, roughness and microhardness analyses of single increment restorative materials submitted to different challenges in vitro. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2021;22(2):247-255.
84. Pallesen U, van Dijken JW, Halken J, Hallonsten AL, Høigaard R. A prospective 8-year follow-up of posterior resin composite restorations in permanent teeth of children and adolescents in Public Dental Health Service: reasons for replacement. *Clin Oral Investig*. 2014;18(3):819-27.
85. Paradella TC. Cimentos de ionômero de vidro na odontologia moderna. *Rev Odontol UNESP*. 2004;44:157-161.
86. Pássaro AL, Olegário IC, Laux CM, Oliveira RC, Tedesco TK, Raggio DP. Giomer composite compared to glass ionomer in occlusoproximal ART restorations of primary molars: 24-month RCT. *Aust Dent J*. 2022;67(2):148-158.
87. Pearson GJ, Atkinson AS. Long-term flexural strength of glass ionomer cements. *Biomaterials*. 1991;12(7):658-60.
88. Perondi PR, Oliveira PHC, Cassoni A, Reais AF, Rodrigues JA. Compomers and glass ionomers: bond strength to dentin and mechanical properties. *Am J Dent*. 1996;9(6):259-63.

89. Peutzfeldt A. Compomers and glass ionomers: bond strength to dentin and mechanical properties. *Am J Dent*. 1996;9(6):259-63.
90. Pires RA, Nunes TG, Abrahams I, Hawkes GE. The role of aluminium and silicon in the setting chemistry of glass ionomer cements. *J Mater Sci Mater Med*. 2008;19(4):1687-92.
91. Pokrowiecki R, Pałka K, Mielczarek A. Nanomaterials in dentistry: a cornerstone or a black box? *Nanomedicine (Lond)*. 2018;13(6):639-667.
92. Prabhakar AR, Sekhar VR, Kurthukoti AJ. Leaching of ions from materials used in alternative restorative technique under neutral and acidic conditions: a comparative evaluation. *J Clin Pediatr Dent*. 2009;34(2):125-30.
93. Prentice LH, Tyas MJ, Burrow MF. The effect of particle size distribution on an experimental glass-ionomer cement. *Dent Mater*. 2005;21(6):505-10.
94. Ranjani MS, Kavitha M, Venkatesh S. Comparative Evaluation of Osteogenic Potential of Conventional Glass-ionomer Cement with Chitosan-modified Glass-ionomer and Bioactive Glass-modified Glass-ionomer Cement An *In vitro* Study. *Contemp Clin Dent*. 2021;12(1):32-36.
95. Rekow ED, Bayne SC, Carvalho RM, Steele JG. What constitutes an ideal dental restorative material? *Adv Dent Res*. 2013;25(1):18-23.
96. Roberts HW, Berzins DW. Early reaction kinetics of contemporary glass-ionomer restorative materials. *J Adhes Dent*. 2015;17(1):67-75.
97. Rożniatowski P, Korporowicz E, Gozdowski D, Olczak-Kowalczyk D. Clinical study on resin composite and glass ionomer materials in II class restorations in permanent teeth. *J Clin Exp Dent*. 2021;13(2):e165-e171.
98. Sadat-Shojai M, Atai M, Nodehi A, Khanlar LN. Hydroxyapatite nanorods as novel fillers for improving the properties of dental adhesives: Synthesis and application. *Dent Mater*. 2010;26(5):471-82.
99. Sidhu SK, Nicholson JW. A Review of Glass-Ionomer Cements for Clinical Dentistry. *J Funct Biomater*. 2016;7(3):16.
100. Sidhu SK. Glass-ionomer cement restorative materials: a sticky subject? *Aust Dent J*. 2011;56 Suppl 1:23-30.
101. Silva BAC, Silva EBV, Moraes RA, Santos RS, Soares AF, Vieira IM. Novas formulações e perspectivas futuras dos cimentos de ionômero de vidro: Uma revisão narrativa. *Res Soc Dev*. 2024;13(11):e67131147401.
102. Silva DOC, Silva IM, Rocha AO, Anjos LM, Lima TO, et al. Cimento de ionômero de vidro e sua aplicabilidade na Odontologia: Uma revisão narrativa com ênfase em suas propriedades. *Res Soc Dev*. 2021;10(5):e20110514884.
103. Sonarkar S, Purba R. Bioactive materials in conservative dentistry. *Int J Contemp Dent Med Rev*. 2015:1-4.
104. Souza MRP, Souza CLS, Lima TM. O uso dos diferentes tipos de cimentos de ionômero de vidro restauradores utilizados na prática clínica em cavidades classe V: revisão de literatura/The use of diferente types of restorative glass ionomer cements used in clinical practice in class V cavities: literature review. *BJD*. 2020;6(12):97628-97641.
105. Spezzia S. Cimento de ionômero de vidro: revisão de literatura. *J Oral Investig*. 2017;6(2):74-8.
106. Svanberg M, Mjör IA, Orstavik D. Mutans streptococci in plaque from margins of amalgam, composite, and glass-ionomer restorations. *J Dent Res*. 1990;69(3):861-4.
107. Swetha DL, Vinay C, Uloopi KS, RojaRamya KS, Chandrasekhar R. Antibacterial and Mechanical Properties of Pit and Fissure Sealants Containing Zinc Oxide and Calcium Fluoride Nanoparticles. *Contemp Clin Dent*. 2019;10(3):477-482.
108. Tagliaferro EPS, Pardi V, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Paschoal MAB, Cordeiro RCL, Pereira AC. Influence of caries risk on the retention of a resin- modified glass ionomer used as occlusal sealant: a clinical trial. *Rev Odontol UNESP*. 2017;46(4):208-213.
109. Uyumaz FÜ, Abakli inci M, Özer H. Could bulk fill glass hybrid restorative materials replace composite resins in treating permanent teeth? A randomized controlled clinical trial. *J Esthet Restor Dent*. 2024;36(5):702-709.
110. Van Duinen RN, Davidson CL, De Gee AJ, Feilzer AJ. In situ transformation of glass-ionomer into an enamel-like material. *Am J Dent*. 2004;17(4):223-7.
111. Van Gemert-Schriks MC, van Amerongen WE, ten Cate JM, Aartman IH. Three-year survival of single- and two-surface ART restorations in a high-caries child population. *Clin Oral Investig*. 2007;11(4):337-43.
112. Watson TF, Atmeh AR, Sajini S, Cook RJ, Festy F. Present and future of glass-ionomers and calcium-silicate cements as bioactive materials in dentistry: biophotonics-based interfacial analyses in health and disease. *Dent Mater*. 2014;30(1):50-61.
113. Wilson AD, Hill RG, Warrens CP, Lewis BG. The influence of polyacid molecular weight on some properties of glass-ionomer cements. *J Dent Res*. 1989;68(2):89-94.
114. Wilson AD, Kent BE. Wilson AD, Kent BE. A new translucent cement for dentistry. The glass ionomer cement. *Br Dent J*. 1972;132(4):133-5.
115. Wilson N, Lynch C. Amalgam and minimal intervention: an incompatible relationship. *Prim Dent J*. 2013;2(4):18.
116. Xia Y, Zhang F, Xie H, Gu N. Nanoparticle-reinforced resin-based dental composites. *J Dent*. 2008;36(6):450-5.
117. Xie D, Brantley WA, Culbertson BM, Wang G. Mechanical properties and microstructures of

- glass-ionomer cements. Dent Mater. 2000;16(2):129-38.
118. Yap AUJ, Pek YS, Cheang P. Physico-mechanical properties of a fast-set highly viscous GIC restorative. J Oral Rehabil. 2003;30(1):1-8.
119. Young AM, Rafeeka SA, Howlett JA. FTIR investigation of monomer polymerisation and polyacid neutralisation kinetics and mechanisms in various aesthetic dental restorative materials. Biomaterials. 2004;25(5):823–833.
120. Zanata RL, Fagundes TC, Freitas MC, Lauris JR, Navarro MF. Ten-year survival of ART restorations in permanent posterior teeth. Clin Oral Investig. 2011;15(2):265-71.
121. Zoergiebel J, Ilie N. Evaluation of a conventional glass ionomer cement with new zinc formulation: effect of coating, aging and storage agents. Clin Oral Investig. 2013;17(2):619-26.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Ticiane Cestari Fagundes

Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora,
UNESP – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
16015050 Araçatuba - SP, Brasil
Email: ticiane.fagundes@unesp.br

Submetido em 25/04/2025

Aceito em 31/05/2025