

UNIVERSIDADE DE UBERABA
Curso de Odontologia

Sarah Ellen Martins
Wesllia Vicente da Silva

**CONFECÇÃO DE FACETAS DIRETAS EM RESINA
COMPOSTA UTILIZANDO BARREIRA E MATRIZ DE
SILICONE TRANSPARENTE: RELATO DE CASO**

Uberaba-MG
2023

Sarah Ellen Martins
Wesllia Vicente da Silva

**CONFECÇÃO DE FACETAS DIRETAS EM RESINA
COMPOSTA UTILIZANDO BARREIRA E MATRIZ DE
SILICONE TRANSPARENTE: RELATO DE CASO**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao curso de Graduação em
Odontologia da Universidade de Uberaba,
como requisito parcial para obtenção do título
de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Saturnino Clabrez Filho

Uberaba-MG
2023

Sarah Ellen Martins
Wesllia Vicente da Silva

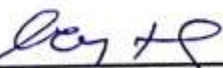
**CONFECÇÃO DE FACETAS DIRETAS EM RESINA
COMPOSTA UTILIZANDO BARREIRA E MATRIZ DE
SILICONE TRANSPARENTE: RELATO DE CASO**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao curso de Graduação em
Odontologia da Universidade de Uberaba,
como requisito parcial para obtenção do título
de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Saturnino Clabrez Filho

Uberaba/MG, 14 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Saturnino Calabrez Filho
Universidade de Uberaba

AGRADECIMENTOS

Sarah Ellen Martins

Agradeço primeiramente a Deus, aos guias e mentores espirituais que me ampararam e guiaram ao longo desta jornada de conclusão do curso.

À minha mãe Kelen, expresso minha profunda gratidão por sempre estar ao meu lado, oferecendo palavras de superação, apoio constante e por acreditar incondicionalmente em mim.

À memória do meu Pai, Euripedes Jr, presto minha homenagem e gratidão eternas por todo amor, ensinamentos e valores transmitidos.

Estendo meus agradecimentos calorosos aos familiares e amigos, cujo apoio e encorajamento foram pilares fundamentais neste percurso acadêmico.

Um agradecimento especial ao meu namorado e parceiro, Luís Manzan, pela constante motivação, apoio incansável e ajuda valiosa. Sua presença foi um pilar de força durante este percurso.

Que a gratidão que expresso aqui se traduza em amor e reconhecimento a todos que contribuíram para a realização deste trabalho e para meu crescimento pessoal.

AGRADECIMENTOS

Wesllia Vicente da Silva

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados durante todos os meus anos de estudos.

Aos meus pais, José Roberto e Ivanilda, pelo apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações.

Sou grata aos amigos e familiares por todo carinho e amizade desde o início.

Por último, quero agradecer ao meu orientador e todo corpo docente da Universidade de Uberaba que esteve presente nesta linda jornada acadêmica.

RESUMO

A busca por características naturais tem aumentado significativamente entre os pacientes que procuram tratamentos para restabelecerem e harmonizar seu sorriso. Diante disso, foram provocadas mudanças nos métodos e técnicas na Odontologia Estética Dentária. Têm sido recomendados procedimentos restauradores com o mínimo de desgaste dentário, e para as reabilitações estéticas, a resina composta vem sendo viabilizada nessa ideia conservadora. Isso acontece pois ela permite realizar trabalhos de excelência, tanto do ponto de vista funcional e biológico, quanto estético, o que auxilia em uma maior preservação do elemento dentário e reparação de diferenças na forma, cor, posição e textura. No que diz respeito às técnicas de confecção de facetas diretas, pode-se destacar a técnica à mão livre ou com a confecção de um guia com resinas fluidas ou convencionais. O objetivo deste estudo será um comparativo de três técnicas para confecção de facetas diretas e a confecção de um guia de silicone para as técnicas com resinas fluidas e convencionais, destacando as vantagens e desvantagens das técnicas que utilizam o guia em relação à técnica de mão livre.

Palavras-Chave: Técnica Faceta Direta. Resina Composta. Materiais dentários.

ABSTRACT

The search for natural features has increased significantly among patients who seek treatments to restore and harmonize their smile, which has led to changes in methods and techniques in dental aesthetic dentistry. Restorative procedures with a minimum of dental wear have been recommended, and for aesthetic rehabilitations, composite resin has been made feasible in this conservative and aesthetic idea. This allows performing works of excellence, both from a functional and biological point of view, as well as from an aesthetic point of view, what helps greater preservation of the tooth and repair of differences in shape, color, position and texture. With regard to the techniques for making direct veneers, the freehand technique or the making of a guide with fluid or conventional resins can be highlighted. The objective of this study will be a comparison of three techniques for making direct veneers and the making of a silicone guide for techniques with fluid and conventional resins, highlighting the advantages and disadvantages of techniques that use the guide in relation to the free hand technique.

Keywords: Direct Veneer Technique. Composite Resin. Dental materials.

Lista de Figuras

- Figura 1 - Macromodelo odontológico (manequim P-Oclusal) com dentes íntegros
- Figura 2 - Manequim com os dentes 12, 11, 21, 22 preparados para faceta
- Figura 3 - Escaneamento digital
- Figura 4 - Silicone de adição Virtual Putty Regular – Ivoclar Vivadent
- Figura 5 - Silicone de adição de alto desempenho SCAN TRANSLUX
- Figura 6 - Sistema Adesivo Single Bond Universal
- Figura 7 - Resina Opallis DA3
- Figura 8 - Espátula Cerâmica Almore Millenium e espátula dupla Millenium 3079
- Figura 9 - Materiais de acabamento e polimentos
- Figura 10 - Macromodelo odontológico (manequim P-Oclusal) com diastemas
- Figura 11 - Enceramento digital
- Figura 12 - Impressão de modelo 3D
- Figura 13 - Confecção da barreira por vestibular
- Figura 14 - Confecção da Barreira por palatina
- Figura 15 - Barreira pronta
- Figura 16 - Aplicação do silicone utilizando o dispensador pistola da Ylle
- Figura 17 - Aplicação do filme de PVC por cima do silicone
- Figura 18 - Barreira e Matriz
- Figura 19 - Confecção da abertura nas incisais
- Figura 20 - Condicionamento ácido fosfórico 37%
- Figura 21 - Aplicação do adesivo com microbraush
- Figura 22 - Fotoativação 20 segundos
- Figura 23 - Incremento de resina na matriz por vestibular
- Figura 24 - Resina acomodada com a espátula 3079 em toda a face vestibular da matriz
- Figura 25 - Colocação da matriz nos dentes preparados
- Figura 26 - Observa-se extravasamento pela abertura da matriz na incisal
- Figura 27 - Fotopolimerização por 20 segundos
- Figura 28 - Faceta direta em resina composta (Dente 22)
- Figura 29 - Faceta direta em resina composta (Dente 12)
- Figura 30 - Faceta direta em resina composta (Dentes 12 e 22)
- Figura 31 - Faceta direta em resina composta (Dentes anteriores)
- Figura 32 - Acabamento com disco de lixa de granulação média
- Figura 33 - Acabamento e polimento, polidores diamantados em formato espiral
- Figura 34 - Acabamento e polimento com disco de feltro
- Figuras 35 - Facetas finalizadas
- Figura 36 - Aplicação da Resina composta na matriz
- Figura 37 - Após polimerização
- Figura 38 - Diastemas corrigidos após acabamento e polimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 MATERIAIS E MÉTODO.....	14
4 RELATO DE CASO	19
5 DISCUSSÃO.....	31
6 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Com o passar do tempo, a preocupação com a aparência e com a apresentação pessoal aumentou visivelmente. Por esse motivo, a procura por tratamentos estéticos cresceu nas clínicas e consultórios odontológicos. O interesse e a busca dos pacientes por tratamentos odontológicos inovadores ocorreram cada vez com maior frequência. Com isso, a área estética tornou-se uma das divisões mais importantes da Odontologia (ARANHA, MITSUI & MARCHI, 2003; SADOWSKY, 2006).

A busca por características naturais aumentou significativamente entre os pacientes que procuraram tratamentos para restabelecer e harmonizar seu sorriso.

Foram recomendados procedimentos restauradores com o mínimo de desgaste, e para as reabilitações estéticas, a resina composta foi viabilizada nessa ideia conservadora e estética. Isso ocorreu pois permitiu realizar trabalhos de excelência, tanto do ponto de vista funcional e biológico, quanto estético, permitindo maior preservação do elemento dentário e reparação de diferenças na forma, cor, posição e textura (OLIVEIRA et al., 2019).

Dentre as indicações de facetas dentárias, em um contexto geral, destacou-se o fechamento de espaços entre dentes (diastemas), alterações morfológicas de dentes conóides, recuperação de dentes anteriores com restaurações extensas e antigas que possuíam infiltrações, modificação de cor e forma e harmonização do sorriso para urgências sociais, enfatizando eventos como casamentos, formaturas e aniversários (VIEIRA et al., 2017).

O tratamento utilizando a resina composta foi um dos mais comuns na atualidade, sendo fácil de executar e manipular, além de ter um resultado muito previsível. Ainda, restaurações utilizando tal material foram aplicadas em superfícies preparadas ou mesmo sem preparo (WAHBI et. al., 2013; KORKUT et. al., 2018).

Sobre preparar o dente ou não, dependia da consulta inicial após todo o planejamento do paciente juntamente com a análise dos protocolos fotográficos que levaram ao resultado de um planejamento final. Geralmente, realizava-se a confecção de preparos para dentes com escurecimento de cor, dentes vestibularizados ou levemente girovertidos, sendo as características base para o preparo às mesmas observadas para as facetas indiretas, com exceção do preparo incisal, que raramente era requerido (SOARES et al., 2023).

As contraindicações ocorriam quando o paciente apresentava oclusão de topo a topo, classe II de Angle, dentes apinhados que não permitiam reparo, bruxismo severo, alto risco de cárie, dentes muito vestibularizados, hábitos parafuncionais e comprometimento oclusal. Entretanto, valia salientar que nas referidas circunstâncias, não existia contraindicação absoluta, sendo necessária uma avaliação individualizada e acompanhamento posterior ao tratamento (MARIN et al., 2017).

A técnica direta utilizava a resina composta diretamente na estrutura dental, visando efetuar correções e possibilitar melhoras conforme desejo do paciente. Essa técnica tinha como principais vantagens sua rapidez e menor custo, e as principais desvantagens eram a possibilidade de ocorrer frequentemente pequenas fraturas, e a limitação estética quando se considerava transformações de grande impacto (GOUVEIA et al., 2017).

Chamadas de restaurações minimamente invasivas, sendo funcionais e de longa duração, se assemelhando ao tecido dentário natural (GOMES & PERDIGÃO, 2014; KORKUT et al., 2018).

Tratando-se da técnica com a utilização da guia, a principal vantagem era que possuía todo um planejamento antes da realização das resinas diretamente em boca. Com isso, o resultado final ficava próximo e/ou até se chegava ao esperado. A desvantagem em relação à técnica a mão livre era o maior número de etapas (modelos de trabalho, enceramento e planejamento) (SAVARIS et al., 2018).

A realização de facetas em resina composta apresentava uma técnica com alta sensibilidade, ou seja, eram passos clínicos bastante detalhados, que necessitavam de isolamento absoluto dos elementos dentários envolvidos, da seleção dos materiais necessários de acordo com cada caso, até a etapa final de acabamento e polimento dessas restaurações diretas. No que diz respeito às facetas em cerâmica, essa sensibilidade técnica era ainda mais elevada, principalmente na etapa de cimentação adesiva. O conhecimento dos cimentos resinosos disponíveis no mercado era de fundamental importância para aquele momento, pois indicaria qual tipo de sistema adesivo seria utilizado. Portanto, era considerada a fase mais crítica, apresentando detalhes que deviam ser rigorosamente seguidos para que se alcançasse uma adesão adequada. A escolha indevida do tipo de preparo dental para as facetas também era considerada como fator relevante para a determinação do resultado final. Uma escolha errônea ou um mal preparo dentário influenciaria

diretamente na adaptação das peças confeccionadas pelo laboratório, bem como determinaria o prognóstico do caso (DIAS, 2022).

Considerando que cada paciente possuía uma alteração específica e requeria um tratamento individualizado, era fundamental realizar um planejamento adequado, que envolvia a integração dos conhecimentos em estética, materiais restauradores e as tecnologias disponíveis na época (LOPES et al., 2023).

Diante disso, destacava-se a técnica de facetas confeccionadas através de um guia de silicone transparente, que era obtido pelo enceramento diagnóstico no modelo de gesso feito anteriormente. Este guia de silicone podia ser feito pelo cirurgião dentista utilizando o silicone de adição de alto desempenho Scan Translux, onde podiam ser feitas as facetas dentárias diretas com as resinas fluidas ou convencionais. Isso possibilitava a polimerização através da guia, o que impedia a formação de uma camada inibida pelo oxigênio, tornando a restauração mais brilhante e duradoura.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um estudo comparativo das técnicas para confecção de facetas diretas em resina composta.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Expor vantagens e desvantagens das técnicas citadas.
- Apresentar a confecção de um guia de silicone para as técnicas com resinas fluidas e convencionais.

3 MATERIAIS E MÉTODO

Será realizado o passo a passo da técnica que utiliza a Matriz de Silicone Transparente com resinas convencionais e o passo a passo da construção do guia de silicone transparente em laboratório especializado.

Para realização deste relato de caso foi utilizado macromodelo odontológico com alto padrão de qualidade estética cujo dente possuía preparo para faceta em resina composta direta (P Oclusal Produtos Odontológicos Ltda ME, São Paulo, SP, Brasil) (**Figuras 1 e 2**).

Figura 1 - Macromodelo odontológico (manequim P-Oclusal) com dentes íntegros



Fonte: (Google Imagens, 2023)

Figura 2 - Manequim com os dentes 12, 11, 21, 22 preparados para faceta



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Em relação ao planejamento do caso, foram utilizadas moldagens digitais que

proporcionam maior previsibilidade do tratamento e maior conforto ao paciente, pois não será necessário submeter o mesmo às moldagens convencionais (**Figura 3**).

Figura 3 - Escaneamento digital



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Também foi utilizado o silicone por adição Virtual Putty Regular (**Figura 4**).

Figura 4 - Silicone de adição Virtual Putty Regular – Ivoclar Vivadent



Fonte: (Google Imagens, 2023)

O silicone *Scan Translux* foi usado por fazer uma cópia fiel da anatomia dental (**Figura 5**).

Figura 5 - Silicone de adição de alto desempenho SCAN TRANSLUX



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Em seguida, os materiais utilizados foram: filme de PVC e broca Minicut.

O sistema adesivo de escolha foi o autocondicionante de frasco único, denominado de “*all-in-one*” (**Figura 6**).

Figura 6 - Sistema Adesivo Single Bond Universal



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Para confecção das facetas utilizou-se a resina composta *Opallis* (**Figura 7**) nanohíbrida.

Figura 7 - Resina Opallis DA3



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Para manuseio de resinas, a espátula dupla Millenium 3079 foi utilizada (**Figura 8**).

Figura 8 - Espátula Cerâmica Almore Millenium e espátula dupla Millenium 3079



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Para acabamentos e polimentos específicos, os materiais da figura abaixo foram os utilizados (**Figura 9**).

Figura 9 - Materiais de acabamento e polimento



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Para remoção de excessos, foi utilizado o disco de lixa com granulação média.

Continuando a aplicação da técnica, também foi utilizado um polidor

diamantado em espiral, borrachas de carbeto de silício e disco de feltro.

Para correção de diastemas, o macromodelo abaixo foi o escolhido (**Figura 10**).

Figura 10 - Macromodelo odontológico (manequim P-Oclusal) com diastemas



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

4 RELATO DE CASO

Utilizando os modelos e moldagens citados acima e explicitados nas figuras 1, 2 e 3 e seguindo o planejamento esperado para a aplicação da técnica, ocorreu o escaneamento e, logo após, foi realizado o enceramento digital e a impressão do modelo 3D (**Figura 11 e 12**).

Figura 11 - Enceramento digital



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Figura 12 - Impressão de modelo 3D



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

O material utilizado para a confecção (**Figura 4 – ver método**) foi escolhido devido à sua maior estabilidade dimensional, pois em sua reação de polimerização não ocorre a liberação de nenhum subproduto, ou seja, material de moldagem não apresenta nenhuma distorção. É conhecido por ter uma baixa fluidez e um tempo de ajuste curto, fazendo com que a moldagem seja mais precisa e fiel às informações obtidas do preparo.

Logo em seguida, a barreira foi construída através do manequim com os dentes íntegros que simulam o enceramento digital. Ela deve ser bem adaptada e sua altura deverá cobrir até o fundo de vestibulo dos dentes preparados e, principalmente, precisa ter uma adaptação adequada na região do freio incisal. Seu

comprimento será até às proximais dos dentes vizinhos (**Figura 13 e 14**). A barreira começa na distal do elemento 14 e percorre até a mesial do elemento 24.

Figura 13 - Confeção da barreira por vestibular



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Figura 14 - Confeção da Barreira por palatina



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

A altura e extensão da barreira serão responsáveis por receber e acomodar o silicone de adição transparente, o qual irá copiar toda a anatomia do enceramento (**Figura 15**).

Figura 15 - Barreira pronta



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

O silicone utilizado (**Figura 5 – ver método**) torna possível a polimerização das resinas compostas. O dispensador, junto à ponta misturadora, garantirá precisão na aplicação do material, o que deve ocorrer de forma contínua, sem levantar a ponteira (**Figura 16**).

Figura 16 - Aplicação do silicone utilizando o dispensador pistola da Yller



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Após a aplicação acima, o filme de PVC passa a desempenhar papel importante, pois durante o tempo de presa do silicone de adição (1:30 até 4:00 minutos, a depender da temperatura do ambiente), impedirá a formação de bolhas (**Figura 17**). Ressalta-se que não se deve utilizar luvas de látex, porque alguns componentes presentes no látex podem inibir a reação de presa. Nesse caso, é recomendada a higienização das mãos ou uso de luvas de vinil.

Figura 17 - Aplicação do filme de PVC por cima do silicone



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Posteriormente, seguindo as restrições impostas pelos materiais utilizados na confecção, a barreira e matriz são construídas (**Figura 18**).

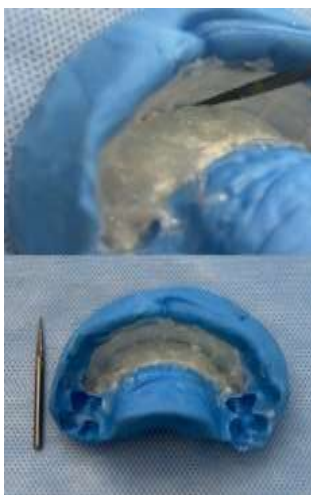
Figura 18 - Barreira e Matriz



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Após a confecção da barreira e matriz, é realizada uma pequena abertura nas incisais de cada dente que irá receber as facetas em resina composta. Essa abertura foi feita com a broca Minicut através de corte cruzado extra fino, acoplada na peça reta e micromotor (**Figura 19**). Essa abertura servirá para extravasamento de excesso de material pelo terço incisal dos dentes, impedindo o acúmulo de excessos e sobrecontorno no terço cervical e nas regiões proximais, facilitando a adaptação da resina composta nestas regiões.

Figura 19 - Confecção da abertura nas incisais



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Em seguida, utilizando o sistema adesivo escolhido (**Figura 6 – ver método**) a aplicação do autocondicionante de frasco único ocorreu de forma ativa com o aplicador microbrush (**Figura 20 e 21**).

Figura 20 - Condicionamento ácido fosfórico 37%



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Figura 21 - Aplicação do adesivo com microbraush



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Figura 22 - Fotoativação 20 segundos



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Devido à sua opalescência e fluorescência compatíveis com a estrutura dental, além de um excelente polimento, que contribui para a manutenção do brilho e longevidade da restauração em dentes anteriores e posteriores, a resina Opallis **(Figura 7 – ver método)** foi utilizada na confecção das facetas **(Figura 23)**.

Figura 23 - Incremento de resina na matriz por vestibular



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

A quantidade ideal de resina deve cobrir toda a face vestibular, principalmente no terço cervical, para evitar falta de material restaurador nessa região. A espessura deve respeitar o limite da altura das papilas interdentais **(Figura 24)**.

Figura 24 - Resina acomodada com a espátula 3079 em toda a face vestibular da matriz



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Figura 25 - Colocação da matriz nos dentes preparados



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Figura 26 - Observa-se extravasamento pela abertura da matriz na incisal



Fonte: (dados da pesquisa, 2023).

Logo após é feita a fotopolimerização na região onde a resina foi adicionada (**Figura 27**).

Figura 27 - Fotopolimerização por 20 segundos



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Figura 29 - Faceta direta em resina composta (Dente 12)



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

As facetas foram confeccionadas primeiramente pelos incisivos laterais e logo em seguida pelos incisivos centrais, sendo um elemento por vez. Desta forma não ficarão excessos nas regiões proximais (**Figura 30**).

Figura 30 - Faceta direta em resina composta (Dentes 12 e 22)



Fonte: (dados da pesquisa, 2023).

Após a fotopolimerização de todos os elementos que receberam a resina composta, é possível verificar o extravasamento dos excessos pela abertura no terço incisal (**Figura 31**).

Figura 31 - Faceta direta em resina composta (Dentes anteriores)



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Os excessos serão removidos nos processos de acabamento através do disco de lixa com granulação média (**Figura 32**) para definição das áreas planas, das ameias incisais e regularização da superfície vestibular.

Figura 32 - Acabamento com disco de lixa de granulação média



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Em seguida, será utilizado o polidor diamantado em espiral (**Figura 33**) e as borrachas de carvão de silício que irão proporcionar mais brilho.

Figura 33 - Acabamento e polimento polidores diamantados em formato espiral



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Por último, será feito o acabamento com o disco de feltro (**Figura 34**) que já vem impregnado com a pasta abrasiva.

Figura 34 - Acabamento e polimento com disco de feltro



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Figura 35 - Facetas finalizadas



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Para correção de diastemas, utilizamos os dentes 11 e 21 do macromodelo odontológico (**Figura 10 – ver método**) e para a o fechamento dos diastemas foi utilizada a resina composta *Herculite Précis – Ker* (**Figura 36**).

Figura 36 - Aplicação da Resina composta na matriz



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Esta resina foi colocada somente na região dos diastemas na matriz e em seguida foi fotopolimerizada (**Figura 37**). Para o acabamento e polimento utilizou-se da mesma sequência das facetas diretas.

Figura 37 - Após fotopolimerização



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

Figura 38 - Diastemas corrigidos após acabamento e polimento



Fonte: (dados da pesquisa, 2023)

5 DISCUSSÃO

O planejamento da reabilitação oral precisa envolver não só a necessidade estética, mas também a saúde oral do paciente. Ele vai envolver uma consulta minuciosa para que se possa analisar se há a presença de lesões cáries, doença periodontal, e analisar um possível tratamento endodôntico a ser feito. Isso se justifica porque, através do condicionamento do meio bucal, o cirurgião dentista poderá promover uma reabilitação estética e funcional de qualidade e longínqua ao seguir todas as orientações (HIGASHI et al., 2014; QUEIROZ, 2015; GOUVEIA et al., 2018). Ressalta-se que a reabilitação deve ser interdisciplinar, partindo de um bom planejamento para a confecção de um resultado estético que satisfaça as expectativas dos pacientes (ALVES et al., 2015).

As moldagens digitais tornaram-se mais oportunas, seja pela capacidade de proporcionar uma maior previsibilidade final do tratamento, por serem mais baratas quando calculadas em longo prazo, por possibilitarem a produção de restaurações finais sem a necessidade de moldagens físicas, e por gerarem maior satisfação e conforto ao paciente por não precisar submetê-lo às moldagens convencionais, o que poderia provocar náusea e mal-estar. Também minimizam o tempo de consultório e podem ser armazenadas em disco rígido. Como consequência, tem-se maior capacidade de armazenamento e facilita a comunicação entre técnico em prótese dentária e cirurgião-dentista (BÓRIO, DELSANTO E JACOB, 2017; POLIDO, 2010).

O enceramento deve incluir todos os elementos desejados na reconstrução do sorriso, como proporção dentária, pontos de contato, arquitetura gengival, bordas incisais, inclinação axial e pontos de zênite gengival (GURREA & BRUGUERA, 2014). No presente relato de caso o enceramento foi realizado através do escaneamento digital.

Quando comparada à técnica direta, temos que a restauração indireta provoca, na maioria das vezes, um maior desgaste da estrutura dental sadia. Além disso, observa-se que a introdução de novos compósitos cada vez melhores tem proporcionado previsibilidade, longevidade e qualidade das restaurações, contribuindo para a decisão, em alguns casos, para o uso de restaurações diretas em resina composta (POTTMAIER et al., 2017). Não obstante, esse procedimento vem se tornando uma excelente alternativa de tratamento para problemas estéticos

em dentes anteriores (KORKUT, 2018).

A aplicação em uma única sessão do material restaurador definitivo, com o mínimo de desgaste ou, algumas vezes, sem nenhum desgaste da superfície dentária, é uma das vantagens dessa técnica (KORKUT, 2018; GUERRA et al., 2017).

De acordo com Silva, Silva e Yamashita (2022), a confecção de facetas diretas pode ser realizada à mão livre ou a partir de um *mock up*. No processo à mão livre, o profissional confecciona a faceta diretamente na boca do paciente, utilizando fita de poliéster e espátulas, em uma única sessão. Essa técnica exige do profissional bastante domínio e habilidade. Já na técnica *mock up*, o profissional realiza um molde em gesso para a reconstrução de toda anatomia do dente com resina. Isso permite que o profissional tenha previsão do resultado final, com riqueza de detalhes do contorno e menor ajuste oclusal.

Para De Sousa et al. (2015) pode haver falha nas restaurações quando a técnica não é executada de maneira apropriada pelo cirurgião dentista, falha essa que pode ocorrer desde a parte adesiva, quanto na fotopolimerização. Tal problema pode ocasionar em alguns transtornos como, pigmentação de materiais restauradores ou dentes ligados à fratura, microinfiltração, descoloração marginal, estética insatisfatória ou todos os fatores somados.

O uso de resinas compostas pode apresentar algumas desvantagens que o paciente deve estar atento, como perda de brilho, amarelamento mais rápido e pequenas fraturas. Caso o paciente tenha problemas com bruxismo severo, existem limitações funcionais que exigem manutenção para repolimento superficial (AHMED & MURBA, 2016).

A técnica de faceta direta é uma opção de tratamento satisfatória para o paciente, preservando a estrutura dental o máximo possível. No entanto, o sucesso da técnica depende da execução correta e conhecimento dos materiais adesivos e restauradores por parte do cirurgião dentista (HIGASHI et al., 2014; SOUZA et al., 2002).

A adesão deverá ser executada respeitando as propriedades química e física de cada produto que é utilizado na construção da faceta, podendo cada etapa afetar a estabilidade da interface adesiva (ARINELLI et al., 2016). A lisura dada à superfície das facetas de resina por meio do acabamento e polimento está efetivamente ligada ao sucesso da longevidade (CRINS et al., 2021).

Compreende-se que materiais restauradores de micropartículas e nano partículas são mais favoráveis a uma superfície lisa, quando comparados a outros materiais, como os micro híbridos (SHITSUKA et al., 2014).

Diversos trabalhos mostraram que o condicionamento ácido somente do esmalte, previamente à aplicação destes tipos de adesivos, está indicado para melhorar seu desempenho clínico neste substrato. Desta forma, recomenda-se o condicionamento ácido adicional do esmalte com ácido fosfórico por 15 segundos, lavagem, secagem com jatos de ar e aplicação do sistema autocondicionante (FILHO et al., 2014).

Através de estudos clínicos e laboratoriais, encontrou-se que o condicionamento com ácido fosfórico previamente utilizado ao adesivo aumentaria significativamente a força de adesão dos autocondicionantes de passo único. Quando comparados os sistemas adesivos convencionais e autocondicionantes, observa-se que o sistema simplificado desmineraliza suavemente o esmalte, ocasionando em infiltração superficial e menor formação de tag de resina interprismática. Ao se realizar o condicionamento, ocorre uma adequada penetração da resina (SATO et al., 2016).

Finalmente, é importante mencionar que a contração de polimerização dos compósitos tem sido amplamente pesquisada devido aos problemas clínicos que eles podem causar em restaurações, Tais como infiltração marginal, sensibilidade pós operatória e recorrência de cáries, que podem prejudicar a durabilidade e o sucesso da restauração (LOPES et al., 2023).

Miranda et al. (2016) relatam que a fase de acabamento e polimento possui grande importância, proporcionando lisura da superfície e, como consequência, longevidade do trabalho. Tal etapa diminui ou elimina a rugosidade, evidencia os detalhes anatômicos e ressalta o brilho superficial. Diante disso, devemos saber que toda propriedade mecânica e física deve ser respeitada, onde um bom diagnóstico e planejamento nos possibilitam bons resultados.

A faceta direta é uma alternativa válida de reabilitação oral, onde as resinas compostas se caracterizam por serem de excelente qualidade e fácil manuseio, podendo resolver várias situações de alterações estéticas e funcionais, quando bem planejadas e executadas (REIS et al., 2018).

Os princípios da periodontia têm sido negligenciados por alguns profissionais, seja por desconhecimento ou mesmo descuido, vale ressaltar que os procedimentos

restauradores devem sempre visar a preservação do órgão dentário e da integridade biológica do periodonto, pois a presença de dentes naturais depende, em primeiro lugar, da proteção periodontal e dos tecidos de suporte, que, entre muitas outras funções, também desempenham um papel fundamental na estética do sorriso, a interação entre a odontologia periodontal e restauradora é dinâmica e necessária para alcançar um sorriso harmonioso, portanto, é importante que o cirurgião-dentista tenha conhecimento básico e domínio da técnica necessária no procedimento restaurador, minimizando possíveis traumas ao periodonto (CARDOSO et al ., 2023).

A faceta direta confeccionada com a barreira e matriz de silicone transparente tem como vantagem, em relação às demais técnicas, o conforto do paciente, sendo indicada para aqueles que não conseguem ficar por muitas horas na cadeira odontológica ou que apresentam determinado problema de saúde. Isso ocorre pois é possível realizar as facetas em menor tempo, bem como proporcionar maior segurança para o profissional, diminuindo os riscos de sobrecontorno, excessos e, também, diminuindo o risco de invasão do espaço biológico. Outra vantagem que essa técnica apresenta é a reprodução exata da anatomia dental adquirida através da matriz e do enceramento. Por outro lado, apresenta como desvantagem a falta de caracterização e translucidez no terço incisal, que são características visíveis em pacientes jovens.

6 CONCLUSÃO

A técnica empregada, utilizando a barreira e a matriz, obtidas por meio de um minucioso planejamento e enceramento digital, reflete a essência de um processo meticuloso e preciso, capturando com fidelidade todas as características anatômicas necessárias.

A execução cuidadosa de cada etapa, desde a análise inicial até o acabamento e polimento das resinas compostas, nos assegurou um desfecho de alta qualidade. Isso também conferiu a nós, pesquisadoras, a confiança necessária para obter um resultado final excelente.

Ao seguir a sequência de procedimentos com precisão, incluindo a anamnese, o planejamento e a aplicação adequada do sistema adesivo, o profissional garante não apenas resultados satisfatórios, mas também previsibilidade, segurança e conforto para o paciente.

REFERÊNCIAS

- AHMED, K. E. & MURBA, Y. S. **Taxas de sobrevivência de compostos anteriores no gerenciamento do desgaste dentário: revisão sistemática.** *Jornal Oral Rehabi*, v. 43, n. 2, p. 145-53, fev. / out. 2016.
- ALVES, N. V. et al. **Reabilitação estética e funcional do sorriso: revisão de literatura.** *Revista Interfaces: saúde, humanas e tecnologia*, v. 3, n. 9, p. 25-30, 2015. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/226>. Acesso em: 8 jun. 2023.
- ARANHA, A. C. C., MITSUI, F. H. O. & MARCHI, G. M. **Facetas diretas em resina composta pós-microabrasão: relato de caso clínico.** *Jornal Brasileiro de Dentística & Estética*, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 72-78, jan./mar. 2003. Disponível em: <https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/10/Facetas-Diretas-em-Resina-Composta-Posmicroabrasao-%E2%80%93-Relato-de-Caso-Clinico.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2023.
- ARINELLI, A. M. D. et al. **Sistemas adesivos atuais.** *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 73, n. 3, p. 242, 2016.
- BÓRIO, J. A., DEL SANTO, M. & JACOB, H. B. **Odontologia Digital Contemporânea: Scanners Intraorais Digitais.** *Orthod. Sci. Pract.*, v. 10, n. 39, p. 355-362, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868295>. Acesso em: 8 jun. 2023.
- CARDOSO, T, T, B. et al. **As principais falhas na execução de facetas em resina composta em dentes anteriores.** *Revista Cathedral*, 5(3), 75-86. 2023.
- CRINS, L. A. M. J. et al. **Randomized controlled trial on the performance of direct and indirect composite restorations in patients with severe tooth wear.** *Dental Materials*, v. 37, n. 11, p. 1645-1654, 2021.
- DE SOUSA, M. M. et al. **Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso clínico.** *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 24, n. 68, dez. / abr. 2015. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/920>. Acesso em: 8 jun. 2023.
- DIAS, Jhenyffer Adriane de Sá Farias Enéas. **Comparação entre facetas de resina e laminados cerâmicos: revisão de literatura.** 2022. 14f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Faculdade de Odontologia, 2022.
- FILHO, H. N. et al. **Sistemas adesivos – classificação.** *Full dentistry in science*, v. 5, n. 20, p. 641-646, jul. 2014.
- GOMES, G. & PERDIGÃO, J. **Prefabricated composite resin veneers: a clinical review.** *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, v. 26, n. 5, p. 302-313, set. / out. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24942614/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

GOUVEIA, T. H. N. et al. **Reabilitação estética do sorriso de dentes anteriores por tratamento com materiais restauradores biomiméticos: relato de caso.** Clin Cosmet Investig Dent., v. 11, n. 9, p. 27-31, mai. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28652816/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

GOUVEIA, C. G. et al. **Facetas diretas de resina composta em dentes anteriores: relato de caso.** Clínica e Pesquisa em Odontologia, UNITAU, v. 9, n. 1, p. 44-50, 2018.

GUERRA, M. L. R. S., VENÂNCIO, G. N. & AUGUSTO, C. R. **Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso.** Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, v. 27, n. 1, p. 63-68, 2017.

GURREA, J. & BRUGUERA, A. **Wax-up and mock-up. A guide for anterior periodontal and restorative treatments.** International Journal of Esthet Dent., v. 9, n. 2, p. 146-162, 2014.

HIGASHI, Cristian. et al. **Planejamento estético em dentes anteriores. In: Odontologia Estética: planejamento e técnica,** 2014.

KORKUT, B. **Smile makeover with direct composite veneers: A two-year follow-up report.** Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects, v. 12, n. 2, p. 146-151, jun. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076883/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

LOPES, M. C. et al. **Técnicas e confecções de facetas diretas em resina compostas.** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 9(10), 2418-2430, 2023.

MARIN, F. & HONORATO, J. R. **Faceta De Porcelana: indicações e contraindicações.** 2017. 20f. Monografia (Graduação em Odontologia) – São Lucas. Centro Universitário. Porto Velho – RO, 2017.

MIRANDA, R. R. et al. **Tratamento odontológico integrado com ênfase em estética: relato de caso.** Revista Odontológica do Brasil Central, v. 25, n. 74, p. 162-169, 2016.

OLIVEIRA, A. S. et al. **Mascaramento de dentes escurecidos utilizando restaurações diretas: relato de caso.** Revista Diálogos Acadêmicos, Fortaleza, v. 8, n. 2, 2019.

POLIDO, W. D. **Moldagens digitais e manuseio de modelos digitais: o futuro da Odontologia.** Dental Press Journal of Orthodontics, v. 15, n. 5, p. 18-22, set. / out. 2010.

POTTMAIER, L. F. et al. **Recontorno dental e fechamento de diastemas com resina composta: relato de caso.** Clínica: International Journal of Brazilian Dentistry, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 288-295, jul. / set. 2017.

QUEIROZ, M. C. B. A. **Faceta direta como opção para restauração de dente**

anterior escurecido - Abordagem técnica. 2015. 8p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia), 2015.

REIS, G. R. et al. Mock-up: **Previsibilidade e facilitador das restaurações estéticas em resina composta**. Revista Odontológica do Brasil Central, v. 27, n. 81, p. 105-111, 2018.

SADOWSKY, S. J. **Uma visão geral das considerações sobre o tratamento das restaurações estéticas: uma revisão da literatura**. Revista de prótese dentária, v. 96, n. 6, p. 433-442, 2006.

SATO, T. et al. **Morphological evaluation of the adhesive/enamel interfaces of two-step self-etching adhesives and multimode one-bottle self-etching adhesives**. J Adhes Dent, v. 18, n. 3, p. 223-9, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27200432/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

SAVARIS, D. et al. **Lentes de contato: harmonização e estética com preparos conservadores**. Journal Of Research In Dentistry, v. 6, n. 4, p. 91-97, jul. 2018.

SHITSUKA, C., SHITSUKA, R. & CORRÊA, M. S. N. P. **Rugosidade superficial das resinas compostas: estética e longevidade clínica**. Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, v. 19, n. 2, 2014. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/3619>. Acesso em: 18 jun. 2023.

SILVA, Adriana Gomes da. **Facetas dentais direta e indireta longevidade e resistência: revisão de literatura**. 2020. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia), Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Bahia, 2020.

SILVA, S. N. da., SILVA, E. G. B. da. & YAMASHITA, R. K. **Facetas de resina composta com mínimo desgaste. JNT- Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 35, p. 436-448, 2022. Disponível em: <https://jnt1.websiteseguro.com>. Acesso em: 01 mai. 2022.

SOARES, I. S. et al. **Técnicas e indicações para a realização das facetas em resina composta direta: uma revisão integrativa da literatura**. Research, Society and Development, 12(6), e3312641962-e3312641962, 2023.

VIEIRA, J. et al. **Influência da técnica de inserção da resina composta odontológica na lisura superficial da restauração**. Rev Odontol Bras Central, Paraíba, v. 26, n. 79, p. 52-56, 2017.

WAHBI, M. A. et al. **Minimally invasive use of coloured composite resin in aesthetic restoration of periodontially involved teeth: case report**. Saudi Dent J., v. 25, n. 2, p. 83-89, abr. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23960560/>. Acesso em: 18 jun. 2023.