

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**Marina Amato Souza Silva Costa**

**Comparação entre facetas diretas e facetas indiretas: uma revisão da literatura**

Governador Valadares

2024

**Marina Amato Souza Silva Costa**

**Comparação entre facetas diretas e facetas indiretas: uma revisão da literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla de Souza Oliveira

Governador Valadares

2024

Costa, Marina Amato Souza Silva .

Comparação entre facetas diretas e facetas indiretas : uma  
revisão da literatura / Marina Amato Souza Silva Costa. -- 2024.  
70 p.

Orientadora: Carla de Souza Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade  
Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador  
Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2024.

1. Facetas dentárias. 2. Resina composta. 3. Porcelana dentária.  
4. Estética dentária. I. Oliveira, Carla de Souza, orient. II. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**Marina Amato Souza Silva Costa**

**Comparação entre facetas diretas e facetas indiretas: uma revisão da literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em 20 de setembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Carla de Souza Oliveira – Orientador(a)  
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

\_\_\_\_\_  
Prof Dr. Jean Soares Miranda  
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Leonardo Custódio de Lima  
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Documento assinado eletronicamente por **Jean Soares Miranda, Professor(a)**, em 20/09/2024, às 15:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Souza Oliveira, Professor(a)**, em 20/09/2024, às 15:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Custódio de Lima, Professor(a)**, em 20/09/2024, às 15:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj ([www2.ufff.br/SEI](http://www2.ufff.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1970674** e o código CRC **03014D95**.

Referência: Processo nº 23071.930953/2024-41

SEI nº 1970674

Dedico este trabalho à todos que acreditaram no meu potencial e me incentivaram a seguir, mesmo nos momentos mais desafiadores, principalmente à minha família.

## **AGRADECIMENTOS**

Depois de tantos obstáculos durante os últimos anos, chegar ao fim desta jornada desafiadora é a realização de um sonho e a prova de que todo esforço, dedicação e perseverança valeram a pena. Mas esses obstáculos não teriam sido superados sem o apoio e a contribuição de muitas pessoas.

Por isso, agradeço a Deus por me conceder força, paciência, sabedoria e determinação ao longo de todo o caminho.

Aos meus pais, Márley e Georgia, pelo amor incondicional, pelos sacrifícios, por acreditarem em mim, por não medirem esforços, por me darem tanto suporte, carinho, amor e aconchego.

À minha irmã, Mariana, que nos últimos anos, mesmo de tão longe (Austrália), se faz presente. Obrigada por ser minha melhor amiga, parceira e fiel conselheira. Sinto sua falta.

À toda minha família por tanto apoio e acolhimento. Obrigada por acreditarem no meu potencial, mesmo quando eu duvidei de mim mesma.

Aos meus queridos amigos por tamanha parceria, pelos momentos de descontração e pela ajuda nos momentos em que eu mais precisei. Vocês tornaram essa jornada muito mais leve e significativa.

Aos professores que guiaram esse caminho. Gratidão pela paciência, orientação e ensinamentos valiosos, em especial à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carla de Souza Oliveira e à banca examinadora.

À todos os que, direta ou indiretamente, acreditaram no meu potencial, me incentivaram a nunca desistir e contribuíram para a realização deste trabalho, deixo meu sincero agradecimento!

A conquista deste diploma é resultado de um esforço coletivo. Sou profundamente grata por ter pessoas tão maravilhosas em minha vida.

Esta é só mais uma conquista!

## RESUMO

A busca por um sorriso esteticamente agradável impulsionou a Odontologia Estética. Sendo assim, procedimentos com facetas diretas ou facetas indiretas têm sido amplamente procurados. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura, a fim de comparar tais procedimentos, apresentando características, vantagens e desvantagens, além de indicações e limitações dessas técnicas restauradoras. Para isso, foram realizadas pesquisas bibliográficas nas bases de dados PubMed e Google Acadêmico, sendo selecionados artigos relacionados à estética, facetas diretas e facetas indiretas, publicados entre os anos de 2000 e 2024. A busca e seleção dos artigos foram realizadas por um único revisor, sendo incluídos 39 artigos. Dos artigos analisados, doze abordam ambas as técnicas, sendo cinco em português e sete em inglês, com predominância de publicações entre os anos de 2017 e 2024. Destes, cinco são relatos de casos, cinco são revisões bibliográficas, e dois são estudos laboratoriais. Exclusivamente sobre a técnica direta, foram incluídos doze artigos, todos relatos de casos em português, também com prevalência de publicação entre 2017 e 2024. Já os artigos que abordam apenas a técnica indireta, foram analisados quinze estudos, dos quais onze são em português e quatro em inglês, com maior publicação no período de 2009 a 2016. Destes, dez são relatos de casos e cinco são revisões bibliográficas. Nos relatos de casos envolvendo ambas as técnicas, foram realizados vinte procedimentos em pacientes do sexo feminino e onze em pacientes do sexo masculino, o que demonstra uma predominância de casos femininos na amostra analisada. A partir da revisão, observou-se que a Odontologia Estética tem apresentado grande demanda devido ao desejo das pessoas de melhorar a aparência e a autoestima. Além disso, facetas diretas e facetas indiretas são eficazes em procedimentos minimamente invasivos, sendo que a escolha entre as técnicas deve considerar fatores como estética, custo, tempo clínico e durabilidade, exigindo sempre um planejamento cuidadoso. Por fim, a comunicação clara entre dentista e paciente é essencial para o sucesso do tratamento e satisfação do mesmo.

**Palavras-chave:** “facetas dentárias”; “resina composta”; “porcelana dentária”; “estética dentária”.

## ABSTRACT

The search for an aesthetically pleasing smile has boosted Aesthetic Dentistry. Therefore, procedures with direct veneers or indirect veneers have been widely sought after. The objective of this study was to conduct a literature review in order to compare such procedures, presenting characteristics, advantages and disadvantages, as well as indications and limitations of these restorative techniques. For this, bibliographic searches were carried out in the PubMed and Google Scholar databases, selecting articles related to aesthetics, direct veneers and indirect veneers, published between 2000 and 2024. The search and selection of articles were performed by a single reviewer, and 39 articles were included. Of the articles analyzed, twelve address both techniques, five in Portuguese and seven in English, with a predominance of publications between 2017 and 2024. Of these, five are case reports, five bibliographic reviews, and two laboratory studies. Exclusively about the direct technique, twelve articles were included, all were case reports in Portuguese, also with a prevalence of publication between 2017 and 2024. As for the articles that only address the indirect technique, fifteen studies were analyzed, of which eleven were in Portuguese and four in English, with the majority of publications between 2009 and 2016. Ten of these were case reports and five were bibliographic reviews. In the case reports involving both techniques, twenty procedures were performed on female patients and eleven on male patients, showing a predominance of female cases in the analyzed sample. From the analysis, it was observed that Aesthetic Dentistry has shown great demand due to people's desire to improve their appearance and self-esteem. In addition, direct veneers and indirect veneers are effective in minimally invasive procedures, and the choice between techniques should consider factors such as aesthetics, cost, clinical time, and durability, always requiring careful planning. Finally, clear communication between dentist and patient is essential for the success of the treatment and patient satisfaction.

**Keywords:** “*dental veneers*”; “*composite resin*”; “*dental porcelain*”; “*dental aesthetics*”.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Amelogênese Imperfeita
CAD/CAM	<i>Computer-aided design/computer-aided manufacturing</i>
EUA	Estados Unidos da América
LED	Diodo Emissor de Luz ( <i>Light-Emitting Diode</i> )
MIN	Minutos
N.º	Número
S	Segundos
SC	Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
4.1	TÉCNICAS DIRETA E INDIRETA.....	14
4.2	TÉCNICA DIRETA.....	28
4.3	TÉCNICA INDIRETA.....	42
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>59</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento pela busca de um sorriso esteticamente agradável acelerou o processo do desenvolvimento da Odontologia Estética. A partir disso, hoje, muitas situações clínicas podem ser resolvidas com procedimentos minimamente invasivos, como o uso de facetas diretas em resina composta ou facetas em porcelana. Esses materiais, além de serem esteticamente favoráveis, são biocompatíveis com o meio bucal. Sendo assim, essas técnicas podem solucionar as alterações estéticas e funcionais, como alteração de cor, de formato, preenchimento de espaços entre os dentes (diastemas) e correção de fraturas (Araújo *et al.*, 2019).

De modo geral, o primeiro passo do cirurgião-dentista é realizar um exame clínico e um diagnóstico criterioso antes de iniciar qualquer procedimento, a fim de fazer um plano de tratamento específico para o paciente. Uma característica profissional que pode ser considerada na especialidade é a habilidade manual para produção dos detalhes anatômicos, além da correta escolha da tonalidade de cor e texturas naturais (Guerra, Venâncio e Augusto, 2017). Sendo assim, para que se tenha bom prognóstico, é essencial realizar uma seleção adequada do caso, com um planejamento minucioso e uma escolha criteriosa dos materiais dentários (Reis *et al.*, 2017).

É essencial também que o profissional tenha conhecimento sobre os hábitos de higiene bucal do paciente, incluindo o tipo de dentífrico utilizado, visto que esses fatores podem influenciar diretamente na longevidade e estética dos materiais a serem utilizados para a confecção das facetas. A abrasividade do dentífrico, por exemplo, pode impactar na rugosidade superficial das restaurações em resina composta, o que compromete o brilho e a resistência ao desgaste. Dessa forma, ao entender esses hábitos, o profissional pode orientar melhor o paciente sobre produtos que minimizem o impacto negativo nas restaurações, a fim de garantir melhores resultados clínicos a longo prazo (Monteiro *et al.*, 2015).

As facetas são técnicas restauradoras que envolvem a cobertura das faces vestibulares, proximais e/ou incisais dos dentes anteriores (Araújo *et al.*, 2019), sendo o material aderido por meio de sistemas adesivos. Pode ser dividida em técnica direta, em que o próprio cirurgião-dentista realiza com resina composta, e técnica indireta, que requer o profissional técnico em prótese para a confecção com resina composta, facetas pré-fabricadas ou porcelanas (Silva *et al.*, 2015).

A técnica de faceta direta em resina composta é uma opção que proporciona bom tratamento para a reabilitação, seja ela biológica, estética e/ou funcional. Podendo ser realizada com pouca ou nenhuma remoção de tecido e em uma única sessão. No entanto, essas restaurações possuem a necessidade de substituição a longo prazo, devido ao desgaste e perda da forma anatômica, além da instabilidade de cor (Campos *et al.*, 2021).

Por outro lado, a técnica de faceta indireta em porcelana é realizada em duas ou mais sessões, já que necessita da etapa laboratorial, em que são confeccionadas. Essa técnica inclui a colagem, utilizando técnicas adesivas e compósito de cimentação, de um laminado fino de porcelana à superfície do dente, a fim de alterar a cor, forma e/ou posição do dente. Uma vantagem dessa técnica é a taxa de sobrevivência a longo prazo, já que sofre menos desgaste e possui estabilidade de cor que pode durar até dez anos de uso clínico. Sendo que o sucesso dessa restauração é determinado pela força e durabilidade da ligação formada entre a superfície do dente, o compósito de cimentação e a faceta em si (Peumans *et al.*, 2000). No entanto, as facetas laminadas de cerâmica são opções mais invasivas, visto que envolvem maior desgaste dos dentes, visando melhorar a resistência de união (Gresnigt *et al.*, 2021).

Em face das características, vantagens e desvantagens, indicações e limitações das técnicas restauradoras com facetas diretas e facetas indiretas, este estudo tem por objetivo realizar uma revisão da literatura em busca da comparação entre as duas técnicas, para que possa auxiliar cirurgiões-dentistas durante a escolha do procedimento reabilitador mais indicado para seu paciente.

## **2 OBJETIVO**

Realizar, por meio de uma revisão da literatura, uma comparação entre as técnicas reabilitadoras com facetas diretas e facetas indiretas, apresentando características, vantagens e desvantagens, além de indicações e limitações.

### 3 MÉTODO

Para este trabalho foram realizadas buscas nas bases de dados PubMed e Google Acadêmico, de artigos publicados entre os anos de 2000 e 2024. As palavras-chave usadas nas buscas foram: “facetado dentário”, “resina composta”, “porcelana dentária”, “estética dentária” e “*dental veneers*”, “*composite resin*”, “*dental porcelain*”, “*dental aesthetics*”. A busca e seleção dos artigos foram realizadas por um único revisor. Foram incluídos todos os artigos que tratavam do tema e objetivo, buscando abranger o maior número de bibliografias possível, para o embasamento do trabalho.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 Técnicas direta e indireta

Silva e Chimeli (2011) relataram o caso de um paciente em que os dentes 12 ao 22 apresentavam gengivite e restaurações insatisfatórias, sendo que os dentes 11 e 21 haviam sido submetidos a um tratamento endodôntico anteriormente. Dessa forma, o planejamento do caso foi a realização de facetas indiretas nos incisivos centrais superiores, e facetas diretas com resina composta nos incisivos laterais superiores. Para iniciar o tratamento, primeiramente, foi feita profilaxia com instrução de higiene oral. Na sessão seguinte, fez-se a remoção das restaurações presentes e instalou-se retentores de fibra de vidro nos dentes 11 e 21. Para instalação, os retentores foram tratados com ácido fosfórico a 37% por 1 minuto e cimentados com cimento resinoso. Depois, para preenchimento do núcleo, utilizou-se a resina *Opallis* (FGM®, Joinville, Santa Catarina, Brasil) na cor A3, fez-se o preparo dos substratos para receber as facetas indiretas, que foram moldados, e assentou-se as facetas provisórias em resina composta. Em outra consulta, as facetas em cerâmica dos dentes 11 e 21 foram tratadas com ácido fluorídrico por 2 minutos, silanizadas por 1 minuto e cimentadas com cimento resinoso. O dente 22, por sua vez, primeiro foi reanatomizado, para depois receber a inserção de incrementos de resina *Opallis* (FGM®, Joinville, Santa Catarina, Brasil) OA1 na primeira camada, A1 na segunda, e *High* na terceira, para confecção da faceta direta. Por fim, o dente 12, foi submetido à mesma sequência do dente 22, no entanto, sem sofrer desgaste, pois estava mais lingualizado. Ao finalizar o caso, pôde-se obter equilíbrio e harmonia no sorriso final do paciente. Sendo assim, a associação de técnicas pode ser uma alternativa para tratamentos, sendo que o uso de retentor de fibra de vidro antes da instalação de facetas indiretas em cerâmica em dentes desvitalizados favorece a durabilidade do tratamento.

Batalocco *et al.* (2012) realizou um estudo laboratorial a fim de investigar se existe uma correlação direta entre a quantidade de estrutura dentária residual em um incisivo superior fraturado e a resistência à fratura de restaurações de resina composta ou facetas de porcelana após carga cíclica. Para isso, foram utilizados sessenta dentes extraídos de seres humanos e montados no bloco de acrílico com a coroa do dente projetando-se da superfície do bloco. Em seguida, os dentes foram

divididos em dois grupos relacionados à fratura, sendo eles fratura incisal de 2mm e fratura incisal de 4mm, e esses, em dois subgrupos de restauração, sendo um com faceta de porcelana e outro com resina composta. Dessa forma, obteve-se quatro grupos para o estudo (n=15). Esses dentes foram submetidos a 1000 ciclos de termociclagem e testados mecanicamente com um aparelho de carregamento cíclico por 2 x 10<sup>6</sup> ciclos até que houvesse falha. Em seguida, os dentes que resistiram à carga cíclica foram submetidos à carga na borda incisal ao longo eixo do dente com um aplicador plano de aço inoxidável até que houvesse fratura. Essa medida foi realizada através de uma máquina de teste universal. Como resultado, observaram que, durante o carregamento cíclico, dois dentes com fratura de 2mm e três com fratura de 4mm do grupo de resina composta falharam. Já no grupo de faceta de porcelana, dois dentes com fratura de 2mm e um com fratura de 4mm falharam. Não houve diferença estatística significativa para restauração (P = 0,584), quantidade de fratura (P = 0,357) ou efeito de interação (P = 0,212). Concluíram que tanto a restauração com resina composta quanto com faceta de porcelana pode apresentar desempenho equivalente na substituição de borda incisal fraturada de até 4mm. Sendo que fatores como estética e/ou custo são aspectos para a decisão e indicação de qual tratamento realizar. Ademais, nenhum tipo de restauração e de estrutura dentária remanescente dos incisivos fraturados afetaram a resistência à fratura.

Barber e King (2014) realizaram uma revisão bibliográfica em relação às opções restauradoras para dentes escurecidos. Para isso, avaliaram diversos estudos de casos clínicos visando apresentar as opções existentes. Abordaram a importância da escolha correta do material restaurador e técnica, sendo eles facetas de porcelana, coroas, restaurações diretas em resina composta e clareamento dental. Destacaram que fatores como grau de escurecimento, posição do dente na arcada, estrutura dental remanescente e as preferências do paciente devem ser levados em consideração para se fazer a escolha certa. Foram apresentadas as indicações, vantagens e desvantagens de cada opção existente, sendo que a faceta direta de resina composta tem como vantagem o baixo custo, além de ser um procedimento rápido, reparável, de fácil manutenção, que requer mínima ou nenhuma preparação dentária. Porém, tem maior chance de manchamento, se comparada às restaurações indiretas de cerâmica. Já a resina composta indireta e facetas de cerâmica possuem como vantagem a capacidade de disfarçar



irregularidades de forma do dente escurecido, além de harmonizar esteticamente. Como desvantagem, tem-se o alto custo, já que necessita da etapa laboratorial, além de ser necessária a preparação do dente. Outro ponto mencionado é a imprevisibilidade da tonalidade final. A coroa total, por sua vez, tem por vantagem a previsibilidade de mascarar o escurecimento, quando um núcleo opaco é empregado. A desvantagem é a necessidade de destruição do tecido dentário, com consequentes efeitos prejudiciais na longevidade do dente envolvido. Além disso, possui o risco de falha estética subsequente à recessão gengival. Por fim, tem-se o clareamento dental, que apresenta como vantagem ser de abordagem simples e minimamente invasiva, além de apresentar resultados rápidos e conservação da estrutura dentária. Porém, os pacientes devem ser conscientizados sobre o certo grau de incerteza em relação ao potencial de recidiva do escurecimento. Os autores também enfatizam a importância da comunicação entre o dentista e o paciente para garantir que as expectativas do paciente sejam atendidas, e que o resultado final seja estético e funcionalmente adequado. A conclusão obtida foi que há várias estratégias de tratamento para dentes escurecidos, dependendo do diagnóstico. Ressalta-se que os dentistas são aconselhados, sempre que possível, após uma avaliação cuidadosa do caso, a começar com tratamentos minimamente invasivos.

Shibata *et al.* (2016) realizou um relato de caso em relação ao tratamento de duas pacientes com amelogênese imperfeita (AI), sendo um tratado com resina composta e outro com facetas em cerâmica. Nos casos relatados, as pacientes foram diagnosticadas com AI do tipo hipoplásica. No exame clínico, foi observado esmalte poroso e descoloração generalizada de todos os dentes. O exame radiográfico (panorâmica e periapicais) não revelou ausência de dentes ou lesões periapicais. As duas pacientes estavam insatisfeitas com a aparência dental. O objetivo do tratamento foi a prevenção da destruição dental, além da melhora da estética e restauração da integridade oral. Em uma das pacientes, o primeiro procedimento foi a cirurgia periodontal (gengivectomia), utilizando como guia um *mock-up* em resina composta. A cirurgia foi suficiente para alcançar os níveis gengivais e proporções adequadas entre largura e comprimento dos dentes. Depois de três meses, os dentes superiores foram preparados com ponta diamantada, sendo que a profundidade obtida foi menor que 0,5mm. As impressões finais e os registros oclusais foram obtidos com elastômero e as restaurações provisórias foram feitas em resina composta sem condicionamento prévio do esmalte. As facetas

usadas foram de cerâmica reforçada com dissilicato de lítio. Para a restauração, as superfícies internas das restaurações de cerâmica foram tratadas com ácido fluorídrico a 5% por 20s, enxaguadas com água e secas com jato de ar. Depois, foi aplicada uma camada de silano por 60s na superfície condicionada e seca por 60s. O substrato, por sua vez, foi condicionado com ácido fosfórico a 37% por 20s. Após enxaguar e secar, foram aplicadas duas camadas de adesivo de dois passos e leves jatos de ar. Em seguida, aplicou-se cimento resinoso fotopolimerizável na superfície interna da restauração e posicionou o material. Depois de remover os excessos de cimento, a resina foi fotopolimerizada por 60s com LED. Foi realizado acabamento e polimento das margens e verificou-se a oclusão. Na outra paciente, primeiro removeu-se as restaurações antigas, a fim de preservar o esmalte hígido e evitar qualquer tipo de preparo. Depois, o esmalte hipoplásico foi jateado com partículas de óxido de alumínio para remover restos de compósito e detritos da superfície. Os incisivos anteriores foram restaurados, um a um, seguindo o protocolo de condicionamento do esmalte com ácido fosfórico por 30s, enxágue com jato de ar/água pelo mesmo tempo e secagem por 60s. Depois, aplicou-se duas camadas de adesivo de frasco único e esse foi fotoativado por 15s. As restaurações foram realizadas usando um índice lingual auxiliar para determinar a borda incisal. Uma camada inicial de resina composta de esmalte na cor BL-L foi utilizada e fotopolimerizada por 60s. Depois, para reforçar, uma camada de resina na tonalidade A2 foi inserida e fotopolimerizada por 60s. Um índice transparente feito de polivinil siloxano foi confeccionado para registrar a superfície facial do enceramento. Na camada final, foi inserida resina de esmalte na cor BL-L com o auxílio do índice e esse conjunto foi fotopolimerizado por 60s, depois retirou-se o índice e fotopolimerizou-se por mais 60s. Nas áreas proximais, as restaurações foram realizadas pela técnica *pull through*. Um incremento de resina de esmalte BL-L foi colocado da face vestibular em direção à lingual e o excesso foi removido. Depois de 24h, realizou-se o acabamento e polimento. No primeiro caso relatado, a paciente ficou satisfeita e, na reavaliação, duas semanas depois, observou-se que todas as restaurações estavam intactas, a higiene oral foi mantida e a gengiva apresentou-se saudável, sem inflamação ou recessão. As técnicas utilizadas foram pouco invasivas, uma vez que a amelogenese imperfeita dos pacientes não era muito grave. Concluiu-se, assim, que é possível obter sucesso nos tratamentos realizados e que cada procedimento possui vantagens e desvantagens, sendo que o

que foi feito com resina composta nos dentes anteriores tem como vantagem a preservação do esmalte hígido, sem a necessidade de nenhum tipo de preparo. Foi possível restaurar contorno, forma e anatomia com o auxílio do índice transparente. A cerâmica tem algumas vantagens ao comparar com a resina, já que possui boa estética, tem maior durabilidade e biocompatibilidade e menor acúmulo de placa.

Diegues *et al.* (2017), realizaram uma revisão de literatura a fim de buscar as informações essenciais sobre os materiais frequentemente empregados na Odontologia Restauradora, sendo eles a resina composta e a cerâmica. Para isso, utilizaram as bases de dados Google Acadêmico e PubMed e selecionaram resumos de artigos de revisão de literatura dos últimos 10 anos, e pesquisas científicas de 2015 e 2016. A partir dos levantamentos dos estudos realizados, ambas as técnicas apresentaram resultados satisfatórios. Sendo assim, a escolha do tratamento e do procedimento a ser realizado depende das necessidades clínicas específicas de cada paciente e da comunicação entre paciente e profissional, a fim de considerar algumas variáveis como custo, tempo clínico e durabilidade das restaurações. A resina composta oferece resultados positivos a depender da técnica e da experiência do profissional, já que é um material restaurador estético de custo mais acessível, além de ser um procedimento minimamente invasivo que não requer etapas laboratoriais, podendo ser concluído, frequentemente, em uma única sessão. Porém, apresenta baixa resistência, instabilidade de cor e dificuldade em ocultar substratos escurecidos. Por outro lado, a cerâmica também proporciona excelente estética, é muito resistente e sua translucidez se assemelha ao dente natural, mas é dependente de etapas laboratoriais, o que eleva seu custo. Além disso, pode ocorrer desgaste do antagonista e é vista como frágil até o momento da cimentação.

Reis *et al.* (2017) realizaram dois relatos clínicos e compararam as alternativas para reabilitar a estética do sorriso por meio de tratamentos diretos e indiretos minimamente invasivos. No primeiro caso descrito, em que uma paciente de 24 anos queixava do tamanho maxilar anterior insatisfatório e desgaste incisal, foi feito um planejamento estético e funcional com resina composta nanoparticulada pela técnica de mão livre que não requer preparo dentário. Antes do tratamento restaurador, foi realizado um clareamento caseiro por 15 dias, até que os dentes atingissem a tonalidade B1. Posteriormente, foi realizada a profilaxia e, para controle da umidade oral, foi feito isolamento relativo com abridor de boca e fio retrator. O esmalte foi condicionado com ácido fosfórico a 37% por 30s, enxaguado por 30s e

seco. O sistema adesivo de três passos foi aplicado na estrutura do dente e fotopolimerizado por 20s com LED. A técnica restauradora foi realizada com resina composta nanoparticulada de cor B1, iniciando os incrementos pela resina de dentina, seguidos pelos incrementos de resina de esmalte, reproduzindo a macrot textura do dente. Cada incremento foi fotopolimerizado por 20s. Depois de feitas as restaurações, realizou-se os ajustes oclusais e estéticos, e os procedimentos de acabamento e polimento foram finalizados com pontas diamantadas finas e extrafinas. Já no segundo caso, um paciente de 24 anos relatou insatisfação em relação à forma do incisivo central anterior, o qual se apresentava conoide. Planejou-se um tratamento conservador utilizando facetas de cerâmica em incisivos centrais e laterais superiores e fragmentos de cerâmica em caninos. Para isso, fez-se as moldagens das arcadas dentárias com silicone de adição e enceramento para definir a forma e as dimensões dentárias. Depois, realizou-se o *mock-up*, preenchendo uma matriz de silicone com resina bisacrílica. Em seguida, com a broca diamantada, fez-se o preparo minimamente invasivo de aproximadamente 0,3mm no incisivo central e lateral superior, a fim de garantir a direção de inserção das facetas laminadas de cerâmica e arredondar os ângulos, promovendo, assim, maior resistência dos materiais restauradores. A moldagem foi feita com silicone de adição e fio retrator, e foi utilizado o guia de cores *Vita Classical* (Vitapan Classical, Alemanha) para determinar a cor do dente (B1). As restaurações foram confeccionadas com vitrocerâmica feldspática, sendo que as superfícies internas foram tratadas com ácido fluorídrico a 9,5% por 2 minutos e lavadas. O ácido fosfórico a 37% foi aplicado por 60s e, após enxágue, secou-se com jatos de ar, e as facetas foram silanizadas com agente de união silano por 60s. Já os substratos foram condicionados com ácido fosfórico a 37% por 30s e enxaguados pelo mesmo tempo. Depois, fez-se o controle de umidade com jato de ar. O agente adesivo foi aplicado no esmalte e fotopolimerizado por 20s. Para a cimentação, foi utilizado o cimento resinoso valor -1 fotopolimerizável para a faceta do incisivo lateral superior direito, e valor médio para cimentar as outras facetas. Em seguida, removeu-se o excesso de cimento, e todas as superfícies dentárias foram fotopolimerizadas por 60s com LED. Os contatos oclusais e ajustes estéticos foram verificados. Após a realização dos procedimentos, concluíram que o tratamento conservador com restaurações diretas de resina composta e facetas cerâmicas, mesmo com as restrições, promovem resultados estéticos e funcionais satisfatórios

capazes de preservar a estrutura dental. Além disso, o sucesso das restaurações minimamente invasivas depende da seleção do caso, planejamento detalhado e seleção correta dos materiais dentários. A evolução da resina composta melhorou a propriedade mecânica, como resistência à fratura e ao desgaste, além de promover brilho e textura superficial satisfatórios, que minimizam o acúmulo de placa bacteriana e restauram a função e a estética, garantindo ao paciente a possibilidade de higiene bucal e saúde periodontal. Por outro lado, as restaurações com cerâmicas garantem qualidade e compatibilidade biológica, o que gera estabilidade de cor e resultados estéticos satisfatórios, sendo as complicações mais comuns fraturas, trincas e lascas, bem como descoloração marginal. Ademais, como o uso dessas requer preparo e adesão em esmalte, há o aumento da reversibilidade e melhora na adesão micromecânica. No entanto, nem todos os pacientes são indicados ao procedimento restaurador com facetas em cerâmica, já que o alto custo do tratamento e a instabilidade oclusal são as principais limitações a serem consideradas.

Alothman e Bamasoud (2018) realizaram uma revisão bibliográfica para comparar a duração de facetas dentárias em relação aos diferentes tipos de preparos e materiais. Em relação aos preparos dos dentes, existem quatro principais, sendo eles a preparação em janela, em que a borda incisal é mantida e a tensão oclusal é concentrada no terço incisal, o que pode levar à fratura, o preparo “pena”, em que a borda incisal é preparada, porém o comprimento é mantido, a preparação em bisel, em que a borda incisal também é preparada, no entanto o comprimento é reduzido de 0,5 a 1mm, e a preparação com sobreposição incisal, em que a borda incisal é preparada e o comprimento é reduzido até cerca de 2mm. Sendo que esse último garante melhor suporte, além de distribuir as forças oclusais. É importante destacar que nos preparos em que a borda incisal é reduzida, a translucidez incisal é realçada. Para que se tenha resistência e duração do procedimento, é recomendado restringir a preparação ao esmalte, além de preservar o contato interproximal, ou seja, realizar um tratamento minimamente invasivo. Porém, no cotidiano da clínica, o cirurgião-dentista precisa fazer um planejamento eficiente e individual para cada paciente, visto que em pacientes com dentes mau alinhados ou diastemas, por exemplo, é preferível remover o contato interproximal, a fim de garantir a estética. Em relação aos materiais mais usados, tem-se a porcelana feldspática, que tem o feldspato como principal componente. Esse

material apresenta muitas vantagens, visto que é mais fino, o que garante translucidez e naturalidade, demanda mínima preparação dentária, e pode-se utilizar o ácido fluorídrico na porcelana, o que garante resistência e união da peça ao esmalte. No entanto, como desvantagem, a porcelana feldspática, como qualquer material, precisa de cuidado antes da colagem, além disso, dentes muito escuros pode não ser possível mascarar, visto que é muito fina, e o ataque com ácido fluorídrico na superfície interna da porcelana pode causar microfissuras e, conseqüentemente, diminuir a resistência e levar à possíveis fraturas. No que diz respeito à adesão das facetas de porcelana, estudos indicam ser um diferencial desses materiais, visto que a resistência de união entre o complexo porcelana, cimentação e esmalte é significativa quando essa resistência de união é comparada entre compósito e esmalte e entre compósito e porcelana. Sobre a taxa de longevidade, estudos apontam que as facetas de porcelana duram muito, mas, para isso, é preciso realizar os preparos com cuidado e fazer um isolamento adequado durante a cimentação. Sendo assim, as elevadas taxas de sobrevivência evidenciadas nos estudos clínicos indicam que a porcelana feldspática pode ser considerada um material confiável e eficaz na restauração de dentes anteriores. Outro material muito utilizado é a resina composta, que tem como vantagem o fato de poder ser usada diretamente, diminuindo o tempo clínico e acelerando o tratamento do paciente. Além disso, para as facetas de resina composta, o esmalte pode ser preservado, a fim de garantir adesão, sendo um procedimento minimamente invasivo. Porém, é um material muito vulnerável à descoloração e desgaste, e é preciso que o cirurgião-dentista tenha a habilidade da técnica de inserção, finalização e polimento desse material, a fim de garantir um bom prognóstico. No que diz respeito à longevidade, esse material apresenta-se como razoável, apesar de ser um procedimento rápido e ter bom resultado estético. Estudos evidenciaram que a taxa de satisfação dos pacientes varia, já que podem estar sujeitos a viés, pois há fatores que podem influenciar na percepção e na opinião dos pacientes, como o nível de descoloração ou má posição pré-operatória que pode afetar na transformação pós-operatória. Dessa forma, concluíram que o tipo de preparo e escolha do material no sucesso das facetas, são determinados a partir da preferência e indicação em relação ao planejamento adequado do cirurgião-dentista. As facetas em porcelana apresentam ótimos resultados estéticos, longevidade de tratamento e satisfação do paciente. Já as facetas de resina

composta podem ser o procedimento de escolha para pacientes que priorizam abordagens minimamente invasivas e mais rápidas, oferecendo estética satisfatória que agrada os pacientes. Porém, algumas das características físicas e capacidade de adesão em comparação com as facetas de porcelana, fazem esse material falhar em um período de tempo mais curto.

Araújo *et al.* (2019) relataram dois casos de pacientes que foram submetidos a procedimentos com faceta direta em resina composta e faceta indireta em cerâmica, a fim de comparar as técnicas restauradoras em relação à indicação, contraindicação, vantagem e desvantagem, para obtenção do sucesso no tratamento e da satisfação do paciente. No primeiro caso, a paciente desejava melhorar a estética do dente 21, visto que, depois de realizar um tratamento endodôntico, escureceu. Além disso, estava com fratura devido a um trauma. Para tanto, foi feito o planejamento para o facetamento direto em resina composta. Depois, foi feita a profilaxia com pedra pomes e água, além da seleção das cores A3D, A1B e WE das resinas a serem utilizadas. Em seguida, com a ponta diamantada tronco-cônica foi feito o preparo da face vestibular, depois condicionou-se o dente com ácido fosfórico a 37% por 30s e lavou-se pelo mesmo tempo. Depois que a superfície estava seca, inseriu o sistema adesivo Adper Single Bond 2 (3M/ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA), seguido de fotopolimerização. A próxima etapa foi a inserção da resina composta em múltiplos incrementos, sendo utilizada primeiro a resina de dentina mais opaca A3D, depois a resina de dentina de opacidade intermediária A1B e, por último, a resina de esmalte translúcida WE, sendo que cada incremento foi fotopolimerizado por 20s, e no final fez-se uma fotopolimerização de 40s. Para finalizar, foi feito o acabamento com os discos de acabamento e ponta diamantada cônica de extremidade arredondada 2135FF para confeccionar a textura da superfície. Em outra sessão clínica, a paciente retornou para o polimento com discos de lixa de granulação maior para menor, discos de feltro e pasta de polimento. No segundo caso, por sua vez, a paciente se apresentava insatisfeita com o sorriso devido à cor e à restauração deficiente no dente 21, vale ressaltar que este já havia sido submetido ao tratamento endodôntico. Dessa forma, como planejamento do caso, obteve-se a indicação do facetamento indireto. Primeiramente, foi feita a fotografia inicial e, na mesma sessão, removeu-se a restauração classe IV e fez-se o preparo para faceta com a confecção da canaleta na região cervical com ponta diamantada 1013, e canaleta vertical no centro da face

vestibular com ponta diamantada tronco-cônica 2135. Depois, para afastamento gengival, inseriu-se o fio retrator ultrafino #000 e fez-se a moldagem de dupla impressão com silicone de adição. Para seleção da cor B1, foi utilizada a escala *Vita Classical* (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha). A partir do projeto feito, ou seja, moldagens, enceramento diagnóstico, guia de silicone e fotografias, o laboratório confeccionou a faceta cerâmica em dissilicato de lítio. Em outra sessão clínica, após a paciente aprovar o resultado, iniciou-se a cimentação da peça, sendo a superfície interna desta tratada com ácido fluorídrico a 10% por 20s, seguida de lavagem e secagem. Depois, aplicou-se o agente silano. No substrato, por sua vez, foi feita a profilaxia com pedra pomes e escova de Robinson e condicionou-se com ácido fosfórico a 37% por 20s, seguido também de lavagem, secagem e aplicação do sistema adesivo ambar APS (FGM Dental Group, Joinville, Santa Catarina, Brasil), com posterior evaporação. Para cimentar a peça, foi utilizado o cimento resinoso fotopolimerizável. Assim, depois de posicionada com cimento, o conjunto foi fotopolimerizado. Na mesma sessão, a paciente, que se mostrou satisfeita com o resultado, foi instruída em relação à saúde bucal, higienização e retorno para futura manutenção. A partir dos casos relatados, observaram que ambas as técnicas são viáveis e exigem competência técnica, conhecimento em relação às indicações e limitações, além das vantagens e desvantagens, sendo que cada caso tem sua particularidade e, por isso, a escolha do material a ser utilizado é dependente de vários fatores, porém ambos entregam resultados estéticos excelentes.

Silva *et al.* (2019) realizaram uma revisão da literatura de artigos do período de 1998 a 2018, em que foi abordada a crescente importância da estética na odontologia, visto que a busca por dentes brancos e alinhados têm sido uma prioridade para muitos pacientes, o que impacta diretamente na autoestima e nas relações sociais. Os artigos foram buscados com as palavras-chave “estética dentária”, “autoimagem” e “sorriso”, nas bases de dados LILACS e SciELO. Como resultado, conseguiram selecionar 10 artigos. Para a revisão, analisaram o nível de satisfação dos pacientes com a estética dental e o impacto no bem-estar físico e mental. A partir disso, concluíram que a coloração e a forma dos dentes são os aspectos que mais preocupam os pacientes. Portanto, é relevante observar que os avanços na odontologia possibilitaram a integração da estética do sorriso com a saúde bucal, permitindo a reabilitação da cor, forma e função dos dentes por meio de procedimentos reabilitadores como clareamento, restaurações diretas e indiretas,



facetas, coroas cerâmicas e próteses, o que contribui para a melhora da autoestima e qualidade de vida dos pacientes.

Campos *et al.* (2021) realizaram uma revisão de literatura em relação às vantagens e limitações das facetas diretas anteriores comparadas às facetas indiretas. Para isso, utilizaram quatorze artigos em português, publicados no período de 2016 a 2019, buscados nas bases do LILLACS, BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), Medline e PubMed. Dessa forma, perceberam que o uso direto de resina composta para facetas é amplamente reconhecido hoje por exigir pouco desgaste das estruturas dentárias saudáveis, além de ser mais econômico em comparação com as facetas indiretas. Ademais, o procedimento pode ser finalizado em uma sessão clínica, proporcionando estética agradável e restabelecendo tanto a parte fonética quanto funcional. Por outro lado, alguns aspectos limitam a utilização desses materiais, como a falta de estrutura dental remanescente, escurecimento significativo dos dentes e a presença de hábitos deletérios. Além disso, é necessário substituir esses materiais após um certo período de tempo, já que podem se desgastar, resultando na perda da forma original e também podem sofrer alterações de cor ao longo do tempo. Por outro lado, as facetas indiretas não possuem essas limitações, visto que, embora sejam mais invasivas, demandam etapa laboratorial, maior tempo clínico, confecção de provisórios e possuem custo maior, são capazes de mascarar substratos escurecidos, tem estabilidade de cor e maior resistência. No protocolo da confecção das facetas diretas, é possível empregar o método do planejamento reverso, que envolve a utilização do enceramento diagnóstico, *mock-up* e posterior simulação da restauração em boca, o que contribui para obter uma visualização antecipada do resultado final. Após revisarem os artigos, puderam concluir que o aprimoramento dos sistemas adesivos e das resinas compostas tem beneficiado a restauração da cor, forma, função e estética dos dentes por meio das facetas diretas, resultando em um sorriso mais harmonioso. Porém, como em qualquer procedimento, é crucial realizar um diagnóstico preciso, um planejamento cuidadoso e utilizar técnicas detalhadas para garantir o sucesso do resultado. Por fim, embora esses materiais tenham um custo menor, sejam menos invasivos e exijam menos tempo clínico, ainda há necessidade de mais pesquisas sobre sua durabilidade.

Cosenza *et al.* (2021) descreveram um relato clínico de uma paciente que apresentava desafios estéticos em relação aos dentes anteriores superiores, além

de inflamação gengival. Em relação à estética, essa paciente apresentava diastemas entre os incisivos centrais superiores e entre os incisivos centrais e laterais superiores, que apresentavam restauração com resina composta direta. Já em relação à gengiva, os tecidos estavam inflamados, mas sem profundidade de sondagem. Para proporcionar um sorriso agradável, foi utilizada a aplicação de resina composta, facetas cerâmicas de forma estética e conservadora e recontorno gengival cirúrgico dos incisivos laterais superiores. Optou-se por uma abordagem minimamente invasiva, a fim de lidar com os problemas estéticos anteriores, incluindo diastema maxilar e proporções dentárias inadequadas entre largura e comprimento. Depois do processo de análise da condição dentária da paciente, diagnóstico, planejamento e determinação das expectativas estéticas da mesma, decidiu-se realizar a restauração com facetas de cerâmica e recontorno gengival cirúrgico dos incisivos laterais superiores. O tratamento foi complementado com o aumento do comprimento dos incisivos laterais por meio de restaurações de resina composta. Dessa forma, inicialmente, foi realizado o enceramento diagnóstico para fechamento de diastema, e um índice de silicone foi feito para as restaurações de teste. Após as restaurações experimentais, ajustou-se alguns aspectos estéticos e, em seguida, definiu-se o novo perfil do sorriso. Depois de realizada a gengivoplastia, a erupção passiva do dente foi alcançada e parte do esmalte foi exposta. Em seguida ao tratamento periodontal, foi realizado o clareamento caseiro supervisionado em ambas as arcadas. As superfícies de esmalte dos incisivos centrais superiores foram desgastadas, a fim de remover as restaurações de resina composta. Logo após, foi realizado o isolamento absoluto, o esmalte foi condicionado com ácido fosfórico a 35% e o sistema adesivo de três passos foi aplicado. Os incisivos centrais superiores foram restaurados com resina composta cor A1 para dentina e B1 para esmalte. Os incisivos laterais superiores foram preparados para receberem as facetas em cerâmica, sendo cimentadas sob isolamento absoluto, com anterior aplicação de ácido fosfórico para condicionamento do esmalte e da dentina e aplicação de uma fina camada de sistema adesivo de três passos sem polimerização. A superfície da cerâmica foi tratada com ácido fluorídrico a 5% por 20s e um agente silano foi aplicado. As facetas foram cimentadas com cimento resinoso fotoativado. A oclusão da paciente foi reavaliada após três e sete dias para analisar contatos oclusais, relações de contatos proximais, integridade marginal e saúde da margem gengival. Os autores puderam concluir que a resina

composta é comumente utilizada em abordagens minimamente invasivas, já que além de conservar a estrutura do dente, tem excelente adesão ao esmalte, sendo que o lascamento é relatado como o motivo mais comum para a falha, e a correspondência de cores é um desafio. Por outro lado, as facetas de cerâmica também fornecem solução restauradora, tendo uma biocompatibilidade excepcional, proporcionando longevidade, função, estética e saúde periodontal. Uma das vantagens do fechamento de diastema com técnicas restauradoras diretas é a possibilidade de preservação da estrutura do dente, já que o preparo pode não ser necessário, tornando o procedimento indicado. Além disso, os autores relataram desempenho semelhante para resina composta e faceta de cerâmica.

Gresnigt *et al.* (2021) testaram a resistência à fratura *in vitro* após o envelhecimento de facetas laminadas, facetas laminadas parciais e restauração em resina composta. Para isso, foram selecionados 40 dentes humanos hígidos, extraídos, divididos em quatro grupos, sendo eles grupo controle (GC), composto por dentes saudáveis que não foram preparados nem restaurados, facetas laminadas convencionais (FLC), facetas laminadas parciais (FLP) e resina composta direta (RCD). Os preparos foram realizados com broca diamantada, sendo que o grupo GC não recebeu nenhum preparo. No grupo FLC fez-se sulcos de orientação de cervical a incisal de 0,3mm de profundidade e uniu-se os sulcos, o contorno cervical foi feito em chanfro raso de 0,1mm de espessura, a borda incisal foi desgastada 1,5mm e, assim, a dentina foi exposta. Os grupos FLP e RCD não tiveram a extensão vestibular preparada, somente desgaste incisal de 1,5mm e bisel de 1mm de largura na face vestibular. Durante a confecção das facetas laminadas, os dentes preparados dos grupos FLC e FLP receberam uma restauração provisória confeccionada com resina bisacrílica até a cimentação das facetas laminadas. O grupo RCD foi restaurado imediatamente após o preparo. Sendo assim, o esmalte foi condicionado por 30s e a dentina por 10s com ácido fosfórico a 37%. Depois de enxaguar e secar suavemente, aplicou-se primer e adesivo de três passos em toda a superfície. A restauração foi feita pela técnica de estratificação com resina composta nanohíbrida, e cada camada foi fotopolimerizada por 20s. Em seguida, as restaurações foram submetidas ao acabamento e polimento. As facetas laminadas de FLC e FLP foram condicionadas internamente com ácido fluorídrico por 60s, enxaguadas com água e limpas com ultrassom em água destilada por 5min. Depois, fez-se a aplicação do agente silano, e após 1min de secagem, foi aplicado o adesivo

de três passos. Os dentes deste grupo foram condicionados com o mesmo protocolo descrito para o grupo RCD, e após enxágue e secagem, aplicou-se o primer e o adesivo de três passos. Em seguida, o cimento resinoso foi inserido no preparo, a faceta laminada foi colocada em posição e fotopolimerizou-se por 5s. Depois da remoção do excesso de cimento, aplicou-se gel de glicerina ao redor do contorno e fotopolimerizou-se por mais 40s. Por fim, fez-se o polimento. Após serem restaurados, os dentes foram envelhecidos por termociclagem (20.000 ciclos entre 5 e 55°C) com um tempo de permanência de 30s e de transferência de 10s. Assim, os incisivos superiores foram colocados na máquina de ensaios universal em um ângulo de 137° com a célula de carga para simular o padrão de força incisal em boca. O teste foi realizado na velocidade de 1mm/min até a fratura, e a força de carga máxima em Newtons (N) para quebrar a amostra foi registrada, sendo o padrão de fratura analisado usando a microscopia de luz. Os resultados mostraram que após a termociclagem, uma parte do grupo FLC apresentou falha adesiva prematura e foi excluído. Em relação à carga, observaram que a carga média de fratura foi de 385 no grupo de resina composta direta (RCD), 271 no grupo controle (GC), 266 no grupo de faceta laminada parcial (FLP) e 264 no grupo faceta laminada convencional (FLC). Neste último grupo, a fratura radicular foi mais ocorrida, enquanto nos grupos FLP e RCD, as falhas coesivas do material e mistas (adesivo, dente e coesivo do material) foram mais observadas. Como conclusão, obtiveram que as facetas laminadas parciais podem exibir valores de resistência à fratura semelhantes às convencionais, e a adoção do protocolo ideal de cimentação e boa adaptação interna das facetas laminadas parciais evitou que as trincadas tivessem um desempenho ruim no teste de fratura. Além disso, os três tipos de restauração, facetas laminadas convencionais, facetas laminadas parciais e resina composta apresentam maiores valores médios de resistência à fratura superiores que as forças que atuam na região anterior da maxila.

## 4.2 Técnica direta

Lima *et al.* (2013) relataram o caso de uma paciente que foi submetida à raspagem e alisamento corono-radicular, além da confecção de facetas diretas em resina composta, visto que os incisivos centrais apresentavam restaurações e facetas antigas, além de excesso de material restaurador nos dentes 12, 11, 21 e 22, o que fazia os dentes aparentarem estar unidos, sendo que o 11, o 21 e o 22 haviam sido tratados endodonticamente. Para iniciar o procedimento, foi feita a profilaxia com pedra pomes e água, além da seleção da cor da resina. Seguiu-se com isolamento relativo modificado e, com o auxílio da ponta diamantada 1014, iniciou-se o preparo dos dentes por meio da confecção de uma canaleta cervical, e com a ponta 2135 foram feitas canaletas verticais e essas foram unidas. Em seguida, para afastamento gengival, inseriu-se o fio retrator #0 (*Ultrapak, Ultradent, EUA*), e condicionou-se os dentes com ácido fosfórico a 35% por 15s, seguido de lavagem pelo mesmo tempo, com posterior aplicação do sistema adesivo *Adper Single Bond 2* (3M/ESPE, *Saint Paul, Minnesota, EUA*) em duas camadas sequenciais, sendo evaporado e fotoativado por 10s. Depois, os incrementos de resina composta foram inseridos de forma múltipla para confecção das facetas, sendo que em dentina e para o halo opaco incisal foi utilizada a resina microhíbrida DA2 Llis (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), em esmalte, a EA2 Llis (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) e, para garantir translucidez, foi aplicada a *T-neutral* da *Opallis* (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), sendo cada incremento fotoativado segundo as instruções do fabricante de cada material restaurador. Após finalizar a fotoativação, com a lâmina de bisturi nº12, foi realizada a remoção dos excessos, e o polimento foi feito com discos de lixa de maior granulação para menor em relação à abrasividade e disco de feltro *Diamond* (FGM, Joinville, SC, BR) com pasta diamantada. Ao concluir o caso, puderam observar que a reabilitação estética com facetas diretas em resina composta para dentes anteriores com alteração de cor é eficaz e restitui saúde biológica e psicológica ao paciente. Sendo considerada uma técnica conservadora que requer exame clínico e planejamento detalhados para que o tratamento tenha sucesso.

Schwarz *et al.* (2013) realizaram um relato de caso de uma paciente que apresentava diastemas entre os incisivos centrais e laterais superiores, que foram acentuados pela doença periodontal ocasionada por tabagismo. Sendo assim, como

protocolo inicial, foi feita a raspagem supra e subgengival, seguida da moldagem para confecção dos modelos de estudo e enceramento diagnóstico para confecção das facetas diretas em resina composta de canino a canino. A partir disso, foi feita a guia com silicone de condensação para realizar o *mock-up* com resina bisacrílica, a fim de ter uma prévia e aprovação da paciente em relação ao resultado do tratamento. Após aprovação, selecionou-se a cor A3 para dentina e A2 para esmalte por meio da escala de cor e fez-se o isolamento absoluto do campo. Depois, fez-se a profilaxia e asperização dos dentes com ponta diamantada de acabamento 3216, seguido do condicionamento com ácido fosfórico a 35% por 30s em esmalte, lavou-se pelo mesmo tempo, aplicou-se o sistema adesivo de passo único em duas camadas e fotopolimerizou-se por 20s. A restauração foi iniciada com o auxílio da guia de silicone para confecção da face palatina e cada incremento foi fotopolimerizado. Ao finalizar as restaurações, o isolamento foi removido e deu-se início ao processo de acabamento com pontas diamantadas F, FF e lixas diamantadas, e polimento com discos abrasivos e pontas de borracha em abrasividade decrescente com pasta diamantada, a fim de obter forma e textura adequadas. Assim, o procedimento foi concluído, a paciente se mostrou satisfeita com o resultado e os autores puderam perceber a eficácia da utilização de facetas em resina composta para restabelecer estética e função do sorriso, já que se destaca por muitas vezes poder ser feito em sessão única, garantindo resultado imediato, e apresentar um custo mais acessível. Ademais, a guia de silicone foi essencial no tratamento, visto que garante uma prévia quanto ao tamanho e formato dos dentes.

Monteiro *et al.* (2015) realizaram um estudo laboratorial com o objetivo de avaliar, *in vitro*, a rugosidade superficial da resina composta após ser submetida à escovação simulada com três dentifrícios diferentes. Para isso, foram utilizados 36 amostras de cada resina (Z350XT e *Empress Direct*), sendo testadas com três dentifrícios: *Oral-B Pro-Health Whitening*, *Colgate Sensitive Pro-Relief*, e *Colgate Total Clean Mint 12*. Como resultado, obtiveram que tanto o tipo de dentifrício quanto o tempo de escovação são fatores que influenciam de forma significativa a rugosidade superficial das resinas, sendo que o *Oral-B Pro-Health Whitening* provocou maior rugosidade. O estudo demonstra a importância de conhecer os hábitos de higiene oral dos pacientes, incluindo o tipo de dentifrício utilizado, já que a abrasividade dos produtos pode afetar a qualidade estética e a durabilidade das

restaurações em resina composta. Portanto, os autores reforçam a relevância da escolha adequada do dentífrico para garantir a longevidade das restaurações, minimizando o desgaste e a perda de brilho causados por abrasivos presentes em algumas pastas de dente.

Silva *et al.* (2015) realizaram um relato de caso de um paciente que apresentava o dente 21 acinzentado e achatado, o que o incomodava em relação à estética. Esse dente havia sido submetido ao tratamento endodôntico há cinco anos. Dessa forma, inicialmente, no exame clínico, foi feita a tomada de cor, sendo que os dentes foram escalados na coloração A4, e foram observadas restaurações insatisfatórias nos dentes 11, 12 e 21. Como plano de tratamento, optou-se pela adequação do meio bucal, sendo o paciente orientado quanto à higiene, além da realização do clareamento externo e confecção de facetas em resina composta nos dentes 11, 12 e 21. Sendo assim, após fotografias iniciais, na primeira sessão foi feita a moldagem anatômica das arcadas, para posterior confecção da moldeira para clareamento dental caseiro supervisionado. Na sessão seguinte, após provar as moldeiras, essas foram entregues ao paciente junto ao gel clareador de peróxido de carbamida a 16%. Após quinze dias, o paciente retornou e foi feita uma sessão de clareamento de consultório em ambas as arcadas com peróxido de hidrogênio a 38% por 40min. Depois, deu-se um intervalo de duas semanas para garantir estabilidade da cor e foi possível obter a coloração A2, sendo que o paciente demonstrou satisfação. Dessa forma, na sessão seguinte deu-se início ao procedimento de confecção das facetas diretas, sendo feitas em isolamento absoluto modificado. Primeiro foi feita a remoção, com a broca esférica diamantada 1014, das restaurações insatisfatórias classe IV presentes nos dentes 11 e 12, e da faceta direta do 21. O preparo dos dentes foi feito com ponta diamantada esférica 1015, e tronco-cônica 3250 para redução vestibular e incisal. Em seguida, foi aplicado ácido fosfórico a 37% em esmalte por 30s e em dentina por 15s, sendo lavado com jato de água por 20s e seco com jato de ar. Depois, aplicou-se o sistema adesivo duas vezes, com posterior fotoativação por 40s em cada dente. No dente 21 foi utilizado o fio afastador #00 (*Ultrapak, Ultradent*, EUA) e, com a broca esférica diamantada 1012, foi realizada a abertura coronária, a fim de remover a guta percha da porção cervical, o que garantiu mascaramento da cor acinzentada antes presente. Esse dente foi restaurado com resina opaca OW da *Opallis* (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), e no terço médio e incisal com resina A2 da *Empress Direct* (*Ivoclar*

*Vivadent, Schaan, Liechtenstein*) para dentina e esmalte. Já na cervical foi utilizada a resina A3 da *Empress Direct (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein)* para esmalte, e nos dentes 11 e 12 foi usada a resina A2 da *Empress Direct (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein)* em esmalte. Em seguida, foram utilizados discos de óxido de alumínio e tiras de lixa para acabamento. Depois de uma semana, o paciente retornou para observação e polimento das facetas, sendo esse realizado com pontas diamantadas de granulação fina e sistema de borrachas sequenciais, além da escova de carbeto de silício. Por fim, foi feita a fotografia final. A partir do procedimento realizado, observaram que a técnica de faceta direta junto ao clareamento externo são tratamentos eficazes, visto que garante resultado rápido e satisfação do paciente, além de ser minimamente invasivo e de baixo custo.

Machado *et al.* (2016) relataram o caso de uma paciente, a fim de descrever as fases clínicas do processo de restauração estética e funcional utilizando facetas de resina composta nos incisivos centrais, considerando histórico de trauma dentário. Sendo assim, a paciente, que havia sofrido um acidente esportivo, possuía o dente 12 extruído e com fratura em esmalte, o 11 avulsionado e também com fratura em esmalte e o 21 com subluxação e fratura em esmalte e em dentina. O dente 11 foi reimplantado, o 12 e 21 foram reposicionados e, com isolamento relativo e contenção semi-rígida, foram feitas restaurações provisórias em resina composta para estabilizar o 11, que foi encaminhado para realização de tratamento endodôntico. Depois de realizada a obturação, para recuperar a estética, optou-se pelas facetas diretas em resina composta. Dessa forma, a paciente retornou depois de 21 dias do trauma, exames foram feitos e a contenção semi-rígida foi removida. Posteriormente, realizou-se a moldagem com silicone de adição em duas etapas e o molde foi enviado ao laboratório para confecção do modelo de estudo e enceramento diagnóstico. Na sessão seguinte, confeccionou-se o guia de silicone por adição. As restaurações provisórias foram removidas e fez-se o bisel com a broca 856. Com o auxílio de uma escala, selecionou-se as cores das resinas a serem utilizadas, sendo escolhida a opaca de dentina OA2 e a de esmalte A2. Para iniciar o procedimento, fez-se o isolamento absoluto com lençol de borracha e inseriu-se fio afastador #000 (*Ultrapak, Ultradent, South Jordan, EUA*) nos sulcos gengivais. Para tratar o substrato, foi utilizado ácido fosfórico a 35% por 30s em esmalte e 15s em dentina, lavou-se e secou-se. Depois, aplicou-se uma camada de primer/adesivo e, depois de 20s, mais uma camada foi aplicada, seguida de



volatização e fotoativação por 20s. Para proteção dos dentes adjacentes, foi utilizada matriz de poliéster. A guia de silicone foi posicionada para inserção dos incrementos de resina composta. Inseriu-se a resina de esmalte para construção da face palatina e definição do contorno das faces proximais e ângulos incisais. Depois de fotoativar, a guia foi removida e deu-se continuidade à inserção dos incrementos de dentina para preenchimento e, em seguida, esmalte novamente. Cada incremento foi fotopolimerizado por 20s. Para finalizar, foi feito o acabamento com brocas de 30 lâminas e o polimento com pontas de silicone abrasivo de granulação fina e extra-fina. A paciente retornou depois de uma semana para avaliação, entrega do protetor bucal de silicone e instruções de uso. A partir do tratamento finalizado, os autores puderam concluir que o procedimento com facetas diretas em resina composta revelou-se eficiente na restauração de pacientes com histórico de traumas, graças à sua durabilidade e capacidade de aprimorar tanto a qualidade de vida quanto a estética do sorriso.

Pereira *et al.* (2016) efetuaram um relato de caso de uma restauração direta em resina composta, a fim de reabilitar a funcionalidade e a estética de um paciente que sofreu trauma com a fratura do dente 21 durante a prática de esporte. Depois do trauma, o paciente foi submetido a dois procedimentos restauradores, sendo que o primeiro foi a colagem do fragmento e confecção da faceta direta em resina composta, e o segundo, a substituição dessa faceta. Além disso, o paciente relatou insatisfação em relação ao formato dos dentes 12 e 22. Dessa forma, o planejamento do tratamento englobou os dentes 13 ao 23. Durante o exame clínico, os autores perceberam a presença de uma restauração insatisfatória classe IV no dente 21, pois apresentava sobrecontorno e descoloração da interface dente/restauração, que envolvia os terços coronário, médio e incisal. De início, foi realizado o protocolo fotográfico, seguido do enceramento diagnóstico e *mock-up*, para simular as restaurações com material provisório, por meio da resina bisacrílica na cor A1 *Protemp 4* (3M ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA). Após inserção da resina com a matriz, os excessos foram removidos, e depois de ocorrer a polimerização, removeu-se a matriz. Para obtenção do brilho inicial, foi friccionada uma gaze embebida em álcool 70% sobre a superfície, e os ajustes funcionais e estéticos necessários foram feitos com pontas diamantadas para acabamento com granulação fina e ultrafina e tira de carbono. Para o polimento, por sua vez, foram usadas pontas abrasivas de carbetto de silício com granulação variando de grossa a

fina, além de escovas de pelo de cabra e escova de algodão. Para dar início às restaurações de fato, primeiramente realizou-se a seleção da cor dos dentes com o auxílio da escala *Vita Classical* (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha), sendo a B1 a escolhida. Depois, a restauração insatisfatória do dente 21 foi removida, seguida do preparo do dente para a faceta convencional direta. O preparo foi necessário para criar espaço para inserir quantidade maior de resina composta, já que era preciso camuflar a opacidade e a descoloração do fragmento aderido ao dente. Sendo assim, o preparo se iniciou com a ponta diamantada esférica nº1014, sendo realizados sulcos de orientação na região cervical da face vestibular a nível supragengival do dente 21, com inclinação de aproximadamente 45° em relação ao longo eixo do dente. Posteriormente, foram criados mais três sulcos de orientação na mesma face, porém, com a ponta diamantada nº4138, seguindo a direção cérvico-incisal e respeitando as inclinações da face. Esses sulcos foram unidos com a ponta diamantada nº4137 posicionada obliquamente. Depois, foi realizada profilaxia com pedra pomes e água, seguida de isolamento com abridor de boca, gaze, sugador e fio retrator nº000 (Pro retract, FGM, Joinville, SC, Brasil). Posteriormente, os substratos foram condicionados com ácido fosfórico a 37% por 30s em esmalte e 15s em dentina, e depois foram lavados com jato de ar/água pelo mesmo tempo e a umidade foi controlada com papel absorvente. No dente 21 foi aplicada a clorexidina a 2%, devido a exposição dentinária. Realizou-se a aplicação do sistema adesivo *Adper Single Bond 2* (3M ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA), seguida de fotoativação por 20s com LED. Tiras de poliéster foram inseridas entre o dente submetido ao procedimento e os adjacentes. Para a confecção das restaurações, foram utilizadas resinas compostas nanoparticuladas nas tonalidades B1D, B1B e B1E *Filtek™ Z350 XT Universal Restorative* (3M ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA), sendo a técnica de estratificação de camadas empregada, com incrementos de no máximo 2mm e fotoativação de cada camada por 20s. Dessa forma, observou-se que com essa técnica, foi possível ocultar a opacidade e a descoloração do fragmento dentário, além de reproduzir os ângulos de reflexão de luz na superfície vestibular de todos os dentes restaurados, dando um aspecto natural. Depois de todos os dentes restaurados, foi feito o acabamento com pontas multilaminadas e diamantadas de granulação fina e ultrafina, seguido do polimento com pontas abrasivas de carbeto de silício de granulação decrescente, ponta de silicone de alto brilho, escova de pelo de cabra e escova de algodão. Por fim,

verificou-se os contatos oclusais com a tira de carbono e um dia depois foram realizados acabamento e polimento final, a fim de proporcionar textura e brilho real das superfícies. Com o procedimento finalizado, observou-se pequena descoloração no terço incisal da restauração do 21, devido à opacidade do fragmento remanescente, porém essa possibilidade já havia sido comunicada ao paciente, visto que optou pela restauração em resina composta. Por outro lado, o tratamento atendeu as expectativas do paciente, que se mostrou satisfeito com o resultado final, já que proporcionou naturalidade e harmonia do sorriso. A partir disso, os autores puderam concluir que a resina composta nanoparticulada é uma alternativa versátil para restaurações funcionais e estéticas, pois esse material apresenta boas propriedades e é biomecanicamente favorável aos tecidos dentários. Ademais, apresenta vantagens como custo mais baixo, se comparados aos laminados cerâmicos, requer menos sessões clínicas, causa mínimo ou nenhum desgaste na estrutura dentária e é facilmente reparável. Por outro lado, é indispensável um planejamento cuidadoso para garantir resultados favoráveis, a fim de restaurar a autoestima e atender às necessidades do paciente.

Guerra, Venâncio e Augusto (2017) relataram um caso clínico de um procedimento feito em uma paciente que possuía diastemas de 1mm nos dentes 11, 21 e 22. A fim de fechar o espaço, confeccionaram facetas diretas em resina composta. Além disso, antes da confecção das restaurações, a paciente solicitou que fosse feito um clareamento dental. Dessa forma, primeiramente, moldou-se as arcadas com alginato tipo I (Jeltrate Plus, Dentsplay, Brasil) para obtenção dos modelos de estudo, que foram enviados ao laboratório de prótese para aquisição do enceramento diagnóstico e confecção da guia de silicone para facilitar a confecção da face palatina das restaurações. Em seguida, deu-se início à primeira sessão de clareamento pela técnica de consultório, totalizando três sessões, feitas semanalmente. Depois de quatorze dias após finalizar o clareamento, iniciou-se o tratamento restaurador. A guia de silicone foi testada, realizou-se profilaxia e isolamento absoluto modificado de pré-molar a pré-molar. Posteriormente, o esmalte foi condicionado com ácido fosfórico a 35% por 30s e lavado pelo mesmo tempo. Aplicou-se o sistema adesivo *Single Bond* (3M Espe, Brasil) e fotopolimerizou-se por 20s. Com a guia em posição, iniciou-se a confecção das facetas por meio da inserção de resina composta por palatina, de forma incremental, e fotopolimerizou-se cada incremento. A resina escolhida foi A1 *Filtek Z350 XT* (3M

ESPE, EUA) de corpo e esmalte. Além disso, para remoção dos excessos, as pontas diamantadas multilaminadas finas e ultrafinas em alta rotação foram utilizadas. Em seguida, realizou-se o polimento com borrachas de silicone e discos de feltro com pasta diamantada. Depois de finalizado o procedimento, verificou-se os contatos oclusais e movimentos, e a paciente se mostrou satisfeita com o resultado obtido. A técnica escolhida para o fechamento de diastemas, segundo o estudo, é considerada minimamente invasiva, rápida, já que dispensa a etapa laboratorial, segura, eficaz, reversível, apresenta resultado imediato, além de garantir excelente estética, durabilidade e um custo mais acessível, se comparada às técnicas indiretas. Apesar disso, o êxito nesse tratamento clínico depende não só do material restaurador selecionado, mas também da técnica empregada e da habilidade do cirurgião-dentista. Sendo que, para garantir sucesso funcional e estético, é essencial que o profissional faça um diagnóstico preciso e planeje adequadamente o caso a ser tratado. Por fim, segundo o estudo, a odontologia restauradora estética exige paciência, atenção aos detalhes, busca pela perfeição e a aplicação precisa das técnicas e protocolos adequados.

Gouveia *et al.* (2018) realizaram um relato de caso clínico em que foi feito um procedimento estético com o uso da resina composta direta nos dentes anteriores, a fim de restaurar o sorriso e a autoestima da paciente, visto que esta apresentava comprometimento nas restaurações de alguns dentes, como alteração de cor das resinas dos dentes 11 e 21, além de anatomia irregular do 13 ao 23, que afetava o sorriso. Para seguir o tratamento, foi realizada a confecção do enceramento diagnóstico e depois que a paciente aprovou, o guia de silicone de condensação foi feito para orientação da face palatina no momento da inserção das camadas. Em seguida, antes da confecção das facetas definitivas, realizou-se a substituição das restaurações classe IV dos dentes 11 e 21, e depois seguiu-se para a técnica das facetas. Dessa forma, os substratos foram condicionados com ácido fosfórico a 37% por 30s em esmalte e 15s em dentina, depois lavou-se, secou-se e foi aplicado o sistema adesivo (*Schotchbond*, 3M ESPE, EUA) em duas camadas e fotoativou-se por 20s. Com a guia já posicionada, inseriu-se a resina translúcida *Filtek Z350XT CT* (3M ESPE, EUA) para confecção da face palatina e, com a matriz metálica em posição e o fio retrator #00 (*Ultrapak*, *Ultradent*, EUA), as faces proximais também foram confeccionadas. Posteriormente, para preenchimento do corpo e escultura dos mamelos, foi utilizada a resina de dentina A2 *Filtek Z350XT* (3M ESPE, EUA).

Já entre os mamelos utilizou-se a resina de efeito BT *Filtek Z350XT* (3M ESPE, EUA). Na concha palatina, por sua vez, foi pincelada a resina fluida transparente (*Tetric Flow, Ivoclar Vivadent, Liechtenstein*) e as caracterizações incisais foram feitas com *Tetric Color Branco (Ivoclar Vivadent, Liechtenstein)*. Na face vestibular, foi inserida resina de esmalte A1 *Filtek Z350XT* (3M ESPE, EUA) até o terço médio e resina de efeito XWE *Filtek Z350XT* (3M ESPE, EUA) no terço incisal. Após finalizar o procedimento, removeu-se o fio retrator e ajustes foram feitos. Para o acabamento, foram utilizadas lâminas de bisturi n.º 12 e pontas diamantadas n.º 8379 e n.º 8856. Na sessão seguinte, foram feitos ajustes finais e o polimento com taças de borracha. A partir disso, concluíram que o tratamento restaurador estético com resina composta é conservador e eficiente, já que contribuiu para restaurar a harmonia do sorriso. Além disso, é uma técnica que requer menos tempo clínico e é mais econômica em comparação com as restaurações indiretas. Porém, é preciso planejar criteriosamente as referências de cada paciente, para que se tenha sucesso no tratamento.

Moreira, Neto e Freitas (2018) relataram o caso de uma paciente que apresentava escurecimento nos incisivos centrais superiores, devido a algum tratamento endodôntico, e giroversão mesial dos incisivos laterais superiores. Depois de realizar os exames necessários, o planejamento do caso foi multidisciplinar com procedimentos periodontais, sendo eles raspagem, alisamento radicular, cirurgia periodontal, procedimento endodôntico e procedimentos relacionados à dentística, isto é, a confecção de facetas diretas em resina composta para os dentes anteriores superiores. Sendo assim, primeiramente, foi feita a moldagem para obtenção do modelo de estudo, em seguida, obteve-se o enceramento diagnóstico. Em outra sessão, com o *mock-up*, foi possível prever o resultado, para isso, foi confeccionado o molde do enceramento com alívio e inseriu-se resina bisacrílica, este foi colocado em posição e ajustes foram feitos. Na sessão seguinte, o molde foi recortado, a fim de ser usado como guia para confecção da face palatina das facetas e, na sessão em que o procedimento seria iniciado, primeiramente, fez-se a profilaxia com taça de borracha e pedra pomes. Depois, para afastamento, inseriu-se fio retrator no sulco gengival dos dentes envolvidos. Os dentes 11 e 21 foram preparados. Sendo assim, para confecção do sulco de orientação cervical, foi utilizada a ponta diamantada n.º 1012, enquanto para o sulco de orientação vestibular, a n.º 3216, e depois fez-se a união dos sulcos.

O preparo foi estendido na região interproximal, para mascarar as margens. Para o acabamento, foram utilizadas as pontas de granulação fina e extrafina. Os dentes 12 e 22, por sua vez, devido ao fato de estarem girovertidos, foram submetidos a um desgaste na região vestibulo-distal, para que a resina pudesse cobrir e dar um aspecto de alinhamento da face vestibular em relação aos outros dentes. Posteriormente, os dentes foram condicionados com ácido fosfórico a 37% por 30s, seguidos de lavagem por 1min, sendo o excesso de umidade removido. Depois, aplicou-se primer/adensivo *Prime&Bond Universal* (*Dentsply*®, Brasil) em duas camadas sequenciais, evaporou-se o solvente com leves jatos de ar, seguido de fotopolimerização por 20s em cada dente. Posicionou-se a guia de silicone e os incrementos de resina composta (*Spectra Smart*, *Dentsply*®, Brasil) na cor YE para esmalte das faces palatina e incisal foram inseridos. Como os dentes 11 e 21 apresentavam uma coloração mais escura, empregou-se uma camada de corante branco (*Kolor + Plus*, *Kerr*®, EUA). Depois, para a dentina foi inserida a cor A2O, para os mamelões, A3, e para o esmalte da face vestibular, A1. Depois de todos os incrementos inseridos e fotopolimerizados, foi verificada a oclusão com carbono e o acabamento foi feito com tiras de lixa interproximal, discos abrasivos e pontas de acabamento. Na sessão seguinte, foi feito o polimento com escova de carbetto de silício, disco de crina de cavalo e disco de feltro com pasta de polimento diamantada. Após a finalização do caso, puderam observar que facetas em resina composta podem ser feitas em curto prazo e são capazes de corrigir a pigmentação dentária, a giroversão, além da forma e tamanho dos dentes. Assim, colaboram para aprimorar o bem-estar e a autoestima do paciente.

Araújo *et al.* (2019) relataram um caso clínico de um tratamento feito com a confecção de facetas diretas em resina composta de uma paciente que apresentava má oclusão classe III de Angle. A mesma estava em tratamento ortodôntico, possuía agenesia de incisivos laterais (12 e 22) e inversão dos dentes 23 e 24. Assim, para corrigir a agenesia, foram fixados, no fio ortodôntico, provisórios com dente de estoque, sendo que, posteriormente, ao completar 18 anos, esses seriam substituídos por implantes. Nos dentes 13, 11 e 21, foram realizadas facetas diretas em resina composta, sendo que, primeiramente, foi feita uma previsão desses dentes com a resina composta nanohíbrida *IPS Empress Direct* (*Ivoclar Vivadent*, Barueri, SP, Brasil), cores DA3 e EA3, para avaliação e aprovação da paciente. Na primeira sessão, foram feitos os dentes 11 e 21. Dessa forma, condicionou-os com

ácido fosfórico a 37% durante 30s e lavou-os com jato de ar e água. Depois, aplicou-se duas camadas sequenciais de adesivo *Prime&Bond 2.1* (*Dentsply*, Petrópolis, RJ, Brasil) e fotoativou-se por 20s. Com o substrato pronto, iniciou-se a inserção dos incrementos de resina composta. Ao final desta etapa, realizou-se o acabamento e polimento. Na sessão seguinte, os mesmos protocolos foram feitos para o dente 13. Já os dentes 23 e 24 foram reanatomizados, a fim de aumentar volume, altura e largura, e garantir harmonia do sorriso. No caso da paciente, durante avaliação, observou-se que ela não possuía guia de desoclusão incisal satisfatória, sendo assim, para corrigir, fez-se a inserção de resina composta no terço médio-incisal da palatina dos dentes anteriores superiores. A partir do caso finalizado, os autores puderam concluir que as restaurações feitas em resina composta são opções eficazes e práticas, visto que mimetizam e corrigem formato, tamanho e cor dos dentes, o que restaura tanto estética, quanto função e satisfação dos pacientes.

D'Onofre *et al.* (2020) relataram o caso clínico de um paciente que se encontrava insatisfeito com o sorriso, sendo que os dentes anteriores superiores eram o que mais o incomodava, principalmente em relação à forma e disposição. Sendo assim, no exame clínico, observaram a diferença de tamanho entre o 12, 11, 21 e 22. Além disso, os dentes 12 e 22 eram palatinizados e foi observada a presença de placa bacteriana e manchas extrínsecas nas faces palatinas. Dessa forma, para colocar em prática o planejamento do caso, foi feita a profilaxia e polimento. Em seguida, foi determinada a realização de facetas em resina composta para os dentes 12 e 22, a fim de aumentar o tamanho e o volume desses, além da confecção da guia canina dos dentes 13 e 23, visto que o paciente não realizava movimentos excêntricos corretamente. Sendo assim, a fotografia inicial foi tirada e fez-se a moldagem para obtenção do modelo de estudo. Depois, foi feito um protocolo de 4 horas diárias, durante 30 dias, de clareamento caseiro supervisionado com peróxido de carbamida a 16%. Duas semanas depois de finalizar o clareamento, o procedimento restaurador foi iniciado. Sendo assim, fez-se o desgaste na palatina dos caninos superiores e selecionou-se a cor dos dentes, determinando a resina *Vittra APS E-bleach* (FGM Produtos Odontológicos Ltda, Joinville, SC, Brasil) na cor DA2 para dentina na cervical, *WB Z350 Filtek™ Z350 XT Universal Restorative* (3M ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA) para dentina no terço médio, *e-bleach Vittra* (FGM Produtos Odontológicos Ltda, Joinville, SC, Brasil) para

esmalte no terço incisal, e *Trans 30 Empress Direct* (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) para efeito incisal. Por meio do enceramento diagnóstico, foi possível mostrar a prévia para o paciente, e em outra sessão foi confeccionada a guia de silicone. Foi feito o isolamento absoluto e condicionamento ácido e adesivo do dente 22. Com a guia posicionada, iniciou-se a restauração por meio da técnica incremental, sendo inserida a resina a partir da face palatina. Após fotopolimerização, finalizou-se o procedimento com acabamento e polimento. Em outra sessão clínica, os mesmos protocolos foram feitos no dente 12. Portanto, depois do caso entregue, puderam concluir que a resina composta possibilita a restauração estética do sorriso, desde que seja feito um bom diagnóstico, correta seleção de cor e técnica minuciosa. Ademais, a obtenção de ótimos resultados, além de qualificar profissionalmente, também garante satisfação, autoestima e confiança ao paciente envolvido.

Rocha *et al.* (2021) relataram o caso de um paciente que apresentava os dentes amarelados, espaços interdentais entre os anteriores superiores, giroversão para distal dos caninos superiores e anatomia conoide dos incisivos laterais. Sendo assim, foi proposto um planejamento baseado em clareamento dental de consultório em três sessões e confecção de facetas diretas em resina composta. Para isso, na primeira sessão, foi feita a profilaxia com pedra pomes e água, e os dentes foram classificados em DA3 e EA3, segundo a escala *Vita Classical* (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha). O procedimento clareador foi realizado com o gel clareador *Whiteness HP 35%* (FGM®, Joinville, Santa Catarina, Brasil), por 40 minutos. Depois da terceira sessão de clareamento, os dentes foram classificados novamente, de acordo com a mesma escala, e obteve-se as cores DA1 e EA1. Posteriormente, foi feita a moldagem da arcada superior para confecção do modelo de trabalho, enceramento diagnóstico e guia palatina. Quinze dias depois do clareamento, foi iniciado o procedimento restaurador, sendo que, primeiramente, foi feita nova profilaxia com escova de Robinson e pasta profilática sem óleo. Depois, escolheu-se as cores para a restauração por meio da escala *Vita Classical* (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha), sendo selecionada A1 para esmalte e dentina, e translúcida para palatina e incisal. Para o preparo dos dentes, com a ponta diamantada n.º 2200F, desgastes mínimos foram feitos na mesial dos incisivos laterais e na vestibular dos caninos. Em seguida, fez-se o isolamento absoluto modificado e os dentes foram tratados com ácido fosfórico a 37% por 30s, seguidos de lavagem e



aplicação do sistema adesivo ambar APS (*FGM Dental Group*, Joinville, Santa Catarina, Brasil), com posterior fotopolimerização. Depois, com a guia palatina posicionada, a resina translúcida *Harmonize GRY* (*Kerr Corporation*, Califórnia, EUA) foi inserida, seguida da resina para dentina *Vittra APS* (*FGM Produtos Odontológicos Ltda*, Joinville, SC, Brasil) na cor A1 e resina de esmalte *Vittra APS* (*FGM Produtos Odontológicos Ltda*, Joinville, SC, Brasil) também na cor A1. Cada incremento foi fotopolimerizado e depois de esculpir, o isolamento foi removido e os ajustes e acabamentos foram feitos com brocas multilaminadas, pontas abrasivas e discos de lixa. Depois de sete dias, novos ajustes foram realizados e o polimento foi feito com discos de feltro e pasta para polimento. Após finalizar a restauração, foi possível obter um resultado imediato e, devido ao fato de esse material depender da colaboração do paciente, este recebeu orientações sobre cuidados com a higiene bucal e alimentação, além da importância dos retornos semestrais para manutenção, visando assegurar a durabilidade do tratamento. Ademais, observou-se que realizar o clareamento dental antes do procedimento reduziu a quantidade de desgaste e permitiu a aplicação de uma camada fina de resina, resultando em uma aparência mais natural dos dentes e satisfazendo as expectativas do paciente. Por fim, ressalta-se que é essencial que o profissional esteja sempre em busca de aprimoramento técnico e atualização de conhecimentos, para assegurar um resultado que seja natural e harmonioso para o paciente.

Falcão *et al.* (2023) apresentaram um relato de caso clínico de um paciente com descoloração no dente 21 devido a um trauma dental. O paciente foi submetido ao tratamento endodôntico satisfatório, e clareamento dental interno sem bons resultados, sendo contraindicado novo protocolo. Sendo assim, optou-se pelo uso de faceta de resina composta com a combinação de três pigmentos opacificadores como tratamento, a fim de mascarar o substrato, visto que opacificadores em forma fluida são uma alternativa eficaz, minimamente invasiva e de alta opacidade, o que reduz a espessura de resina a ser aplicada. Na face palatina, utilizou-se resina translúcida, para a dentina, resina opaca, e para o esmalte, resina acromática translúcida. Para realizar o procedimento, primeiramente, aplicou-se anestesia infiltrativa, fez-se o isolamento absoluto modificado e inseriu-se o fio retrator #000 (*Ultrapak*, *Ultradent*, *Utah*, EUA) no sulco gengival. Para o preparo do dente, foi utilizada a ponta diamantada tronco-cônica n.º 4138 e n.º 1014. Depois, fez-se a profilaxia com pedra pomes e água, e, para iniciar o procedimento, aplicou-se ácido

fosfórico por 15s com posterior lavagem e secagem. Em seguida, o sistema adesivo *Adper ScotchBond Multiuso*® (3M ESPE, *Minnesota*, EUA) foi utilizado, sendo aplicado uma camada de primer ativamente por 10s, depois evaporou o solvente e aplicou-se uma camada de adesivo. Aplicou-se jato de ar novamente com posterior fotopolimerização por 20s. Em seguida, inseriu-se a camada de resina translúcida (*Forma*®, *Ultradent*, Utah, Estados Unidos) na face palatina. Depois, uma gota de cada um dos opacificadores *Creative Color Opaquer Pink*® e *Creative Color Opaquer*® nas cores A1-B1-L0 e A2-A2.5 (*Cosmedent*, Chicago, EUA) foram misturados em um pote dappen e foram aplicados com o pincel n.º 1 curvo. Posteriormente, inseriu-se a resina opaca de dentina (*Herculite Précis*®, *Kerr*, EUA) na cor A3D e, no terço incisal, confeccionou-se sulcos, a fim de mimetizar os mamelos dentinários, sendo que entre eles foi inserida a resina translúcida *Filtek Z350XT*® (3M ESPE, *Minnesota*, EUA) na cor BT. A última camada, de esmalte, foi feita com resina acromática translúcida (*Estelite Omega*®, *Tokuyama*, Japão) cor MW para gerar naturalidade. Após a realização do procedimento, foi feito o acabamento com brocas carbide multilaminadas e discos abrasivos, seguido de ajustes oclusais e verificação de movimentos excursivos. Além disso, o polimento foi feito com borrachas polidoras, disco diamantado em forma de espiral e disco de feltro com pastas de polimento. O paciente obteve melhora estética imediata e ficou satisfeito com o resultado. Foram realizadas reavaliações após 30 dias e após 7 meses, e observou-se que a integridade da restauração e do polimento foi mantida. Sendo assim, é essencial destacar a importância do domínio e do conhecimento do material para o sucesso da técnica escolhida, sendo que restaurações com resina composta garantem bons resultados em relação à estética, forma e função. A aplicação adequada da técnica de estratificação reduz as diferenças de cor, e o uso de pigmentos opacificadores proporciona um bom resultado estético, já que disfarça as descolorações severas, o que melhora a previsibilidade de resultados positivos e facilita a rotina clínica dos profissionais.

### 4.3 Técnica indireta

Peumans *et al.* (2000) avaliaram a eficácia e sucesso a longo prazo das restaurações com facetas de porcelana. Para isso, revisaram estudos de laboratório *in vitro* e estudos clínicos *in vivo* envolvendo facetas de porcelana realizadas durante os últimos 10 anos, com foco na eficácia clínica dessas facetas e incluindo a preparação do dente, seleção do tipo de sistema adesivo, qualidade da adaptação marginal, resistência contra microinfiltração, resposta periodontal e características estéticas. Após avaliação dos estudos selecionados, observaram que, em relação à estética das facetas de porcelana, ou seja, estabilidade de cor e lisura da superfície, após vários anos de acompanhamento do desempenho clínico, os estudos confirmaram a manutenção da estética a curto, médio e longo prazo. Ademais, a aceitação das facetas pelos pacientes é alta, sendo que de 80 a 100% dos pacientes se encontram totalmente satisfeitos. Alguns estudos relataram que essa satisfação aumentou após anos, devido à habituação dos pacientes à melhora estética da dentição. Além disso, relataram que o complexo adesivo parece ser muito forte e que a união ideal é obtida se o preparo estiver localizado por completo em esmalte, se for realizado um procedimento correto de tratamento de superfície e se for selecionado o agente resinoso de cimentação adequado. Porém, no que diz respeito à estética e ao periodonto, um preparo somente em esmalte nem sempre é possível, mas a resposta periodontal varia de aceitável a excelente, e em relação somente à estética, as facetas de porcelana mantiveram suas características de médio a longo prazo, e a satisfação dos pacientes é alta. Foi observado também que quando a dentina é exposta em grande extensão, a qualidade da restauração se torna inferior, visto que os agentes de união ainda não são capazes de prevenir a microinfiltração nas margens dentinárias a longo prazo. Por outro lado, a discrepância marginal relativamente ampla é a maior deficiência dessas restaurações, no entanto, este fator não impactou diretamente sobre o sucesso das facetas a médio prazo. Porém, a influência no desempenho clínico geral a longo prazo ainda é desconhecida.

Pini *et al.* (2012) realizaram uma revisão da literatura sobre os avanços recentes em relação aos materiais, aplicações e técnicas envolvidas na confecção de facetas dentárias. Sendo assim, para o estudo, foi conduzida uma busca eletrônica de artigos publicados entre 1991 e 2011, utilizando as bases de dados Medline e PubMed, sendo selecionados artigos em inglês de revistas odontológicas

revisadas por pares, com as palavras-chave “*lamine veneer*”, “*ceramic veneer*”, “*porcelain veneer*” e “*dental ceramic*”. Os artigos escolhidos incluíam ensaios clínicos, relatos de casos, revisões sistemáticas ou estudos prospectivos, todos com um período mínimo de acompanhamento de 3 anos. De acordo com os artigos avaliados, observaram que as propriedades das cerâmicas indicam que esses materiais são capazes de mimetizar o esmalte humano e as propriedades mecânicas estão expandindo suas aplicações clínicas. A técnica recente mais utilizada no preparo dos dentes para receber as facetas, é a minimamente invasiva, que tem como objetivo preservar ao máximo a estrutura dental natural do paciente. Sendo importante que o cirurgião dentista selecione de forma adequada os materiais e técnicas, a fim de alcançar um resultado estético e funcional satisfatório. Por isso, concluíram que o sucesso clínico das facetas laminadas depende tanto das indicações adequadas ao paciente, isto é, dentes com presença de descoloração resistente à clareamentos genéricos, alteração de forma, contorno, tamanho e/ou volume desarmônico e dentes deformados, sendo contraindicadas quando há redução da distância interoclusal anterior, sem sobreposição horizontal, bruxismo grave ou atividade parafuncional, além de dentes mau posicionados de forma severa, doenças de tecidos moles e dentes com restaurações extensas, quanto da correta aplicação dos materiais e técnicas disponíveis, além dos objetivos do tratamento estético e do fato de as facetas dentárias se tornarem uma opção segura e eficaz para a correção de imperfeições dentárias e para melhorar a aparência do sorriso do paciente.

Soares *et al.* (2012) realizaram um relato de caso de uma paciente que se apresentava insatisfeita com a estética do sorriso, visto que possuía diferença de cor nos dentes 13 e 23, além de extensas restaurações insatisfatórias em resina composta nos dentes 13, 21, 22 e 23, devido à textura e cor. O caso foi planejado tendo como base os dentes 11 e 12, visto que eram próteses fixas unitárias. Sendo assim, os outros dentes citados foram submetidos à cimentação de laminados cerâmicos à base de dissilicato de lítio. Dessa forma, primeiramente, foi realizado o preparo dos dentes com a confecção da canaleta de orientação na região cervical supragengival vestibular com a ponta diamantada esférica n.º 1014. Depois, fez-se três sulcos de orientação na face vestibular, no sentido cérvico-incisal com a ponta diamantada n.º 4138. Esses sulcos foram unidos com a ponta diamantada n.º 4137 e, com a ponta n.º 4138, foi feita a redução incisal estendida para a face palatina.

Com a ponta n.º 4137 novamente, foi feito o término do preparo em ombro com ângulos internos arredondados. Após os preparos, foram inseridos os fios retratores #00 e #0 (*Ultrapack, Ultradent, EUA*) pela técnica de fio duplo, e fez-se a moldagem com silicone de adição. Depois de moldar, o fio com maior diâmetro foi removido, adicionou-se silicone leve no molde e a moldeira foi posicionada novamente. Em seguida, a cor foi selecionada, sendo utilizada a resina composta microhíbrida direta (*Brilliant, Vigodent Coltene, Brasil*) na cor A3, para a confecção das restaurações provisórias. Em outra sessão, removeu-se os provisórios, provou-se os laminados e, após aprovação, a cimentação foi iniciada. Dessa forma, as superfícies internas das peças foram tratadas com ácido fluorídrico a 9,5% por 20s, seguido de lavagem por 60s e secagem. Depois, aplicou-se ácido fosfórico por 60s, e submeteu-se a jatos de ar/água pelo mesmo tempo. Após a secagem completa dos laminados, foi aplicado silano (*Silano, Angelus, Brasil*) e, depois de um minuto, aplicou-se o cimento resinoso autoadesivo opaco (*SET, SDI, Austrália*) e a faceta foi colocada em posição. Os excessos foram removidos, aguardou-se 5 minutos e fotopolimerizou-se cada face por 60s. Depois de todas as peças aplicadas, fez-se o ajuste final e verificou-se um bom resultado tanto em termos de funcionalidade quanto de estética. Após a entrega do caso, puderam concluir que laminados cerâmicos à base de dissilicato de lítio são capazes de reabilitar tanto funcionalmente quanto esteticamente o sorriso. Além disso, a escolha pela técnica autoadesiva reduziu o tempo clínico.

Cunha *et al.* (2013) relataram o caso de um paciente que apresentava insatisfação com o dentes anteriores, visto que o dente 12 era vestibularizado, o 11 e o 21 apresentavam a largura méso-distal menor que o 12 e o 22, o 11, o 21 e o 22 possuíam restauração em resina composta desgastada nas proximais e incisais, e o 11 e o 21 tinha desnível de altura gengival e altura menor se comparados aos caninos. Dessa forma, optou-se por um tratamento multidisciplinar, que contou com a ortodontia, a fim de melhorar a posição dos dentes ântero-superiores, periodontia, para aumentar a coroa dos mesmos por meio da osteotomia, e dentística, na confecção de laminados cerâmicos para melhoria da estética. Após finalizar as etapas iniciais, as resinas remanescentes foram removidas para que os dentes fossem preparados, sendo que a escolha da cor 2M2 para as facetas foi feita com o auxílio da escala *Vita 3D Master (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha)*. Depois de preparar os dentes, para realizar a moldagem com silicone de adição, foi

feito o afastamento gengival com fio retrator #0000 e #000 (*Pro Retract*, FGM, Joinville, SC, Brasil). As restaurações provisórias foram feitas com resina bisacrílica. As facetas cerâmicas, por sua vez, foram feitas com cerâmica Vita PM9 (*Vita Zahnfabrik, Bad Säckingen*, Alemanha) de base feldspática de estrutura fina e reforçada com leucita. Depois de experimentar as cerâmicas e ter a aprovação do paciente, as peças foram condicionadas com ácido fluorídrico por 60s, depois lavadas, e aplicou-se o silano. Após 1 minuto, aplicou-se o adesivo e fotopolimerizou-se. No substrato, foi feita a profilaxia e aplicou-se o sistema adesivo *Scotchbond Multiuso* (3M ESPE, *Saint Paul, Minnesota*, EUA). Na face interna de cada laminado foi aplicado o cimento *RelyX™ Veneer Transparente* (3M ESPE, Sumaré, SP) e assentou-se em cada dente. Os excessos extravasados foram removidos com fio dental e sonda exploradora n.º 5. Depois de aplicar em todos os dentes, verificou-se os contatos oclusais, foram feitos ajustes com ponta diamantada, e o polimento com borrachas para cerâmica. Após finalizar o caso, observou-se o resultado imediato com harmonia e naturalidade do arco dentário e tecido gengival. Concluindo que o procedimento estético com laminados cerâmicos pode ser utilizado de forma combinada com outros tratamentos, como ortodôntico e periodontal, a fim de garantir estética e função adequada para o paciente.

Chain e Alexandre (2014) relataram o caso de uma paciente que se queixava da insatisfação com a estética do sorriso, visto que os dentes eram amarelados e desgastados. Sendo assim, como tratamento, optou-se pelo uso de facetas em resina composta pré-fabricadas *Componeer®* (*Coltene, Altstätten*, Suíça) de canino a canino. Dessa forma, na primeira sessão foram definidas a cor, o tamanho das peças e foi feita a fotografia inicial. Portanto, as facetas na cor branca foram selecionadas, sendo que a fixação recomendada para dentes escurecidos é com resina composta convencional opaca. Ademais, escolheu-se o tamanho grande, mesmo que a largura se apresentava um pouco maior em alguns dentes, pois iria mascarar o estreitamento da arcada da paciente. O procedimento contou com desgaste mínimo em alguns dentes, sendo que nas interproximais foram feitos *slices*, a fim de garantir simetria. A fixação com a resina composta permite a modificação da opacidade da faceta, além do alinhamento dos dentes. Ademais, essa técnica permite a remoção das peças de maneira fácil antes da fotoativação, caso necessário. Dessa forma, cada peça foi levada em posição, o excesso de resina foi removido com o auxílio de uma espátula e fotoativou-se por 20s. O caso

foi finalizado com resultado estético imediato, sendo possível notar o aspecto natural, além da saúde da gengiva e ausência de *black spaces*. Sendo assim, os autores perceberam a praticidade da técnica realizada, visto que as peças são proporcionadas esteticamente, sendo um material mais resistente, já que seu grau de conversão de polimerização é superior ao das resinas fotoativadas em consultório, e possui custo mais acessível. No entanto, é preciso mais estudos clínicos a longo prazo sobre esse material restaurador.

Gomes e Perdigão (2014) conduziram um estudo de dois casos clínicos com foco no uso de facetas pré-fabricadas de resina composta para melhorar a estética dos dentes anteriores de pacientes que buscavam uma alternativa mais acessível, se comparadas às facetas de porcelana tradicionais. Primeiramente, destacaram que essas facetas são finas (0,3mm na região cervical e 0,6 a 1,0mm na borda incisal) e fabricadas com resina composta híbrida pré-polimerizada *Synergy D6* (Coltene, Altstätten, Suíça). As facetas são cimentadas com a mesma resina composta utilizada na sua confecção, permitindo ajustes e são aderidas ao dente com resina composta híbrida direta. O sistema é composto pelo adesivo *One Coat Bond* (Coltene, Altstätten, Suíça), usado para adesão com o protocolo de condicionamento e enxágue. Dessa forma, o primeiro caso envolveu uma paciente que desejava melhorar a aparência dos dentes superiores, que se apresentavam descoloridos. Após exames, constatou-se que os dentes 11, 12 e 22 possuíam tratamento endodôntico e restaurações insatisfatórias. O plano de tratamento incluiu o uso de pinos de fibra e reconstruções de resina composta, com a cimentação de facetas de resina composta pré-fabricadas nesses dentes. A cor foi selecionada por meio do Guia de Tons *Componeer Synergy D6* (Coltene, Altstätten, Suíça), sendo A1/B1 para dentina e opalescente branca para esmalte, no tamanho “L”. Em seguida, com anestesia local e dique de borracha aplicados, os dentes foram preparados. Com o auxílio de discos abrasivos, as facetas foram personalizadas e provadas. Na superfície interna das facetas foi aplicado o adesivo e os substratos foram condicionados com ácido fosfórico a 35% por 15s e enxaguados por 20s. Em seguida, aplicou-se o adesivo por 15s nos dentes, evaporou-se o solvente e fotopolimerizou-se por 20s. Para mascarar as descolorações, uma mistura do opacificador *Paint-on Color* (Coltene, Altstätten, Suíça) nas tonalidades opaca branca com tonalidade amarela, foi aplicada nos dentes e nas manchas de esmalte e fotopolimerizou-se por 40s. Em seguida, aplicou-se a resina de dentina nos dentes

e de esmalte nas facetas, que foram posicionadas e cimentadas, sendo os excessos removidos. Cada região foi fotopolimerizada por 40s. As margens foram ajustadas com limas oscilantes recobertas de diamante *Proxoshape (Intensiv SA, Montagnola, Suíça)*, tiras de acabamento e polimento nas interproximais e discos flexíveis de óxido de alumínio nos ângulos incisais. Para polimento, foram utilizados polidores de borracha de silicone. O segundo caso foi de um paciente insatisfeito com seu sorriso devido à presença de diastemas. Exames revelaram múltiplas lesões cariosas, restaurações insatisfatórias e discrepância de tamanho e forma dos dentes. O tratamento planejado incluía a restauração de canino a canino com facetas de resina composta pré-fabricadas. Dessa forma, a tonalidade A2/B2 para dentina e opalescente branca para esmalte foi selecionada, no tamanho “L”. Após aplicação de anestesia local e dique de borracha, os dentes foram preparados. O condicionamento com ácido fosfórico a 35% seguiu o mesmo protocolo do caso anterior. Em seguida, a resina composta de dentina foi aplicada para fechar o diastema e fotopolimerizada por 40s, sendo os passos seguintes os mesmos do caso anterior. A partir dos casos descritos, foi destacado que as pré-fabricadas são financeiramente mais acessíveis, exigem menos desgaste dentário e são adequadas para restaurações provisórias e/ou para pacientes que desejam melhorar a aparência sem comprometer muito a estrutura dentária. Além disso, assim como as restaurações diretas em resina composta, esse procedimento pode ser realizado em uma única sessão, sem a necessidade de moldagens e etapa laboratorial. Outra vantagem é a possibilidade de personalização da cor, por meio da seleção pelo guia de tonalidades *Compoener Synergy D6 (Coltene, Altstätten, Suíça)*, com seis opções para dentina e duas para esmalte, e da forma. No entanto, como todo procedimento, é essencial um planejamento adequado para selecionar a técnica restauradora mais indicada para cada caso.

Menezes *et al.* (2015) relataram o caso de uma paciente que se apresentava insatisfeita com a estética do sorriso devido à desarmonia no formato dos dentes 12 e 22, manchas hipoplásicas no 11, 12 e 13 e restauração classe IV com comprometimento estético no 21. Dessa forma, o caso foi descrito a fim de detalhar o protocolo clínico da restauração estética com laminados cerâmicos vítreos reforçados com dissilicato de lítio dos dentes 11, 12, 21 e 22, com o intuito de mimetizar as características naturais destes dentes. Depois do planejamento detalhado, foi feito um clareamento dental de consultório com peróxido de hidrogênio



a 35% e obteve-se a cor B1 de acordo com a escala *Vita Classical* (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha). Em seguida, foi feita a moldagem das arcadas superior e inferior com silicone de adição, a fim de obter o enceramento diagnóstico e, a partir disso, foi feito o molde com silicone de adição que possibilitou fazer o *mock-up* com resina bisacrílica *Protemp 4* (3M ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA), sendo que os excessos foram removidos e feitos os ajustes necessários. Ao finalizar a prévia, observaram que as manchas hipoplásicas dos dentes 11 e 12 e a restauração classe IV do 21 não foram mascaradas, visto que as restaurações apresentavam espessura fina e, assim, eram translúcidas. Dessa forma, foram feitos mínimos desgastes nas manchas com ponta diamantada de granulação fina e restaurou-se com resina composta nanoparticulada, o que permitiu a homogeneização da coloração dos dentes. Em seguida, fez-se os preparos também minimamente invasivos a nível de esmalte nos dentes 11, 12 e 22, a fim de remover os ângulos vivos e as áreas retentivas. Para guiar esses preparos, um guia de desgaste com silicone de adição foi confeccionado. No dente 21, devido à restauração presente, foi feito um preparo convencional para faceta indireta. Para isso, com a ponta diamantada esférica n.º 1014 em uma inclinação de 45°, foi realizada uma canaleta na região cervical da face vestibular a nível supragengival. Depois, com a ponta diamantada n.º 4138, foram feitos três sulcos de orientação na mesma face, seguindo a direção cérvico-incisal e considerando a inclinação da superfície vestibular. Para unir os sulcos, foi utilizada a ponta diamantada n.º 4137. A diminuição da borda incisal e a extensão em direção à face palatina envolveu a remoção completa da restauração classe IV do dente 21, preservando o acabamento em formato de ombro arredondado. Depois de realizar os preparos, procedeu-se a moldagem pela técnica de dupla moldagem com afastamento gengival com o fio retrator #000 e silicone de adição. Em relação às facetas, essas foram confeccionadas em cerâmica vítrea à base de dissilicato de lítio *IPS E.Max* (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein, Europa). Para escolha da cor do cimento, foi feito o teste com as pastas de prova “*Try-in*”, que foram aplicadas na parte interna dos laminados e posicionadas sobre os dentes preparados. Depois da aprovação do paciente, o cimento resinoso de ativação física transparente Universal NX3 (Kerr, Orange, EUA) foi selecionado. Para o tratamento dos laminados, fez-se o condicionamento com ácido fluorídrico a 9,5% por 20s, seguido de enxágue com ar/água por 60s, secagem, condicionamento com ácido fosfórico a 37% por 60s com movimentos friccionais, seguido também de

enxágue com água e secagem com ar e posterior aplicação do silano Prosil (FGM, Joinville, SC, Brasil) por 1min. Foi feito isolamento relativo com abridor de boca, sugador e fios retratores #0000. Em seguida, o substrato foi submetido à hibridização e inseriu-se o cimento resinoso na face interna dos laminados, que foram colocados em posição. Os excessos foram removidos com *microbrush* e fio dental nas regiões interproximais e fotoativou com LED por 60s cada dente, sendo 30s na face vestibular e 30s na face palatina. Na região cervical, os excessos de cimento foram removidos com ponta multilaminada e o polimento da interface cimento/cerâmica foi feito com pontas abrasivas para resina composta. Na região mesial dos dentes 13 e 23 foram adicionadas camadas de resina composta nanoparticulada Z-350E (3M ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA) para garantir estética satisfatória. Após a finalização do caso, foi feita a verificação da oclusão e os autores observaram que as facetas em cerâmica apresentam ótimos resultados estéticos e funcionais e, para isso, é preciso ter domínio da técnica e dos materiais utilizados, além de ser fundamental a qualidade do trabalho do protético, para que a execução do planejamento tenha sucesso.

Mesquita e Vasques (2016) fizeram uma revisão da literatura em relação à reabilitação do sorriso por meio da cerâmica pura, a fim de descrever desde o protocolo dessa técnica até a obtenção do resultado estético final. Sendo assim, observaram que a Odontologia Estética atual visa restaurações que copiem fielmente os dentes naturais com preparos minimamente invasivos, sendo que os laminados cerâmicos são materiais semelhantes aos substratos naturais, capazes de garantir estabilidade de cor e reproduzir inúmeras propriedades, e a reforçada com leucita e dissilicato de lítio permite a realização de preparo minimamente invasivos e confecção de facetas de espessura fina. Vale ressaltar que o resultado final do tratamento depende de fatores como espessura e cor do substrato, sendo uma limitação dos laminados. Dessa forma, um passo importante do procedimento com cerâmicas é o enceramento diagnóstico e o *mock-up*, visto que gera a previsibilidade e garantia do resultado final para o paciente. Além disso, os autores perceberam o aumento pela busca da alteração das linhas de referência do zênite gengival, que possibilita um sorriso gengival mais harmônico e agradável por meio da cirurgia periodontal, como o aumento da coroa clínica. Outros procedimentos que interferem na estética do sorriso são clareamento dental, microabrasão, facetas ou coroas que mascaram o escurecimento dos dentes, sendo que as facetas podem ser

classificadas quanto à sensibilidade do ácido hidrófluorídrico em ácido sensíveis (feldspática, feldspática com leucita, fluorapatita e dissilicato de lítio) e ácido resistentes (alumina infiltrada por vidro, alumina densamente sinterizada, zircônia densamente sinterizada e zircônia estabilizada por ítria). Por isso, para o tratamento ter sucesso, é preciso que o protocolo clínico seja individualizado com um bom diagnóstico, planejamento e execução, a fim de tornar possível a reabilitação multidisciplinar.

Souza *et al.* (2016) realizaram uma revisão da literatura em relação à aplicação, indicação, contraindicação e evolução dos laminados cerâmicos. Para isso, utilizaram como base artigos, dissertações e teses em língua portuguesa nas plataformas BIREME, SciELO e Google Acadêmico. Dessa forma, puderam observar que esse método de restauração tem sido a principal escolha para dentes anteriores, visto que garante estética desejada, é uma técnica conservadora, já que opta-se por realizar desgaste mínimo ou nenhum desgaste, e isso só é possível devido ao fato de as peças serem muito finas. Além disso, analisaram que as principais queixas em relação à falta de estética são os dentes amarelados, manchamento causado por cárie, extensas restaurações em resina composta, trauma e má formações. Outro ponto que destacaram foram as vantagens dos laminados, que contam com boa durabilidade, lisura que favorece o controle do acúmulo de placa, adequação de cor, não necessita de anestesia e garantem boa resposta periodontal, já que são cimentados supragengivalmente. Em relação ao profissional que realiza a técnica, é importante que tenha conhecimento e faça um planejamento adequado do caso. Além disso, alguns cuidados precisam ser tomados, como a conservação e transporte dos laminados antes da cimentação, colaboração do paciente, seleção adequada do cimento resinoso e estudo detalhado do caso para seguir a melhor conduta. No que diz respeito ao paciente, por sua vez, com base nas informações revisadas, a aceitação é satisfatória, sendo um sucesso quase absoluto, assim como a aceitação biológica das peças cimentadas, a partir do momento em que as indicações e contraindicações são seguidas.

Zavanelli *et al.* (2017) relataram o caso de uma paciente que desejava melhorar a estética do sorriso, visto que estava insatisfeita com a instabilidade de cor das facetas de resina que possuía há seis meses nos dentes 12, 11, 21 e 22, o que não permitia a naturalidade. Após relatos e exame clínico, foi feita a moldagem dos arcos superior e inferior para obtenção do modelo de estudo. O planejamento se

baseou na confecção de facetas cerâmicas à base de dissilicato de lítio para os dentes 13 ao 23, posteriormente ao clareamento caseiro com protocolo de 15 dias. Realizou-se o enceramento diagnóstico estético a partir da previsibilidade gerada pelo cirurgião-dentista. Depois, guias com silicone de condensação foram confeccionadas para avaliação com *mock-up*, que foi preenchida com resina bisacrílica *Structur 2 SC* (Voco do Brasil, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil) na cor A2, e colocada em posição nos dentes ainda sem preparo. Depois da polimerização do material, a guia foi removida e foram feitos acabamentos com brocas de granulação fina e lâmina de bisturi n.º 12. O polimento, por sua vez, foi feito, primeiramente, com pontas para desgaste de resina, depois pontas para pré-polimento, pontas para brilho e, por fim, escovas de algodão com pasta para polimento. Após a conclusão destes passos, a paciente aprovou o planejamento estético e autorizou seu início. Sendo assim, guias de silicone foram confeccionadas para orientar os desgastes feitos com ponta diamantada n.º 2135F, para o preparo dos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23, apenas para aplainar e corrigir o eixo de inserção e remoção, não foi preciso confeccionar canaletas e sulcos de orientação. Para o acabamento dos preparos, foram utilizados disco *Sof-Lex Pop On* (3M ESPE, Sumaré, São Paulo, Brasil), para remover ângulos agudos e igualar as faces. Para selecionar a cor das facetas, foi utilizada a escala *VITA Linearguide 3D-Master* (*Vita Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha*), sendo a 1 M1 escolhida. Depois, o fio retrator #000 (*Ultrapak, Ultradent, EUA*) foi inserido para gerar afastamento gengival e realizou-se a moldagem de passo único com silicone de adição, sendo inserido primeiro o material leve e depois o material pesado. Os provisórios, por sua vez, foram confeccionados com resina bisacrílica *Structur 2 SC* (Voco do Brasil, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil) na cor A1, sendo posicionados, seguidos de acabamento e polimento. As facetas foram produzidas pelo laboratório por meio do sistema cerâmico *IPS E.max Press* (*Ivoclar, Vivadent, Barueri, São Paulo, Brasil*). Em outra sessão, as peças foram conferidas, os provisórios removidos, os substratos limpos com escova de Robinson *Microtuft* (Dhpro, Paranaguá, Paraná, Brasil), pedra pomes e água, secos e, em seguida, foi realizada a prova das facetas, a fim de verificar a adaptação e os contatos interproximais. Para a escolha da cor do cimento, foram utilizadas as pastas de prova *NX3 Nexus* (*Kerr Corporation Wallingford, Connecticut, EUA*) transparente e branca, sendo a transparente a escolhida. Posteriormente, condicionou-se a superfície interna das peças com ácido

fluorídrico a 10% por 20s e, depois, ácido fosfórico a 37% por 1min. Em seguida, as peças foram imersas em uma cuba ultrassônica com água destilada por 5min, limpas e secas e aplicou-se o agente silano *Monobond N* (*Ivoclar, Vivadent, Barueri, Brasil*), que agiu por 1min, sendo evaporado com jatos de ar quente por 2min. A cimentação das facetas foi feita sob isolamento absoluto modificado e os dentes adjacentes foram protegidos com matriz de poliéster. Foi aplicado o ácido fosfórico a 37% nos substratos por 30s, lavados, secos e seguidos da aplicação do sistema adesivo *Excite F* (*Ivoclar, Vivadent, Barueri, Brasil*). Em seguida, uma camada do cimento fotopolimerizável foi colocada nas peças e foram levadas em posição. Os excessos foram removidos com pincel e fio dental nas interproximais. Cada peça foi fotopolimerizada por 40s em todas as faces e o restante dos excessos foram removidos com lâmina de bisturi n.º 12 e tiras de lixa *microcut* nas interproximais. Para acabamento e polimento, foram utilizadas borrachas abrasivas e pasta de polimento. Em seguida, verificou-se as guias de excursão e os contatos oclusais com papel carbono. Com o caso finalizado, a paciente se mostrou satisfeita, sendo possível observar que um planejamento adequado com uso de laminados cerâmicos à base de dissilicato de lítio oferecem uma solução funcional e estética de qualidade por meio de preparos minimamente invasivos, quando o profissional aplica a técnica e conhecimento apropriado acerca de cada etapa clínica necessária.

Abrantes *et al.* (2019) relataram o caso de um paciente que não apresentava exposição dos dentes superiores durante o repouso e ao sorrir, o que lhe deixava com a aparência envelhecida, além de possuir diastemas entre os incisivos centrais e coloração amarelada dos dentes. Sendo assim, o planejamento do caso teve como finalidade melhorar o sorriso por meio do clareamento dental com posterior reconstrução dos dentes anteriores com facetas cerâmicas para fechamento dos diastemas e melhora dos problemas estéticos e funcionais do paciente. Primeiramente, os dentes foram classificados quanto à coloração de acordo com a escala *VITA Classical* (*VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha*), sendo que os incisivos possuíam a coloração A3 e os caninos A3,5. Posteriormente, foi feito o clareamento de consultório por meio de três aplicações de 15min com peróxido de hidrogênio a 35%. Depois, os dentes foram classificados novamente quanto à coloração, e obteve-se A2 nos incisivos e A3 nos caninos. Após uma semana, na segunda sessão, foi realizado mais um protocolo de clareamento de consultório, e os próximos 15 dias foram de clareamento caseiro supervisionado com peróxido de

carbamida a 10%. Ao finalizar as sessões de clareamento, obteve-se a coloração B1 para incisivos e caninos e o paciente se mostrou satisfeito. O próximo passo foi a moldagem das arcadas para obtenção do modelo de estudo, que foi enviado ao laboratório para confecção do enceramento diagnóstico dos dentes 14 ao 24. Em outra sessão, para aprovação do paciente, foi feito o *mock-up*. O paciente propôs aumentar o comprimento dos dentes e, depois do ajuste, foi aprovado. Posteriormente, foi feita a moldagem com silicone de condensação, vazamento com gesso comum e confecção de guias para auxiliar no preparo dos dentes, que não necessitou de preparo convencional, apenas de tratamento da terminação cervical. Dessa forma, foi feita uma canaleta de orientação na região cervical supragengival, além de acabamento, arredondamento dos ângulos e asperização da face vestibular. Por meio da técnica do fio duplo com fio #000 e #0 (*Ultrapak, Ultradent*, Indaiatuba, São Paulo, Brasil), foi feito o afastamento gengival para a moldagem com silicone de adição denso e fluido. Esta foi enviada para o laboratório junto à cor 1M1 selecionada para as facetas por meio da escala *VITA 3D Master* (*VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen*, Alemanha). Uma semana depois foi feita a prova dos laminados, a fim de observar forma, textura e adaptação. Em seguida, a pasta de prova *Variolink Esthetic Try In-Paste* (*Ivoclar Vivadent*, Barueri, São Paulo, Brasil) foi utilizada para escolha do cimento, sendo a cor *Neutral* selecionada. Depois, deu-se início ao tratamento dos laminados cerâmicos para posterior cimentação. As superfícies internas foram condicionadas com ácido fluorídrico a 10% por 20s, e lavadas com água/jato de ar. Seguiu-se com a aplicação do agente de união silano *Monobond* (*Ivoclar Vivadent*, Barueri, São Paulo, Brasil) por 2min e evaporou o solvente. Em seguida, aplicou-se o adesivo *Tetric N-Bond Universal* (*Ivoclar Vivadent*, Barueri, São Paulo, Brasil). Nos substratos, foi aplicado o ácido fosfórico a 37% por 15s, lavou-se e secou-se, e aplicou-se o mesmo sistema adesivo, porém, este foi fotoativado por 20s. Na face interna dos laminados e nos substratos, foi aplicado o cimento resinoso e adaptou-se as peças, sendo os excessos retirados com pincel e fio dental, com posterior fotoativação por 60s. Após a finalização do caso, os autores observaram o sucesso do tratamento, visto que obteve-se naturalidade e harmonia do sorriso. Sendo assim, concluíram que ao fazer a indicação, planejamento e execução de forma adequada, a satisfação e qualidade do tratamento é atingida, o que gera impactos positivos na autoestima, qualidade de vida e bem-estar geral do paciente.

Almeida *et al.* (2019) realizaram uma revisão de literatura de artigos publicados nos últimos cinco anos, que abordam a odontologia minimamente invasiva, com foco em facetas indiretas em cerâmica. Para isso, como base foram utilizados Google Acadêmico, PubMed, Google Scholar e LILACS. Como resultado, conseguiram selecionar 15 artigos e concluíram que, comparadas com a restauração direta em resina composta, as restaurações com facetas indiretas em porcelana apresentam desgastes menos conservadores nos substratos, o que gera maior perda de tecido dental. No entanto, o uso dessas é muito eficaz, sendo considerado o tratamento preferencial para protocolos em que os dentes estejam altamente pigmentados e/ou com restaurações extensas, visto que apresenta qualidade estética superior à resina composta convencional por possuir maior estabilidade de cor, além de maior resistência ao desgaste e fraturas. Além disso, o tratamento combinado com clareamento dental gera ótimo resultado, quando se pode realizar um desgaste menos invasivo.

Uzêda *et al.* (2020) apresentaram um caso clínico de uma paciente que foi submetida à substituição das facetas diretas em resina composta dos dentes 11 e 21 por facetas indiretas em porcelana, pois estava insatisfeita com a estética, devido ao formato, tamanho e cor dos dentes após várias trocas das restaurações. Para isso, primeiramente, foi realizada a gengivoplastia nos dentes 15 ao 25 e, após a recuperação cirúrgica, foi feito o clareamento dentário associado, sendo que uma sessão foi de consultório e as três seguintes foi o caseiro supervisionado. A paciente retornou após quinze dias, para que pudesse ocorrer a estabilização de cor, e iniciou-se os preparos para a cimentação das facetas em cerâmica. Ao finalizar os preparos, fez-se a moldagem com silicone de adição e esta foi encaminhada para o laboratório para a confecção das facetas. As facetas provisórias em resina composta nanoparticulada *Filtek Z350* (3M ESPE, *Saint Paul, Minnesota*, EUA) na cor A1B foram aprovadas pela paciente e, para cimentá-las, condicionou-se um ponto da face vestibular com ácido fosfórico a 35% por 15s, depois lavou-se, secou-se e aplicou-se o sistema adesivo *Single Bond Universal* (3M ESPE, *Saint Paul, Minnesota*, EUA) com posterior fotoativação. Depois de cimentadas, fez-se uma moldagem para enviar o modelo de gesso com as provisórias para o laboratório junto à moldagem anterior. Na sessão seguinte, realizou-se a prova das facetas com a pasta *Try-in* (*Ivoclar Vivadent*, Barueri, São Paulo, Brasil). No entanto, foram encaminhadas novamente para o laboratório para alguns ajustes, e na outra sessão

foram cimentadas. Dessa forma, para a cimentação, as peças foram tratadas na superfície interna com ácido fluorídrico a 10% por 20s, seguidas de lavagem por 60s e secagem com jato de ar. Uma camada de silano *MonoBond N* (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) foi aplicada e aguardou-se a evaporação por 1min. Posteriormente, aplicou-se a anestesia infiltrativa, fez-se o isolamento semi-absoluto e afastamento gengival com fio #000 (*Ultrapack*, *Ultradent*, EUA) nos dentes 11 e 21. Os dentes preparados foram submetidos à profilaxia com pedra pomes e escova de Robinson, sendo que os dentes 12 e 22 foram protegidos e condicionou-se os preparos com ácido fosfórico a 35% por 15s, lavou-se, secou-se e aplicou-se o adesivo *Single Bond Universal* (3M ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA), com posterior fotoativação. A faceta também recebeu uma camada desse mesmo adesivo, porém sem fotoativar e o cimento resinoso fotopolimerizável *Variolink Esthetic LC* (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein), na cor *Warm*, foi inserido na faceta, que foi levada em posição. Fotoativou-se o conjunto por 3s e fez-se a remoção do excesso de cimento com pincel e fio dental. Em seguida, fotoativou-se novamente, mas por 40s em cada dente. Por fim, o fio afastador foi retirado e o excesso de cimento ainda presente na cervical foi removido com lâmina de bisturi n.º 12, enquanto nas interproximais, com tira de lixa para resina composta. Posteriormente, verificou-se a oclusão e os movimentos excursivos e depois dos acabamentos finais e ajustes oclusais, foi possível observar a mudança do sorriso. Após a finalização do caso, a paciente relatou satisfação com o resultado. Como conclusão, foi possível observar que as facetas indiretas de porcelana são capazes de restabelecer o sorriso tanto no aspecto estético quanto no funcional. Ademais, evidenciaram que um planejamento detalhado, o domínio da técnica operatória e a correta aplicação do protocolo reabilitador geram ótimos resultados.

Campos *et al.* (2023) realizaram um relato de caso de uma paciente que se apresentava insatisfeita com a estética do sorriso, já que possuía diferença anatômica entre os dentes 12 e 22 e alteração de cor entre o 11 e 21. Sendo assim, primeiramente, foram realizados exames clínico e radiográfico e fotografias iniciais, além de profilaxia com pasta profilática e escova Robinson e registro de cor dos dentes por meio do auxílio da escala *Vitapan Classical* (*VitaZahnfabrik*, *Bad Säckingen*, Alemanha), sendo 11 e 12, A1, 21, 22 e 23, B1, e 13, A3. Para solucionar o caso, o planejamento envolveu a confecção de restaurações indiretas com laminados cerâmicos e clareamento dental associado, caseiro e de consultório, por



meio da técnica *Power Bleaching*. Dessa forma, na mesma sessão, as arcadas superior e inferior foram moldadas com alginato e, a partir dos modelos obtidos, foram feitas moldeiras de acetato para o tratamento de clareamento caseiro supervisionado com peróxido de carbamida a 16% com o protocolo de três semanas consecutivas. No décimo dia do tratamento, foi feito o clareamento de consultório com peróxido de hidrogênio a 35%, com três aplicações de 20min. Após padronização da cor dos dentes em B1, foi iniciado o tratamento restaurador indireto com laminados cerâmicos à base de dissilicato de lítio nos dentes 13 ao 23. Sendo assim, primeiramente, foi feita a moldagem das arcadas com silicone de condensação para obtenção do planejamento estético e funcional por meio do enceramento diagnóstico, a partir deste, foram feitas duas guias de silicone de condensação, sendo uma para a confecção do *mock-up* e outra horizontal para servir de base para os preparos. Em seguida, o preparo dos dentes foi feito com o uso de pontas diamantadas de granulações finas e ultrafinas, além de acabamento com disco de lixa de granulação média. Posteriormente, os dentes envolvidos foram submetidos à moldagem com silicone de adição pela técnica do fio duplo de moldagem simultânea, sendo utilizados os fios #000 e #00 (*Pro-retract*, FGM, Brasil) e inseridos no sulco gengival. A arcada inferior foi moldada para criar o modelo antagonista. Depois da moldagem, o *mock-up* foi preenchido com resina bisacrílica fluida *Bis-Acril® Protemp Express®* (3M ESPE, Seefeld, Germany) na cor A2 e posicionada na boca por 4,5min, até polimerizar. Os excessos foram removidos com a sonda exploradora e os ajustes oclusais e estéticos foram feitos. As facetas em cerâmica foram confeccionadas com o sistema de cerâmica vítrea *IPS E-max®* (*Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein*). Durante a prova, alguns fatores foram avaliados, como contatos interproximais, forma, cor e textura. Depois de passar pela aprovação do paciente, esses laminados foram colocados em boca com pasta específica para o procedimento apenas para verificação das características estéticas. Em seguida, iniciou-se a cimentação dos laminados. As superfícies internas das peças foram tratadas com ácido fluorídrico a 10% por 20s, com posterior aplicação de ácido fosfórico a 37%. Sendo lavadas com abundante jatos de ar e de água. Depois de secas, as peças receberam a aplicação de silano *Monobond-S* (*Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein*) por 1min e agente adesivo *Tetric N-Bond Universal* (*Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein*), seguido de leve jato de ar e fotoativação por 20s. A cimentação foi feita com cimento *Variolink*

*Esthetic LC (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein)* e fotoativado por 60s em cada dente, sendo 30s na face vestibular e 30s na palatina. Uma semana após a cimentação, a paciente retornou ao consultório para fotografia final e reavaliação da cor, textura e contornos marginais das peças. A partir da finalização do caso, os autores perceberam que a combinação do clareamento pela técnica *Power Bleaching* com as facetas cerâmicas resultou em uma estética satisfatória para a paciente, proporcionando satisfação em relação à padronização da cor e à harmonia no alinhamento e na forma dos dentes. Além disso, um planejamento criterioso, aliado ao conhecimento dos materiais, foi fundamental para o sucesso do tratamento.

Minase *et al.* (2023) descreveram um caso clínico no qual um paciente manifestava insatisfação com a estética do sorriso devido ao espaçamento presente entre os incisivos centrais superiores. Sendo assim, para planejar o tratamento, inicialmente, foram registradas fotografias e feito o modelo de estudo. Posteriormente, o caso foi avaliado radiograficamente, e a decisão foi realizar o tratamento por meio do uso de facetas laminadas de canino a canino. Na segunda sessão, realizou-se o registro do arco facial, montagem e, em seguida, o enceramento diagnóstico. Na terceira sessão, procedeu-se a preparação dos dentes, com acabamento em chanfro. A cor das facetas foi selecionada utilizando a escala *VITA 3D Master (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha)* e para as restaurações provisórias, foi utilizada a resina *Luxatemp Ultra DMG (DMG Dental Material, Alemanha)*. O escaneamento do modelo mestre foi feito por meio do scanner *Dentsply Sirona (Dentsply Sirona Inc, Bensheim, Alemanha)*, com fresagem das lâminas utilizando o CAD/CAM. Na quarta sessão, as restaurações provisórias foram removidas, os dentes foram limpos e o campo foi isolado. Depois de verificar a adaptação de cada faceta, as superfícies internas foram tratadas com ácido fluorídrico a 30% e enxaguadas. Em seguida, aplicou-se o silano. Já os dentes foram tratados com ácido fosfórico a 37%, enxaguados e aplicou-se agente adesivo. Para a cimentação, cada faceta foi fotopolimerizada por 40s, e o acabamento foi realizado com discos abrasivos. Por fim, o paciente foi instruído sobre a correta higiene oral e cuidados, e a fotografia pós-tratamento foi tirada. A partir do caso finalizado, puderam concluir que as facetas laminadas foram a melhor opção de tratamento, considerando que o paciente tinha esmalte suficiente, os dentes eram vitais e apresentavam boa higienização, além de não haver histórico de hábitos

parafuncionais. Além disso, a associação do sistema CAD/CAM com as facetas de porcelana permitiu alcançar melhores resultados estéticos, já que oferece um tratamento conservador, eficiente em termos de tempo e esteticamente natural. O uso deste sistema reduziu o tempo clínico e aprimorou o design das restaurações, sendo importante incentivar seu uso pelos profissionais da área.

## 5 DISCUSSÃO

A Odontologia Estética é uma das áreas com relevante procura nos dias atuais, visto que a população tem demonstrado crescente preocupação e interesse na valorização da aparência pessoal e na busca por um sorriso harmonioso, variáveis essenciais para elevar a autoestima e o bem-estar social dos indivíduos. Dessa forma, os procedimentos estéticos odontológicos, como a confecção de facetas diretas e de facetas indiretas, além de proporcionarem melhorias funcionais, também recuperam a confiança e promovem satisfação positiva relacionada à estética do paciente. Ademais, esses tratamentos refletem uma sociedade que preza pela busca constante da aparência e, conseqüentemente, da saúde bucal, sendo possível integrar saúde e estética na reabilitação do paciente, o que destaca a importância dessa especialidade da Odontologia na promoção de vida e na satisfação pessoal (Silva *et al.*, 2019). Sendo assim, estudos relacionados às características, vantagens e desvantagens, além de indicações e limitações das técnicas restauradoras diretas e indiretas têm sido desenvolvidos. E neste trabalho buscou-se um levantamento destes estudos, a fim de esclarecer e auxiliar cirurgiões-dentistas na escolha do procedimento reabilitador mais indicado para o paciente.

Deste modo, foram revisados quarenta artigos que abordam os temas sobre estética dentária, facetas diretas e/ou facetas indiretas. Entre os artigos sobre facetas diretas, treze foram selecionados, sendo doze relatos de casos em português e um estudo laboratorial em inglês. Quanto ao período de publicação, nenhum artigo foi encontrado entre os anos de 2000 e 2008, seis foram publicados entre 2009 e 2016 e sete entre 2017 e 2024. No que se refere às facetas indiretas, quinze artigos foram incluídos, dos quais onze são em português e quatro em inglês. Destes, dez são relatos de casos e cinco são revisões bibliográficas. No que diz respeito ao ano de publicação, um foi publicado entre 2000 e 2008, oito entre 2009 e 2016 e seis entre 2017 e 2024. Dos que abordam ambas as técnicas, foram selecionados doze artigos, e nenhum foi publicado entre 2000 e 2008, quatro entre 2009 e 2016 e oito entre 2017 e 2024. Destes, cinco são em português e sete em inglês, sendo cinco relatos de casos, cinco revisões bibliográficas e dois estudos laboratoriais. Entre os procedimentos dos relatos de casos de ambas as técnicas, vinte foram realizados em pacientes do sexo feminino e onze em pacientes do sexo

masculino, o que evidencia uma prevalência de casos femininos na amostra estudada.

As facetas diretas em resina composta são consideradas uma excelente opção de tratamento, sendo a solução ideal para pacientes que desejam melhorar a aparência dos dentes sem comprometer de forma significativa a estrutura dentária, ou seja, que buscam por tratamentos pouco invasivos e que proporcionam resultados rápidos (Alothman e Bamasoud, 2018; Gomes e Perdigão, 2014). Este procedimento também é amplamente indicado para o fechamento de diastemas (Cosenza *et al.*, 2021; Guerra, Venâncio e Augusto, 2017; Rocha *et al.*, 2021), correção de dentes com alterações de cor (Chain e Alexandre, 2014; Lima *et al.*, 2013; Rocha *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2015), incluindo dentes amarelados ou acinzentados, e no tratamento de dentes afetados por trauma (Falcão *et al.*, 2023; Machado *et al.*, 2016), visto que podem sofrer descoloração, bem como na substituição de restaurações insatisfatórias (Gouveia *et al.*, 2018). Também é utilizado para corrigir a forma e o tamanho dos dentes (D'Onofre *et al.*, 2020; Moreira, Neto e Freitas, 2018), a fim de garantir um sorriso harmônico.

As facetas indiretas em porcelana, por sua vez, embora possuam indicações semelhantes às das facetas diretas, como para a correção de irregularidades relacionadas ao formato, contorno, tamanho e/ou volumes dentários, correção da cor dos dentes que apresentam descoloração não passível de ser tratada por meio de clareamentos dentais convencionais (Pini *et al.*, 2012) e fechamento de diastemas (Abrantes *et al.*, 2019; Minase *et al.*, 2023). Também são utilizadas em casos de substituição de restaurações extensas insatisfatórias em resina composta (Soares *et al.*, 2012; Souza *et al.*, 2016) e de manchas hipoplásicas (Menezes *et al.*, 2015). Podem substituir facetas em resina a médio e longo prazo, visto que a instabilidade de cor desse material gera insatisfação ao paciente (Zavanelli *et al.*, 2017), além de corrigir a harmonia do sorriso, por exemplo, em pacientes que não apresentam a exposição dos dentes superiores em repouso e ao sorrir, o que pode conferir uma aparência envelhecida (Abrantes *et al.*, 2019). No entanto, para que essas indicações ocorram, é necessário que haja esmalte dentário suficiente, boa colaboração do paciente acerca da prática de higiene oral correta e a ausência ou prévia correção de possíveis hábitos parafuncionais (Minase *et al.*, 2023). Além disso, esse tratamento pode ser comumente empregado de forma integrada a tratamentos ortodônticos e periodontais, por exemplo, sendo que assim, possa ser

possível assegurar resultados estéticos e funcionais ideais para o paciente, a depender da queixa e do exame clínico (Cunha *et al.*, 2013).

No que diz respeito às vantagens, as facetas diretas em resina composta oferecem inúmeras, o que as tornam uma escolha mais popular para tratamentos estéticos dentários. Primeiramente, são mais acessíveis financeiramente, quando comparadas às indiretas (Barber e King, 2014; Campos *et al.*, 2021; Diegues *et al.*, 2017; Gouveia *et al.*, 2018; Guerra, Venâncio e Augusto, 2017; Pereira *et al.*, 2019; Schwarz *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2015) e o procedimento é considerado rápido, visto que requer menos sessões clínicas e, frequentemente, pode ser concluído em uma única sessão, o que garante resultado imediato (Alothman e Bamasoud, 2018; Barber e King, 2014; Campos *et al.*, 2021; Diegues *et al.*, 2017; Gouveia *et al.*, 2018; Guerra, Venâncio e Augusto, 2017; Pereira *et al.*, 2019; Schwarz *et al.*, 2013). Além disso, é uma técnica reparável, de fácil manutenção (Barber e King, 2014), e minimamente invasiva, portanto, exige mínimo ou nenhum desgaste dentário, sendo possível preservar o esmalte hígido (Alothman e Bamasoud, 2018; Barber e King, 2014; Campos *et al.*, 2021; Cosenza *et al.*, 2021; Diegues *et al.*, 2017; Gouveia *et al.*, 2018; Guerra, Venâncio e Augusto, 2017; Lima *et al.*, 2013; Pereira *et al.*, 2019; Shibata *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2015). Segundo Diegues *et al.* (2017), a eficácia e os resultados positivos das facetas dependem da técnica e da experiência do profissional, e Reis *et al.* (2017) afirmam que o procedimento feito com resina composta é capaz de promover brilho e textura superficial satisfatórios, o que reduz o acúmulo de placa bacteriana, e restauram a função e a estética, assegurando ao paciente a manutenção de higiene bucal e saúde periodontal. Além de restituir a saúde psicológica (Lima *et al.*, 2013). Ademais, o método do planejamento reverso, que utiliza enceramento diagnóstico, *mock-up* e posterior simulação da restauração, permite uma visualização prévia do resultado final (Campos *et al.*, 2021), o que confere confiança do paciente no profissional e segurança do paciente em relação ao procedimento. Embora o profissional precise dominar o diagnóstico, o planejamento e a técnica, a colaboração do paciente é essencial. Sendo assim, é necessário alinhar as orientações sobre higiene bucal e alimentação, além de retornos semestrais para manutenção, assegurando a durabilidade do tratamento (Rocha *et al.*, 2021).

De acordo com Barber e King (2014), as facetas indiretas em porcelana são capazes de harmonizar a estética dos dentes, visto que disfarçam as possíveis

irregularidades presentes. Apesar de apresentarem vantagens equivalentes às facetas diretas em resina composta, como a garantia de uma boa estética (Almeida *et al.*, 2019; Alothman e Bamasoud, 2018; Campos *et al.*, 2023; Diegues *et al.*, 2017; Menezes *et al.*, 2015; Peumans *et al.*, 2000; Reis *et al.*, 2017; Shibata *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2016; Uzêda *et al.*, 2020; Zavanelli *et al.*, 2017) e o controle do acúmulo de placa (Shibata *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2016), as facetas indiretas apresentam maior durabilidade (Alothman e Bamasoud, 2018; Shibata *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2016), estabilidade de cor (Almeida *et al.*, 2019; Campos *et al.*, 2021; Mesquita e Vasques, 2016; Peumans *et al.*, 2000; Reis *et al.*, 2017) e são mais resistentes (Almeida *et al.*, 2019; Campos *et al.*, 2021; Diegues *et al.*, 2017). Dessa forma, a aceitação pelos pacientes é considerada alta (Peumans *et al.*, 2000). Vale ressaltar que a porcelana feldspática é um material mais fino, o que proporciona translucidez, requer mínima preparação dentária, a depender do caso, e permite o uso de ácido fluorídrico na peça, garantindo resistência e aderência da peça ao esmalte (Alothman e Bamasoud, 2018). Outro aspecto importante é que as porcelanas são capazes de mimetizar o esmalte humano, proporcionando naturalidade no procedimento (Mesquita e Vasques, 2016; Pini *et al.*, 2012). Sendo que a combinação com clareamento dental favorece os resultados, visto que é capaz de melhorar a padronização e a harmonia da cor que se deseja obter (Campos *et al.*, 2023).

Em relação às possíveis fraturas, tanto a faceta em resina composta quanto em porcelana pode apresentar desempenho similar na substituição de borda incisal fraturada até 4mm (Batalocco *et al.*, 2012). Além disso, ambas as técnicas são capazes de fornecer solução restauradora, demonstram notável biocompatibilidade e oferecem durabilidade, funcionalidade, estética e promoção da saúde periodontal (Araújo *et al.*, 2019).

As limitações associadas ao uso da resina composta na confecção de facetas diretas são importantes considerações na prática odontológica. Embora seja amplamente utilizada devido à sua versatilidade e capacidade de garantir estética, esse material apresenta desafios significativos. Uma das limitações do seu uso é a instabilidade de cor ao longo do tempo (Alothman e Bamasoud, 2018; Barber e King, 2014; Campos *et al.*, 2021; Diegues *et al.*, 2017), além da dificuldade em mascarar substratos mais escurecidos (Diegues *et al.*, 2017) e ser um material vulnerável ao desgaste (Alothman e Bamasoud, 2018; Campos *et al.*, 2021). Outro fator limitante é

o lascamento frequentemente citado como a causa mais comum de falha (Cosenza *et al.*, 2021). Ademais, a ausência de estrutura dental remanescente e a presença de hábitos parafuncionais também são considerados fatores limitantes. No entanto, ainda são necessários estudos adicionais sobre a durabilidade do material (Campos *et al.*, 2021).

Do mesmo modo, embora as facetas indiretas ofereçam vantagens em termos de durabilidade e estabilidade a longo prazo, também apresentam limitações, tais como custo mais elevado, se comparadas às facetas diretas, visto que é dependente da etapa laboratorial para a confecção das peças (Barber e King, 2014; Campos *et al.*, 2021; Diegues *et al.*, 2017; Reis *et al.*, 2017), requerem desgastes dos substratos, o que gera maior perda de tecido dental (Almeida *et al.*, 2019; Barber e King, 2014), demandam maior tempo clínico, e consequente confecção de restaurações provisórias (Campos *et al.*, 2021), e a tonalidade final pode ser imprevisível, pois é dependente da espessura e cor do substrato (Barber e King, 2014; Mesquita e Vasques, 2016). Além disso, esse procedimento é contraindicado em casos de redução da distância interoclusal anterior sem sobreposição horizontal, bruxismo severo ou presença de hábitos parafuncionais, assim como em casos de mau posicionamento significativo dos dentes e presença de tecidos moles comprometidos (Pini *et al.*, 2012). Outro fator é a presença de exposição extensa da dentina, que pode comprometer a eficácia da restauração, uma vez que os agentes de união não conseguem evitar a microinfiltração nas margens dentinárias ao longo do tempo (Peumans *et al.*, 2000). No que diz respeito à porcelana feldspática, por ser um material de espessura reduzida, pode não ser viável para mascarar dentes muito escurecidos. Além disso, o tratamento com ácido fluorídrico na superfície interna da porcelana pode resultar em microfissuras, diminuindo a resistência e aumentando o risco de fraturas (Allothman e Bamasoud, 2018).

Dessa forma, a escolha e o sucesso do tratamento com facetas dependem de uma avaliação criteriosa, planejamento detalhado e seleção adequada dos materiais (Reis *et al.*, 2017), priorizando procedimentos minimamente invasivos, sempre que possível (Barber e King, 2014). Fatores como estética, custo (Batalocco *et al.*, 2012), tempo clínico e durabilidade dos materiais (Diegues *et al.*, 2017) são variáveis que desempenham um papel crucial na decisão. Apesar de o uso dessas restaurações apresentar limitações, proporcionam resultados estéticos e funcionais satisfatórios (Reis *et al.*, 2017). Sendo que a comunicação eficaz entre dentista e paciente é



fundamental para garantir que as expectativas sejam atendidas e para que se tenha sucesso no resultado final (Barber e King, 2014). Além disso, o profissional deve ser qualificado em relação à técnica e habilidade empregadas (Guerra, Venâncio e Augusto, 2017), a fim de assegurar a reabilitação da autoestima e a satisfação do paciente (D'Onofre *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2019). Do mesmo modo, no caso da técnica indireta, a qualidade do trabalho do protético também é essencial para o sucesso do caso (Menezes *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que a paridade dos estudos em relação às características, vantagens e desvantagens, indicações e limitações das facetas diretas e indiretas se deve ao fato de que ambas apresentam resultados excelentes na sua aplicabilidade em diferentes situações clínicas. Sendo que a escolha da técnica deve ser cuidadosamente avaliada pelo profissional, que deve levar em consideração a individualidade de cada caso, as expectativas do paciente e, principalmente, as limitações inerentes ao procedimento.

Tabela 1 - Artigos Revisados

	TÉCNICA		
	DIRETA	INDIRETA	DIRETA e INDIRETA
N (%)	13 (32,50%)	15 (37,50%)	12 (30%)
ANO DE PUBLICAÇÃO			
2000-2008	00 (0%)	01 (2,50%)	00 (0%)
2009-2016	06 (15%)	08 (20%)	04 (10%)
2017-2024	07 (17,50%)	06 (15%)	08 (20%)
IDIOMA			
Português	12 (30%)	11 (27,50%)	05 (12,50%)
Inglês	01 (2,50%)	04 (10%)	07 (17,50%)
TIPO DE ESTUDO			
Relato de caso	12 (30%)	10 (25%)	05 (12,50%)
Revisão bibliográfica	00 (0%)	05 (12,50%)	05 (12,50%)
Estudo laboratorial	01 (2,50%)	00 (0%)	02 (5%)

Fonte: Elaborada pela autora (2024)

## 6 CONCLUSÃO

De acordo com a literatura revisada, pode-se concluir que:

- A Odontologia Estética tem ganhado grande demanda, impulsionada pelo crescente desejo da população em aprimorar a aparência e ter um sorriso harmonioso, o que promove a melhora da autoestima e contribui para o bem-estar social do indivíduo;
- Tanto as facetas diretas quanto as indiretas são altamente eficazes para procedimentos minimamente invasivos. Sendo capazes de fornecer solução restauradora;
- A seleção entre os tipos de facetas deve considerar fatores como estética, custo, tempo clínico, presença de remanescentes e durabilidade dos materiais, sendo necessária uma avaliação criteriosa, com planejamento detalhado para o sucesso do tratamento;
- A comunicação eficiente entre o dentista e o paciente é fundamental para atender as expectativas e garantir a satisfação do mesmo.

## REFERÊNCIAS

- ABRANTES, P. S.; ARAÚJO, I. D. T.; MARTINS, A. M. F.; JORGE, S. T. S.; BORGES, B. C. D.; BASTOS, E. G. de M. R. Reabilitação estética com facetas de cerâmica: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 3, p. 120-131, 2019.
- ALMEIDA, E.; ROCHA, B.; ROCHA, F.; LEÃO, P.; SILVA, M. Odontologia minimamente invasiva, uma análise sobre facetas cerâmicas: revisão de literatura. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 13, p. 940-952, 2019.
- ALOTHMAN, Y.; BAMASOUD, M. S. The success of dental veneers according to preparation design and material type. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 6, n. 12, p. 2402-2408, 2018.
- ARAÚJO, I. C.; MELO, L. S. A.; TEIXEIRA, H. M.; SILVA, C. H. V.; FILHO, P. F. M. Restaurações estéticas em substratos com alteração cromática: relato de caso. **Full Dent. Sci.**, v. 10, n. 40, p. 95-104, 2019.
- ARAÚJO, I. D. T.; ABRANTES, P. S.; BORGES, B. C. D.; ASSUNÇÃO, I. V. Reabilitação estética anterior com resina composta: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 89-101, 2019.
- BARBER, A. J.; KING, P. A. Management of the single discoloured tooth. Part 2: Restorative options. **Dental Update**, v. 41, n. 3, p. 194-196, 198-200, 202-204, 2014.
- BATALOCCO, G.; LEE, H.; ERCOLI, C.; FENG, C.; MALMSTROM, H. Fracture resistance of composite resin restorations and porcelain veneers in relation to residual tooth structure in fractured incisors. **Dental Traumatology**, v. 28, n. 1, p. 75-80, 2012.
- CAMPOS, K. M. G.; RODRIGUES, R. A.; FIGUEIREDO, C. H. M. C.; GUENES, G. M. T.; ALVES, M. A. S. G.; ROSENDO, R. A.; PENHA, E. S.; NOGUEIRA, P. L.; DANTAS, M. V. O.; MEDEIROS, L. A. D. M. de. Facetas diretas anteriores: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.
- CAMPOS, M. O.; ALVES, L. F.; SOUZA, S. P.; SILVA, M. O.; FELIZARDO, K. R. Reabilitação estética anterior: relato de caso. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, p. 2120-2140, 2023.
- CHAIN, M. C.; ALEXANDRE, P. Facetas estéticas pré-fabricadas como procedimento restaurador: um caso clínico. **Full Dent. Sci.**, v. 5, n. 18, p. 338-344, 2014.
- COSENZA, H.; PAMATO, S.; VERMUDT, A.; PEREIRA, J. R. Interdisciplinary approach using composite resin and ceramic veneers to manage an esthetic challenge. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 125, n. 3, p. 383-386, 2021.
- CUNHA, L.; DOMINGUES, R.; FURUSE, A.; SILVA, E.; MONDELLI, J. Laminados cerâmicos na finalização dos tratamentos clínicos integrados. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 54, p. 31-34, 2013.

DIEGUES, M. A.; MARQUES, E.; MIYAMOTTO, P. A. R.; PENTEADO, M. M. Cerâmica x resina composta: o que utilizar? **Revista Uningá**, v. 51, n. 1, 2017.

D'ONOFRE, P. L.; CÂMARA, J. V. F.; PAIVA, R. V. de; PEREIRA, G. D. S.; CAPILLÉ, C. L. Faceta direta em resina composta como técnica restauradora minimamente invasiva para harmonização do sorriso. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.

FALCÃO, A.; SILVEIRA, M. M.; SOUZA, N. L. B.; MAROUN, E. V.; MOTA, C. S. Faceta direta de resina composta utilizando pigmentos opacificadores para reabilitação estética anterior de dente escurecido: relato de caso. **Revista Naval de Odontologia**, v. 50, n. 1, p. 15-20, jun. 2023.

GOMES, G.; PERDIGÃO, J. Prefabricated composite resin veneers: a clinical review. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 26, n. 5, p. 302-313, 2014.

GOUVEIA, C.; JÚNIOR, R.; PERALTA, F.; PERALTA, S.; SCHERMA, A.; RESENDE, L. F. Facetas diretas de resina composta em dentes anteriores: relato de caso, **ClipeOdonto – UNITAU**, 2019.

GRESNIGT, M. M. M.; SUGII, M. M.; JOHANNIS, K. B. F. W.; VAN DER MADE, S. A. M. Comparison of conventional ceramic laminate veneers, partial laminate veneers and direct composite resin restorations in fracture strength after aging. **Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials**, v. 114, 2021.

GUERRA, M.; VENÂNCIO, G.; AUGUSTO, C. Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 27, p. 63, 2017.

LIMA, R. B. W.; LEITE, J. T.; FRANÇA, R. M.; BRITO, M. C. T.; UCHÔA, R. C.; ANDRADE, A. K. M. Reabilitação estética anterior pela técnica do facetamento: relato de caso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 363-370, 2013.

MACHADO, A. C.; REINKE, A. C. M. A.; MOURA, G. F.; ZEOLA, L. F.; COSTA, M. M.; REIS, B. R.; SOARES, P. V. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. **ROBRAC**, v. 25, n. 74, p. 154-161, jul./set. 2016.

MENEZES, M. S.; CARVALHO, E. L. A.; SILVA, F. P.; REIS, G. R.; BORGES, M. G. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso clínico. **ROBRAC**, v. 23, n. 68, out.-dez., 2015.

MESQUITA, V. T.; VASQUES, E. L. Manejo clínico multidisciplinar da reabilitação estética utilizando cerâmicas puras: revisão de literatura. **Journal of Dentistry & Public Health**, v. 7, n. 2, 2016.

MINASE, D. A.; SATHE, S.; BHOYAR, A.; DAHIHANDEKAR, C.; JAISWAL, T. Porcelain laminate veneers: a case report. **Cureus**, v. 15, n. 1, p. e34220, 2023.

MONTEIRO, B.; SPOHR, A. M. Surface Roughness of Composite Resins after Simulated Toothbrushing with Different Dentifrices. **Journal of International Oral Health**, 2015.

MOREIRA, E. J. R.; NETO, J. A. F.; FREITAS, G. C. Harmonização estética do sorriso com facetas diretas em resina composta. **Scientific Investigation in Dentistry**, v. 23, p. 22-27, 2018.

PEREIRA, D. A.; BORGES, M. G.; SILVA, F. P.; MENEZES, M. S. Reabilitação estética do sorriso por meio de procedimento restaurador direto com resina composta nanoparticulada: relato de caso. **ROBRAC**, v. 25, n. 72, p. 54-58, jan./mar. 2016.

PEUMANS, M.; VAN MEERBEEK, B.; LAMBRECHTS, P.; VANHERLE, G. Porcelain veneers: a review of the literature. **Journal of Dentistry**, v. 28, n. 3, p. 163-177, 2000.

PINI, N. P.; AGUIAR, F. H.; LIMA, D. A.; LOVADINO, J. R.; TERADA, R. S.; PASCOTTO, R. C. Advances in dental veneers: materials, applications, and techniques. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 4, p. 9-16, 2012.

REIS, G. R.; VILELA, A. L. R.; SILVA, F. P.; BORGES, M. G.; SANTOS-FILHO, P. C. de F.; MENEZES, M. S. Minimally invasive approach in esthetic dentistry: composite resin versus ceramics veneers. **Bioscience Journal**, Uberlândia, MG, v. 33, n. 1, p. 238–246, 2017.

ROCHA, A. O.; DOS ANJOS, L. M.; ROCHA, M. N. O.; LIMA, T. O.; RODRIGUES, P. C. M.; SANTOS, L. F. S.; SANTOS, R. M. A.; SILVA, I. M.; DA SILVA, D. O. C.; FILHO, W. J. S. Intervenção estética anterior por meio de facetas diretas em resina composta: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6439, 13 mar. 2021.

SCHWARZ, V.; SIMON, L. S.; SILVA, S. A.; GHGIGGI, P. C.; CERICATO, G. O. Fechamento de diastema com resina composta: relato de caso. **Journal of Oral Investigations**, v. 2, p. 26-31, 2013.

SHIBATA, S.; TAGUCHI, C.; GONDO, R.; STOLF, S. C.; BARATIERI, L. N. Ceramic veneers and direct-composite cases of amelogenesis imperfecta rehabilitation. **Operative Dentistry**, v. 41, n. 3, p. 233-242, 2016.

SILVA, E. A.; FERREIRA J. S.; FLORES K. A.; CASTRO L. C.; MACIEL A. L. M. Estética dental relacionada à qualidade de vida do paciente odontológico. **A Jornada Odontológica de Anápolis (JOA)**, jun. 2019.

SILVA, G. R.; FRACALOSSO, C.; LUCENA, M. T. L.; MANTOVANI, M. B. Tratamento estético com diretas de resina composta: relato de caso. **Uningá Review**, v. 24, n. 3, 2015.

SILVA, W.; CHIMELI, T. Transformando sorrisos com facetas diretas e indiretas. **Revista Dentística On Line**, v. 10, n. 21, p. 1-6, abr./jun. 2011.

SOARES, P. V.; ZEOLA, L. F.; SOUZA, P. G.; PEREIRA, F. A.; MILITO, G. A.; MACHADO, A. C. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. **ROBRAC**, v. 21, n. 58, p. 54-58, jul.-set. 2012.

SOUZA, M. S.; NETO, O. I.; OLIVEIRA, R. S.; CASTRO, S. H. D. Laminados cerâmicos: um relato de caso. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 07, n. 3, p. 43-46, jul./dez. 2016.

UZÊDA, K. R. T.; ARAÚJO, I. D. T.; OLIVEIRA, V. J.; SANTOS, A. J. S.; BORGES, B. C. D.; ASSUNÇÃO, I. V. de. Harmonização do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 3, p. 239-254, 2020.

ZAVANELLI, A. C.; CAETANO, J. L.; SILVA, L. C. da; ZAVANELLI, R. A. Previsibilidade do tratamento estético com lentes de contato cerâmicas. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 12, 2018.