



ELIZANGELA SOUZA DA SILVA

**USO DE FACETAS DIRETAS E INDIRETAS NA REABILITAÇÃO
DE DENTES ANTERIORES**

**Sinop/MT
2018**

ELIZANGELA SOUZA DA SILVA

**USO DE FACETAS DIRETAS E INDIRETAS NA REABILITAÇÃO
DE DENTES ANTERIORES**

Trabalho de Conclusão II de Curso
apresentado à Banca Avaliadora do
Departamento de Odontologia, da Faculdade
de Sinop - FASIPE, como requisito parcial
para aprovação da disciplina.

Orientador: Prof.º Paulo Germano Oliveira
Barbosa.

**Sinop/MT
2018**

ELIZANGELA SOUZA DA SILVA

**USO DE FACETAS DIRETAS E INDIRETAS NA REABILITAÇÃO
DE DENTES ANTERIORES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: ___/___/2018

PAULO GERMANO OLIVEIRA BARBOSA

Professor Orientador
Departamento de Odontologia - FASIPE

PÂMELA FREITAS AGUIAR

Professora Avaliadora
Departamento de Odontologia - FASIPE

ROBSON FERRAZ DE OLIVEIRA

Professor Avaliador
Departamento de Odontologia - FASIPE

GIULIENE NUNES DE SOUZA PASSONI

Coordenadora do Curso de Odontologia
FASIPE - Faculdade de Sinop

SILVA, Elizangela Souza. **Uso de facetas diretas e indiretas na reabilitação de dentes anteriores**. 2018. 1-15. Trabalho de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

RESUMO

A busca frequente por um sorriso harmonioso e estético está cada dia mais evidente em nossa sociedade, elevando assim o nível de exigências e expectativas do paciente. Na procura do sorriso perfeito os pacientes buscam nos consultórios odontológicos tratamentos que os enquadrem no padrão de beleza imposto pela sociedade nos dias atuais e por procedimentos minimamente invasivos e indolores. Os procedimentos mais procurados são as restaurações estéticas através de facetas diretas (resina composta) e facetas indiretas (cerâmica). No passado, as facetas indiretas de cerâmica eram consideradas como única solução para situações de extrema necessidade estética, com o avanço das resinas compostas passou a ser possível mimetizar a estética dos elementos dentais. Este trabalho tem como objetivo explicar o que são facetas confeccionadas pelas técnicas direta e indireta, qual a indicação correta para cada paciente, bem como suas contraindicações, técnicas de preparo e confecção de ambas as técnicas. Abordando também as vantagens e desvantagens da reabilitação estética por faceta direta e indireta. Pode-se concluir que através de um planejamento bem elaborado e executado pode-se alcançar resultados positivos e satisfatórios tanto para o cirurgião-dentista que executou os procedimentos quanto para o paciente que poderá usufruir do seu novo sorriso.

Palavras chave: Sorriso. Reabilitação. Restaurações estéticas.

ABSTRACT

The frequent search for a harmonious and aesthetic smile it is every day more evident in our society, elevating so the level of the exigency and expectations of the patient. In the search for the perfect smile, the patients search in the dental clinic treatments that the frame standard of beauty pattern by society in the current days and by minimally invasive and painless procedures. The procedures most wanted are the aesthetic restorations through direct facets (composite resin) and indirect veneers (ceramics). In the past, indirect veneers were considered as the only solution to situations of extreme aesthetic necessity, with the advancement of composite resins, it became possible to mimic the aesthetics of dental elements. This work has aims objective to explain what are facets made by direct and indirect techniques, which is the correct indication for each patient, as well as their contraindications and techniques of preparation and preparation of both techniques. Approaching too the advantages and disadvantages of aesthetic rehabilitation by direct and indirect facet. It can be concluded through a well-designed and executed planning can achieve positive and satisfactory results both for the dentist who performed the procedures and for the patient who can enjoy of your new smile.

Keywords: Smile. Rehabilitation. Aesthetics restorations.

INTRODUÇÃO

Na odontologia, a existência de qualquer anormalidade nos dentes anteriores, como modificação de cor, forma, posição ou tamanho, pode influenciar negativamente no sorriso. A procura frequente por um sorriso fascinante proporcionou avanços nas propriedades físicas dos materiais odontológicos, desenvolvendo técnicas mais conservadoras e resultados progressivamente esperados esteticamente.^{1,2}

Um planejamento reabilitador estético e funcional abrange a inserção de várias especialidades do ramo da odontologia. O avanço do conhecimento e diagnóstico, assim como a evolução das técnicas e materiais restauradores, cria novas possibilidades que necessitam ser constantemente atualizadas e comparadas. Entre esta perspectiva, são essenciais um planejamento apropriado e o domínio de novas técnicas por responsabilidade dos cirurgiões-dentistas. A busca de um sorriso simétrico é o objetivo principal seja qual for o tratamento estético odontológico, afinal, a perfeição do sorriso fará a diferença entre o resultado estético admissível ou agradável. Portanto, reabilitar na odontologia nada mais é do que restabelecer ou aperfeiçoar a saúde bucal do paciente, quando esta encontra-se afetada.³⁻⁵

Entre os procedimentos propostos para restabelecer resultados estéticos funcionais está a utilização de facetas, as quais fundamentam-se no revestimento da face vestibular do dente por meio de material restaurador, vigorosamente unido ao elemento dentário por meio dos avanços dos sistemas adesivos podendo ser produzidas pela técnica direta (resina composta) ou indireta (cerâmica).⁶

A opção de escolha em relação ao uso da faceta direta ou indireta na reabilitação de dentes anteriores irá depender da quantidade de elementos dentários envolvidos; custos, ou seja, quanto o paciente está disposto a gastar no tratamento odontológico; habilidades e preferência profissional; nível de exigência do paciente; bem como a disponibilidade do laboratório habilitado.⁷

Sendo assim, o presente artigo, que se fundamenta em uma revisão da literatura, objetiva enfatizar a utilização de facetas diretas (resina composta) e facetas indiretas (cerâmica) na reabilitação de dentes anteriores, tendo como ênfase as indicações, contra-indicações, vantagens, desvantagens, bem como a técnica e a importância do resultado estético funcional através do procedimento bem executado.

REVISÃO DE LITERATURA

No ano de 1728, o dentista francês Pierre Fauchard, considerado nesta época como “pai da odontologia moderna”, sugeriu pela primeira vez o uso da porcelana na odontologia. Os pioneiros a utilizarem a porcelana na odontologia foram os químicos Alexis Duchateau e Nicholas Dubais em 1774, através da confecção de dentes e base de prótese total.⁸

Em 1938, o Dr. Charles Pincus, conhecido por estar relacionado com a indústria cinematográfica da época, confeccionou as primeiras facetas em dentes não preparados, o objetivo era fornecer aos artistas um sorriso bonito e estético durante as filmagens. Eram confeccionadas em placas de acrílicos finos e fixados nos dentes anteriores com polímeros utilizado na confecção de prótese total, a fixação era temporária e tinham que ser removidos após cada filmagem, pois naquela época não havia sistema adesivo que os fixassem permanentemente.⁹

O progresso odontológico proporcionado pelo condicionamento em esmalte por intermédio de Buonocore em 1955, permitiu procedimentos com técnicas mais conservadoras ocasionando menor agressão ao complexo dentina polpa.¹⁰

A evolução dos adesivos dentinários, resinas compostas, porcelanas reforçadas; e principalmente, dos conceitos estéticos e cosméticos de ilusão óptica transformaram a utilização das facetas uma verídica arte que chama o interesse de estudiosos e clínicos.¹¹

Sendo assim tornou-se possível preparos com mínimo de desgaste, através do conceito da odontologia minimamente invasiva que visa a preservação máxima da estrutura dental sadia. Dentro da odontologia a reabilitação com facetas e confecção de preparos conservadores são considerados procedimentos minimamente invasivos, visto que a utilização de faceta é uma técnica disponível para a recuperação estética de dentes anteriores com sua estrutura comprometida.¹²

Facetas diretas

As facetas diretas são aquelas confeccionadas pelo próprio cirurgião-dentista, com o uso de resina composta.²

As resinas compostas de última geração, permitem restituir ao dente restaurado suas características de opalescência e fluorescência. Sendo que a primeira é a capacidade do esmalte em refletir ondas de luz azul-cinza, e de propagar luz laranja. Já a fluorescência se define à medida que ocorre a exposição do dente natural à luz ultravioleta, acontecendo a propagação para o espectro visual do branco vigoroso ao azul claro.¹³

Durante o exame clínico, diversos pontos devem ser levados em consideração com a finalidade da realização de um correto diagnóstico e planejamento eficaz para a utilização de faceta direta em resina composta, como: qualidade e quantidade da estrutura dental remanescente, grau de coloração, distância entre a área comprometida e o espaço biológico, análise da oclusão e o grau de higienização do paciente.¹⁴

Indicações e contraindicações

As facetas diretas de resina composta são uma ótima opção para realizar a reabilitação de forma, função e estética da estrutura dental comprometida. É fundamental que o paciente possua as características de perfil adequado para poder ser reabilitado com facetas estéticas obtendo-se assim resultados positivos e satisfatórios no procedimento.¹⁵

As mesmas podem ser produzidas em resina composta sendo recomendada para casos em que 2/3 ou mais da estrutura dentária vestibular esteja afetada por modificação de cor, forma e/ou textura, sendo essas alterações impossíveis de serem restauradas através de meios mais conservadores como restaurações convencionais, microabrasão e clareamento dental.¹⁴

Sendo contraindicadas para pacientes que tenham pouca estrutura dental, pacientes com cárie proximal extensas, que uma vez removida, ocasiona desgastes extensos deixando quantidade de coroa remanescente incapaz de suportar cargas mastigatórias. Pacientes com bruxismo, após constatado clinicamente por desgastes extensos, não devem ser reabilitados com facetas. Outros fatores como oclusão topo a topo, apinhamento severo em dentes anteriores e hábitos para funcionais limitam a reabilitação com facetas diretas.^{15, 2}

Vantagens e Desvantagens

Entre as vantagens das facetas diretas de resina composta relacionada às facetas indiretas de cerâmica, está a redução do tempo clínico para sua execução, custo inferior, apresenta excelente estética associada a uma ótima longevidade clínica, tratando-se de uma técnica simples conseguindo executá-la em sessão única.^{14,15}

As desvantagens da técnica direta em relação à técnica indireta é que possuem menor resistência e estabilidade de cor, apesar de ocasionar resultados bastante satisfatórios, quando bem recomendadas e executadas.²

Técnica de confecção das facetas diretas

As facetas diretas podem ser realizadas pela técnica de mão livre ou utilizando moldes de silicones pesado ou acetato como matriz/guia adquiridos a partir do modelo de gesso incluindo as restaurações de prognóstico em cera. Em ambos os métodos, a resina é manipulada de forma estratificada com o objetivo de reproduzir as características naturais dos dentes.¹⁶

Vale lembrar que todos os materiais restauradores necessitam de campo operatório isolado, seco e perfeitamente limpo, e a utilização do dique de borracha é primordial para se obter a mais alta qualidade da restauração, visto que é o único meio utilizado que proporciona um campo totalmente livre de umidade. O isolamento absoluto deve ser sempre a primeira escolha, o mesmo somente deve ser ignorado em casos impossíveis de realizar tal isolamento.⁷

Então, para a confecção das facetas diretas em resina composta em dentes anteriores, podemos utilizar a seguinte técnica: primeiramente realiza-se profilaxia dos dentes com utilização de pedra pomes e água, em seguida seleciona-se a cor das resinas que serão utilizadas. A cor da estrutura dental deve ser definida antes mesmo do início de qualquer que seja os procedimentos restaurador. Pois, após ocorrer a desidratação dos dentes, as águas dos prismas do esmalte são substituídas por ar, modificando o índice de refração, fazendo com que os dentes de tornem opacos e esbranquiçados.^{14,17}

Quando se existe um adequado alinhamento dentário, pode-se optar por técnicas clássicas de preparo como a técnica da silhueta, que se deve delimitar o término periférico do preparo cavitário, estendendo cerca de 0,5 mm supragengivalmente e passando pelas arestas longitudinais vestibuloproximais mesial e distal. Com a ponta diamantada esférica nº 1014, realiza-se uma caneta com profundidade de 0,2 a 0,3 mm, de acordo com a delimitação já estabelecida. Demarca-se os sulcos de orientação vestibulares cervicoincisais e com a ponta diamantada troncocônica nº 2135 efetuam-se dois sulcos de orientação no sentido gengivoincisor, com profundidade de 0,2 a 0,6 mm, sendo um no centro da face vestibular e o outro próximo à aresta mesial. Com a ponta diamantada troconcônica nº 2135 posicionada de forma inclinada e movimentos nos sentidos cervicoincisor e mesiodistal, acompanhando a curvatura vestibular do dente, unindo os sulcos na região mesial do dente. Obtendo-se assim a silhueta do preparo. As mesmas fases executadas para o desgaste da metade mesial são igualmente realizadas para o preparo da metade distal do dente.¹⁵

Em seguida realiza-se os preparos proximais e cervical. Com a matriz metálica protege-se os dentes vizinhos e realiza-se o preparo proximal com a ponta diamantada nº

2135, a mesma deve estar com inclinação de 60 a 70° em relação ao eixo longitudinal do dente, com a mesma ponta diamantada confecciona-se o término cervical. O acabamento do preparo pode ser realizado com auxílio da ponta diamantada nº 2135FF ou brocas multilaminadas 1171 L e recortadores de margens gengivais.⁷

Após a realização dos preparos dentais deve-se inserir o fio retrator nos sulcos gengivais com auxílio de uma espátula própria (os fios utilizados variam de acordo com a necessidade, podendo ser fio n#0, n#00 ou n#000).¹⁶

Em seguida aplica-se o ácido fosfórico a 37%, por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, deve-se lavar com jato de água por 20 segundos, secagem com jato de ar, realiza-se a aplicação do sistema adesivo por duas vezes, em sequência aplica-se levemente sobre a estrutura dental um jato de ar para auxiliar na evaporação do solvente e fotoativo por 40 segundos.²

As resinas compostas a serem utilizadas são selecionadas de acordo com sua finalidade específica, sendo ela para: camuflar o fundo escuro da faceta e substituir a dentina; para substituição do esmalte perdido e para melhor translucidez à faceta. Esses compósitos devem ser inseridos no preparo em vários incrementos, com o auxílio de espátulas e de pincel, a forma e o contorno devem ser restabelecidos antes da fotoativação. Vale lembrar que a fotoativação deve ser realizada de acordo com as recomendações dos fabricantes de cada compósito restaurador.¹⁴

Para o acabamento pode-se utilizar discos de óxido de alumínio, para as proximais utiliza-se tiras de lixa para acabamento tomando cuidado para não romper o ponto de contato entre os dentes.²

Para promover lisura e brilho na restauração, o polimento pode ser realizado com pontas de silicone abrasivo de granulação fina e extrafina.¹⁶

Outra opção para a realização de acabamento é utilizar a lâmina de bisturi número 12 para remoção de excessos cervicais e para polimento utilizar discos de lixa de granulação decrescente de abrasividade e disco de feltro Diamond associado à pasta diamantada.¹⁴

As fases de acabamento e polimento são de suma importância, podendo intervir precisamente no desempenho clínico das restaurações.⁷

Facetas indiretas

As facetas indiretas são confeccionadas por um técnico em prótese e podem ser produzidas em resinas indiretas, facetas pré-fabricadas ou cerâmica.²

A cerâmica passou a ser um material de escolha à medida que suas ótimas propriedades foram conceituadas, como estabilidade de cor, biocompatibilidade, longevidade, aspecto similar ao dos dentes naturais e perspectiva de resultado, além do fato de possibilitar desgaste mínimo de estruturas sadias.¹⁸

Indicações e contraindicações

Os laminados cerâmicos são indicados para dentes com grande comprometimento estético em sua cor, forma ou função. Esse tipo de restauração consiste em revestir a parede vestibular do dente com um material restaurador de alta biocompatibilidade, esteticamente fiel ao dente natural.¹⁹

Os laminados cerâmicos são contraindicados em dentes expostos à elevada carga oclusal, hábitos parafuncionais como bruxismo, grande alteração de posicionamento dentário, extensa destruição coronária, alterações significativas de cor, dentes salientes, existência de doença periodontal e pacientes com higiene bucal ineficaz.²⁰

Vantagens e desvantagens

As restaurações indiretas (cerâmica) apresentam como vantagens, ótimas propriedades ópticas, longevidade, durabilidade material e perspectivas de resultados e aparência mais semelhante aos dentes naturais.⁶

Tem como desvantagens, custo elevado devido as etapas laboratoriais para confecção da peça, ocorre desgaste do antagonista e é considerada uma peça friável até a sua cimentação.²¹

Técnica de confecção e cimentação das facetas indiretas

As facetas indiretas de cerâmica quando bem indicadas, podem ter um preparo tão conservador quanto o das facetas diretas. Os preparos de ambas as técnicas são semelhantes, podendo ter variação em relação a profundidade do preparo, ou seja, esse fator irá depender da necessidade de modificação de cor e/ou de forma e posição do dente a ser restaurado.⁷

O preparo da estrutura dental para receber a faceta direta de cerâmica pode variar, a espessura deve ser menor a 0,5 mm na cervical, 0,7 mm no meio da face vestibular e de no mínimo 1,5 mm para cobertura incisal, espessura essa compatível com a média de esmalte para cada região. O design do preparo deve ter uma adaptação marginal ideal entre a restauração e a espessura de cerâmica suficiente para que possa proporcionar resistência mecânica à restauração.²²

O desgaste na preparação convencional de facetas laminadas inicia-se com a confecção de uma canaleta de orientação na região cervical supragengival vestibular do dente com auxílio da ponta diamantada esférica nº 1014. Em seguida na face vestibular do dente no sentido cérvico-incisal realiza-se a confecção de três sulcos de orientação, levando em consideração a inclinação desta face a ser desgastada. O desgaste deve ser realizado de acordo com os três planos dentais: cervical, médio e incisal com utilização da ponta diamantada nº 4138, em seguidas os mesmos devem ser unidos utilizando uma ponta diamantada nº 4137. A redução incisal deve ser realizada com auxílio da ponta diamantada nº 4138, estendendo o preparo para a face palatina do dente. Para a confecção do termino em ombro em ângulos internos arredondados utiliza-se a ponta diamantada nº 4137.¹⁸

Após o término dos preparos, na mesma sessão procede-se com a moldagem utilizando silicone de adição, deve-se realizar o afastamento de tecido gengival com fio retrator antes da moldagem. Após a moldagem, os provisórios são ajustados e fixados. A moldagem é enviada ao laboratório, e para facilitar uma melhor compreensão para o ceramista na hora na confecção da faceta pode-se enviar a guia de silicone utilizada durante o “**mock-up**”, arquivo com fotos do paciente e informações referente à forma, cor, aspectos de texturização e caracterizações desejadas.⁶

Com os laminados cerâmicos prontos, remove-se os provisórios, realiza-se a prova dos mesmos, para análise da cor, formas, adaptação marginal e aprovação do paciente. Em seguida inicia-se a etapa da cimentação.¹⁸

A realização do pré-tratamento da superfície interna da cerâmica é essencial para que haja uma adequada e correta adesão entre a restauração indireta e o cimento, melhorando significativamente a retenção, adaptação marginal e resistência à fratura das restaurações. O microjateamento com óxido de alumínio é um dos tratamentos que devem ser preconizados, ele permite a remoção de resíduos contaminados do gesso, proporcionando aumento da área de superfície após a aplicação do sistema silano-adesivo. Após o microjateamento com óxido de alumínio realiza o tratamento ácido da peça, através do ácido fluorídrico que tem como finalidade produzir microrretenções na fase vítrea da cerâmica, promovendo melhoria na resistência a flexão biaxial da cerâmica. Por último aplica-se o primer-silano o qual irá proporcionar a união do cimento à peça protética.²³

Para realização do tratamento da superfície dental pode-se utilizar os adesivos autocondicionantes que tem como base a utilização de monômeros ácidos que ao mesmo tempo condicionam e preparam a dentina. O sistema de dois passos é composto por dois frascos, um contendo o primer acidulado que tem como finalidade de executar ação

desmineralização do substrato e modificação da camada de esfregaço, em seguida aplica-se sobre a superfície do dente um leve jato de ar para que o solvente seja evaporado. No outro frasco temos o monômero adesivo que é aplicado para que ocorra a efetiva formação da camada híbrida sobre a estrutura dental para que possa ser realizada a cimentação da faceta indireta de cerâmica.¹⁵

Dentre todos os passos executados, a cimentação é uma das fases mais criteriosas. A seleção do agente cimentante deve ser realizada com extremo cuidado, a seleção equivocada é capaz de ocasionar modificação na cor da restauração estética.²⁴

Com relação à seleção do cimento para realização da cimentação das facetas cerâmicas, os sistemas adesivos atuais e cimentos resinosos fotoativados exclusivos para essa finalidade permitem uma interação eficaz entre a cerâmica e a estrutura dental. Os cimentos resinosos apresentam diversas alternativas de cores e opacidade. As quais são importantes para os laminados cerâmicos, visto que a cor do cimento utilizado pode acarretar alguma consequência no resultado estético final, principalmente quando a cerâmica de escolha apresenta alta translucidez. Com objetivo de simplificar a escolha de cor, os fabricantes disponibilizam bisnagas de cimento para provas de cor, denominados de cimentos “**try-in**”.^{6,25}

Os cimentos resinosos, sugeridos pela literatura para a cimentação de facetas cerâmicas são os cimentos fotoativados como o RelyX Vener (3M ESPE, EUA), Variolink Vener (Ivoclar Vivadent AG, Liechtenstein) e pasta base do Variolink II (Ivoclar Vivadent AG, Liechtenstein). Visto que os cimentos quimicamente ativados e duais possuem a amina como ativador químico que é capaz de causar mudanças de cor com o passar do tempo, prejudicando a longevidade do resultado estético.⁶

Para a execução de uma adequada técnica de cimentação, o cimento deve ser aplicado de forma uniforme em todas as dimensões do laminado cerâmico, evitando que falte cimento em alguma parte do preparo, o que poderia ocasionar alteração de cor e principalmente falhas adesivas.²⁵

O cimento necessita ocupar todo o espaço existente entre superfície interna da restauração e o dente. Caso ocorra o aprisionamento de bolhas nas interfaces ou no próprio cimento resinoso ocorrerá a redução do grau de polimerização do cimento no local e servirá como pontos de tensão para início da fratura induzindo a uma falha na cimentação e danos à adesão ou mesmo da fratura da restauração cerâmica.²⁶

Entre os principais motivos de falhas das facetas e laminados de cerâmicas, sendo pela breve durabilidade ou fraturas, é precisamente no momento da cimentação, o bom

resultado clínico necessita diretamente de uma perfeita cimentação dessas restaurações indiretas.²⁷

Pois para o êxito em qualquer preparo restaurador, além de um bom preparo cavitário, os procedimentos de cimentação são de suma importância para a longevidade, aspecto estético, assim como uma boa saúde periodontal. Essa é a etapa que requer máximo cuidado por parte do clínico, seja na sequência técnica quanto no material utilizado.²⁴

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

As análises podem ser consideradas como: pesquisa bibliográfica e revisão de relatos de casos já publicados sobre reabilitação estética de dentes anteriores com a utilização de facetas diretas e indiretas, tendo como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais claro ou construindo hipóteses. A pesquisa bibliográfica é realizada através de materiais já publicados, sendo constituídos essencialmente por livros, artigos de periódicos e por material disponibilizado atualmente na internet.²⁸

A coleta de informações será realizada através de pesquisa documental, os artigos publicados no período de 2009 a 2017 serão as fontes de coletas de dados para a identificação em quais casos de reabilitação estética de dentes anteriores devem-se utilizar facetas diretas ou indiretas, suas indicações e contra-indicações, vantagens e desvantagens, bem como a técnica de preparo de ambas as técnicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente trabalho, pôde-se concluir que o tratamento reabilitador estético realizado tanto por facetas diretas e facetas indiretas tem resultados estéticos e funcionais satisfatórios, tanto para o clínico que executa os procedimentos e acima de tudo para o paciente.

O sucesso e longevidade de ambos os tratamentos dependem de um planejamento inicial bem elaborado, levando sempre em consideração as indicações e contraindicações das facetas indiretas e indiretas e a queixa principal do paciente, pois vale lembrar que conceito de beleza e estética do sorriso é único para cada indivíduo.

Portanto, as facetas diretas e indiretas são excelentes alternativas de reabilitação estética e funcional de dentes anteriores, sendo capazes de devolver a autoestima, naturalidade e simetria a face e sorriso do paciente reabilitado com facetas diretas e/ou facetas indiretas.

REFERÊNCIAS

1. Rossato DM, Saade EG, Saad JRC, Porto-Neto ST. Coroas estéticas anteriores em cerâmica metal-free: relato de caso clínico. Rev. Sul-Bras. de Odontol., Oct-Dez, 2010, p. 494-498.
2. Silva GR, Fracalossi C, Lucena MTL, Mantovani MB. Tratamento estético com diretas de resina composta – relato de caso. Rev. Uningá Review, v.24, n.3, out-dez 2015, p. 27-31.
3. Meirelles L, Bavia PF, Vilanova LSR. Aplicações clínicas de enceramento diagnóstico na reabilitação oral – uma revisão de literatura. FOL – Faculdade de Odontologia de Lins / Unimep, ISSN Impresso: 0104-7582, ISSN Eletônico: 2238-1236, jan-jun, 2013, p.20-25.
4. Santos BC, Dantas LF, Silva SC, Lima LHA, Agra DM, Fernandes DC. Odontologia estética e qualidade de Vida: revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, v.3, n.3, Maceió, Novembro, 2016, p. 91-100.
5. Silva BCM, Ribeiro HHS, Viana HC, Mendonça MB, Silva GR, Dietrich L. Importância da reabilitação oral através da prótese parcial removível: relato de caso. Revista de Odontologia Contemporânea – ROC, v.1, n.2, Dezembro, 2017, p. 71-81.
6. Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro LJE. Restabelecimento estético funcional com laminados cerâmicos – caso clínico. Rev. Odonto. Bras. Central, 2011, p. 88-93.
7. Mondelli, J e coautores. Facetas estética In. Fundamentos de dentística operatória, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.p. 327-46.
8. Hilgert JB. O uso de laminados cerâmicos como opção conservadora – revisão de literatura, 2015. P.44. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015.
9. Calderón GIO, Stella GL. Aspectos relevantes de la preparación para carillas anteriores de porcelana: una revision. Rev. Estomatol. Herediana, abr-jun, 2016, p. 110-116.
10. Persch DL, Sousa NP. Avaliação das vantagens e desvantagens de facetas indiretas em porcelana, 2017, Trabalho de conclusão de curso de graduação em odontologia – Centro Universitário São Lucas, Porto Velho – RO, 2013.

11. Bispo LB. Facetas estéticas: status da arte Revista Dentística on line – ano 8, n. 18, janeiro / março, 2009, p. 11-14.
12. Tumenas I, Pascotto R, Saade JL, Bassani M, Odontologia minimamente invasiva, Rev. Assoc. Paul Cir Dente, 2014, p. 283-295.
13. Silva W, Chimeli T. Transformando sorrisos com facetas diretas e indiretas. Rev. Dentística on line – ano 10, n. 21, abr/jun., 2011, p. 41-43.
14. Lima RBW, Leite JT, França RM, Brito MCT, Uchôa RC, Andrade AKM. Reabilitação estética Anterior pela técnica do facetamento – relato de caso. Rev. Brasileira de Ciências da Saúde v. 17, n. 4, 2013, p. 363-370.
15. Russo EMA (org.); Junior OC. (coord.). Dentística: restaurações diretas. São Paulo: Santos, 2010. 188p.
16. Machado AC, Reinke ACMA, Moura GF, Zeola LF, Costa MM, Reis BR, Soares PV. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. Rev. Odontol. Bras. Central, 2016, p. 154-161.
17. Terry DA, Geller W. Odontologia estética e restauradora – seleção de materiais e técnicas, 2. ed. São Paulo: Quintessence Editora LTDA, 2014. 725p.
18. Soares PV, Zeola LF, Souza PG, Pereira FA, Milito G.A, Machado AC. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio – caso clínico. Rev. Odontol. Bras. Central, 2012; p. 538-543.
19. Souza MS, Neto OI, Oliveira RS, Castro SHD. Laminados cerâmicos – um relato de caso. Rev. Pró-UniverSUS., Jul./Dez., 2016, p. 43-46.
20. Okida RC, Vieira WSC, Rahal V, Okida DSS. Lentes de contato: restaurações minimamente invasivas na solução de problemas estéticos. Rev. Odontológica de Araçatuba, v. 37, n. 1, Janeiro/Abril, 2016, p.53-59.
21. Diegues MA, Marques E, Miyamoto PAR, Penteado MM. Cerâmica x resina composta: o que utilizar?. Rev. Uningá, v.51, Jan.- Mar., 2017, p. 87-94.

22. Kikuda AM, Preparos parciais estéticos em dentes anteriores: revisão de literatura, 2017, P. 50. Trabalho de Conclusão de Curso Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Uberlândia.
23. Coppla FM, Gomes JC, Rezende M, Kossatz S, Calixto AL, . Restaurações estéticas indiretas: relato de caso clínico. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., 2014, p. 238-243.
24. Altomani CR. Considerações relevantes na cimentação de facetas e laminados cerâmicos, 2013. P. 21. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.
25. Gonzales MR, Ritto FP, Lacerda RAS, Sampaio HL, Monnerat AF, Pinto BD. Falhas em restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos. Rev. Bras. Odontol., v. 68, n. 2, Rio de Janeiro, jul./dez. 2011, p. 238-243.
26. Silva AMT, Figueiredo VMG, Farias ABL, Brito NMSO, Catão MHCV, Queiroz JRC. Estratégias de cimentação em restaurações livres de metal: uma abordagem sobre tratamentos de superfícies e cimentos resinosos. Rev. Bahiana de Odontologia, Mar., 2016, p. 49-57.
27. Pini NP, Aguiar FHB, Lima DANL, Lovadino JR, Terada RSS, Pascotto RC. Advances in dental veneers: materials, applications, and techniques. Dovepress: Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, v.4, Maringá-PR, 2012, p.9-16.
28. Kauark FS, Manhães FC, Medeiros CH. Metodologia da pesquisa: Um guia prático. Itabuna / Bahia: Via Litterarum, 2010. 88p.