

UNIVERSIDADE TIRADENTES  
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FACETA DIRETA COMO OPÇÃO PARA RESTAURAÇÃO DE DENTE  
ANTERIOR ESCURECIDO-ABORDAGEM TÉCNICA**

Ac. Maria do Céu Barreto Andrade Queiroz

ARACAJU/SE  
JUNHO/2015

UNIVERSIDADE TIRADENTES  
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FACETA DIRETA COMO OPÇÃO PARA RESTAURAÇÃO DE DENTE  
ANTERIOR ESCURECIDO-ABORDAGEM TÉCNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Tiradentes  
com parte dos requisitos para obtenção do  
grau de Bacharel em Odontologia.

Ac. Maria do Céu Barreto Andrade Queiroz  
Orientadora: Profa. Dra. Sandra Regina Barretto

ARACAJU/SE  
JUNHO/2015

MARIA DO CÉU BARRETO ANDRADE QUEIROZ

**FACETA DIRETA COMO OPÇÃO PARA RESTAURAÇÃO DE DENTE  
ANTERIOR ESCURECIDO-ABORDAGEM TÉCNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Tiradentes  
com parte dos requisitos para obtenção do  
grau de Bacharel em Odontologia.

APROVADA EM \_\_\_\_/06/2015

BANCA EXAMINADORA

---

SANDRA REGINA BARRETTO  
ORIENTADOR/PRESIDENTE DA BANCA

---

1º EXAMINADOR

---

2º EXAMINADOR

## **ATESTADO**

Eu, Sandra Regina Barreto orientadora da discente Maria do Céu Barreto Andrade Queiroz atesto que o trabalho intitulado: “**FACETA DIRETA COMO OPÇÃO PARA RESTAURAÇÃO DE DENTE ANTERIOR ESCURECIDO-ABORDAGEM TÉCNICA** ” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

**Profa. Dra. Sandra Regina Barretto**

## Epígrafe

*“Encantar pelos olhos, ato simples  
que estética comum realiza  
com a impressão da beleza efêmera  
que ilude pela forma, sem tocar o coração  
cerne impossível de alcançar com a mão  
onde habita invisível a ilusão da alma.”*

*Evan Do Carmo*

## AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me proporcionado sabedoria e discernimento para concluir meus trabalhos com êxito, além de me conceder inúmeras bênçãos e me fortalecer através da Fé em Cristo Jesus.

Ao meu querido pai Djelmar Queiroz, por estar sempre ao meu lado nos momentos bons e mais ainda nos momentos difíceis, sempre me dando todo o suporte necessário para a vida.

À minha querida irmã Maria Agda, por ser tão dedicada e prestativa à minha pessoa, além de sempre me motivar com seu jeito todo especial de ser.

A minha amada avó Sra. Maria do Céu, pelo seu carinho, atenção e dedicação a mim com todo o seu amor incondicional de avó.

Ao meu namorado Breno Barbosa, que me ajudou nos momentos que mais precisei, e continua contribuindo de maneira efetiva para que esse sonho se torne realidade, pois esse é apenas o início das nossas realizações que com certeza terá um final feliz!

Aos meus amigos, que contribuíram de forma direta ou indireta para consecução do meu trabalho, em especial ao meu amigo-irmão Tito Marcel, a quem sempre posso contar com o apoio, independente de qualquer que seja a situação. Aos meus colegas Leila, Neto, Morganna, Dani, Bela, Guinha, Aninha, Vinicius, Cristinne, Camila e Leska que se somaram a mim de forma eficaz durante a jornada do TCC.

Agradeço, em especial, a minha querida orientadora e amiga Dra. Sandra Regina Barretto, que conferiu a mim, total confiança na realização deste trabalho, e por sua competência e vontade de ensinar, disponibilizando seu tempo, dividindo seu conhecimento e confortando-me nas horas de desespero no decorrer dessa longa trajetória.

Aos professores da graduação que me impulsionaram para ser uma aluna dedicada e responsável com a profissão que almejo seguir.

À Universidade Tiradentes e a todos os funcionários desta instituição, pela estrutura disponibilizada para o meu desenvolvimento técnico-científico, proporcionando a oportunidade de ser uma excelente profissional na área da Odontologia.

A todos que não mencionei, mas implicitamente, sintam-se agradecidos por, de alguma forma, ter me ajudado no decorrer desta jornada acadêmica.

Obrigada!

# FACETA DIRETA COMO OPÇÃO PARA RESTAURAÇÃO DE DENTE ANTERIOR ESCURECIDO-ABORDAGEM TÉCNICA

Maria do Céu Barreto Andrade Queiroz<sup>a</sup>, Sandra Regina Barretto<sup>b</sup>

<sup>(a)</sup> *Graduanda em Odontologia - Universidade Tiradentes;* <sup>(b)</sup> *DDS, MSc, PHD. Professora Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes;*

---

## Resumo

A odontologia estética encontra-se em contínuo progresso e tem sido cada vez mais praticada nos últimos anos em virtude dos procedimentos adesivos e do desenvolvimento de materiais restauradores que buscam a reprodução das características naturais das estruturas dentais. Nas diversas possibilidades disponíveis e apresentadas para essa indicação encontram-se às facetas diretas com resina composta, um procedimento rápido, conservador em relação às facetas indiretas e que permite um resultado estético imediato. Essa técnica restauradora se vale do desgaste da face vestibular do dente, especialmente do esmalte dentário e sua posterior substituição por material restaurador capaz de simular a estrutura dental perdida. Como observado para todo o procedimento restaurador a obtenção de resultado satisfatório requer treinamento do profissional e conhecimentos técnicos. Desta forma, o presente trabalho apresenta através de uma revisão de literatura uma explanação sobre os aspectos concernentes à realização de faceta direta com resina composta em dente anterior desvitalizado e escurecido, enfatizando os cuidados para a obtenção de um procedimento satisfatório sob o ponto de vista estético e funcional.

*Palavras-chave:* Estética; facetas diretas; resina composta.

---

## Abstract

The cosmetic dentistry is in continuous progress and has been increasingly practiced in recent years due to the adhesive procedures and the development of restorative materials who seek the reproduction of natural characteristics of the dental structures. In the various possibilities available and presented for this indication are at direct composite resin veneers, a quick procedure, conservative in relation to indirect and facets which allows an immediate esthetic result. This restorative technique if the vestibular tooth side wear, especially dental enamel and its subsequent replacement by restorative material able to simulate the lost tooth structure. As noted for any restorative procedure to obtain satisfactory result requires professional training and technical knowledge. Thus, the present work presents a literature review an explanation on the aspects concerning the realization of direct facet with composite resin in anterior tooth devitalized and darkened, emphasizing the care to obtain a satisfactory procedure under the aesthetic and functional point of view.

*Keywords:* Aesthetic; direct veneers; composite resin.

---

## 1. Introdução

O conceito de estética é altamente subjetivo relacionado a fatores sociais, culturais e psicológicos que se alteram em função do tempo, dos valores de vida e da idade do indivíduo. Desta forma, não se pode estimar o quanto alterações em dentes anteriores podem afetar cada indivíduo de forma definitiva ou generalizada. Mas sabe-se que devido a sua posição no arco, os dentes anteriores exercem um papel fundamental na estética do sorriso e, sendo assim, qualquer alteração pode ser facilmente percebida pelo observador, agindo como um

determinante na avaliação estética do sorriso (SOUZA, 2008).

Devido a isto, a avaliação das expectativas do paciente e o entendimento das possíveis soluções terapêuticas desempenham um papel fundamental no planejamento do tratamento restaurador (CUNHA, 2013).

Um exemplo típico e recorrente são as alterações de cor dos dentes anteriores que acarretam maior impacto estético nos dentes anteriores devido a sua maior visibilidade no momento de sorrir e de se comunicar, especialmente as causadas em decorrência de tratamentos endodônticos ou de traumatismos (alteração de cor intrínseca) (OLIVEIRA;

GOMES; ZAIA; SOUZA; FERRAZ, 2006).

Nos casos de escurecimento dental, o clareamento com peróxidos é a primeira opção de tratamento, por se tratar de uma escolha conservadora e eficiente. No entanto, em alguns casos essa terapêutica não restitui a cor original do dente, necessitando a utilização de outra forma de tratamento, mais invasivo (CARDOSO et al., 2011).

Uma segunda alternativa para reverter a alteração de cor é a confecção de faceta estética direta possível graças ao avanço das técnicas adesivas e das resinas compostas disponíveis (SILVA, 2011).

Por definição, as facetas estéticas são restaurações parciais que objetivam recobrir superfícies vestibulares e proximais dos dentes para melhorar a estética e função. Em determinados casos recobrem também as bordas incisais dos dentes anteriores, superiores e inferiores (SIMÃO JÚNIOR et al., 2011), podendo ainda serem de dois tipos: diretas (realizada pelo próprio cirurgião-dentista) ou indiretas (apresenta etapa laboratorial).

As facetas diretas de resina composta surgiram como alternativa conservadora às facetas indiretas, oferecendo a vantagem de um resultado imediato ao paciente, necessitando normalmente de uma única sessão para sua confecção, a depender da habilidade do profissional e do número de dente envolvidos. Apresentam ainda como vantagem a possibilidade do cirurgião-dentista poder controlar a cor e a forma dos dentes restaurados e, mesmo, fazer ajustes posteriores, caso haja necessidade; além de apresentarem baixo custo em relação à modalidade indireta. Levando-se em consideração a longevidade das facetas, há relatos que as facetas tem uma durabilidade clínica em torno de 10 anos (MEDEIROS et al., 2009).

Apesar de ser um procedimento relativamente simples, o sucesso da confecção da faceta realizada com resina composta está relacionado intimamente à correta indicação e execução clínica de cada etapa. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é apresentar uma revisão de literatura que trata dos aspectos relevantes relacionados ao protocolo

clínico de confecção de faceta direta em resina composta em dentes com escurecimento dental a fim de se obter sucesso no procedimento.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1 Facetas diretas e suas indicações

A utilização das facetas para modificação da estética do sorriso não é um recurso atual, já na década de 30, Charles Pincus cimentava laminados de porcelana nos dentes anteriores, através da aplicação de pó adesivo para dentaduras em atores de Hollywood durante as filmagens. O inconveniente da técnica era o tempo curto de duração dessas facetas devido à falta de um sistema adesivo capaz de agrupá-las de forma definitiva à estrutura dentária (BISPO, 2009). Com o aparecimento da técnica do condicionamento ácido do esmalte e mesmo da porcelana, bem como, do avanço dos sistemas adesivos, proporcionaram o uso mais eficaz das facetas estéticas, com consequente aumento da sua longevidade (BISPO, 2009; SOUZA, 2008).

Apesar da progressão das cerâmicas e da perspectiva de adesão à estrutura dentária, permanecia a grande desvantagem associado à técnica, ou seja, o seu alto custo. O problema começou a ser solucionado com o advento e melhoria das resinas compostas, principalmente as fotopolimerizáveis, que permitiram a confecção de facetas estéticas diretamente sobre a superfície vestibular do dente, de forma mais rápida, com maior preservação da estrutura dentária e com menor custo para o paciente (BISPO, 2009).

Silva e Chimeli (2011) enfatizaram o fato de que a confecção de facetas estéticas com resina composta pela técnica direta depende exclusivamente da capacidade artística e manual do profissional, sendo assim, é essencial que o mesmo possua o conhecimento sobre as propriedades ópticas dos materiais restauradores estéticos na indicação da cor e translucidez do material a fim de alcançar características ópticas ideais.



O cuidado com a indicação correta é outro ponto essencial para o sucesso das facetas com resina composta. Uma das indicações para os casos de facetas diretas está relacionada aos casos de dentes com escurecimento dental que foram submetidos ao clareamento sem obtenção de sucesso ou mesmo com recidiva do escurecimento (KORKUT et al., 2013). Algumas vezes os casos de dentes desvitalizados que não respondem bem às técnicas clareadoras podem estar relacionadas ao longo período do escurecimento ou mesmo da existência de calcificação distrófica que dentre outras consequências, pode levar a obliteração dos túbulos dentinários dificultando assim a ação do agente clareador (BANDÉCA et al., 2010).

Deve-se destacar que o restabelecimento estético de dentes com alteração de cor representa um grande desafio aos cirurgiões-dentistas, em particular no que se refere ao prognóstico do tratamento executado. Embora, quando comparado às técnicas restauradoras, o clareamento representa uma ótima opção em consequência dos resultados satisfatórios e preservação das estruturas dentais, nem sempre esta técnica é bem sucedida. Alguns dentes podem, com o tempo, voltar a manifestar a alteração de cor, ou até mesmo não produz nenhum resultado (CARDOSO et al., 2011; BANDÉCA et al., 2010), e deste modo, a confecção da faceta direta configura-se como sendo uma opção mais conservadora especialmente quando envolve um único dente (KORKUT et al., 2013).

Contudo, nos casos onde há necessidade de efetuar esse tipo de procedimento em várias unidades dentais, a técnica apresenta limitações, especialmente, pela dificuldade de padronização no que diz respeito à harmonia de cor. Sendo assim, nesses casos a confecção de facetas indiretas apresenta-se como opção mais viável pelo fato de poder ser obtido um resultado mais harmonioso em termos de cor, textura e forma, contudo o alto custo do procedimento indireto, por vezes, dificulta a sua realização (CHRISTOPHER et al., 2011).

## 2.2 Características do preparo para facetas diretas para dentes escurecidos

Um dos aspectos que devem ser considerados para o planejamento dos preparos para faceta envolve o grau de escurecimento da unidade a ser restaurada (SILVA, 2005). Deve-se considerar que o preparo deverá incluir esmalte e dentina a fim de permitir a utilização de diferentes camadas de material restaurador e mesmo de opacificadores objetivando mascarar a área pigmentada (CARDOSO et al., 2011).

A utilização de uma sequencia protocolar para a realização do preparo das facetas auxilia na obtenção de estética adequada no procedimento restaurador final. A confecção de guias de silicone pode ajudar nessa etapa, devendo ser confeccionadas anteriormente ao procedimento, tomando-se por base o próprio dente quando este mantém forma e tamanho adequados ou através de modelos de estudos encerados (SILVA, 2005). Podem ser realizadas duas guias com cortes diferentes: uma cortada no sentido longitudinal, que servirá como referência para os desgastes nos diferentes terços do dente; e outra no sentido transversal, que permitirá referência do desgaste no sentido mesio-distal, além da visualização do desgaste cervical numa visão incisal (BARATIERI et al., 2011).

Os desgastes da face vestibular deverá ter início pela realização de uma canaleta cervical executada com pontas diamantadas esféricas com tamanho adequado para o procedimento e dente a ser restaurado. O próximo passo será relacionado ao desgaste da face vestibular propriamente dita que tem como característica a observância da inclinação dos terços da face em questão: cervical, médio e incisal, esse último sempre que possível deverá ser mantido íntegro (SILVA, 2005). A execução dessa etapa deverá ser realizada com pontas diamantadas trônco-cônicas de extremo arredondado: Ø2135 (para dentes com pouco escurecimento ou com menor volume dental) ou a Ø4138 (para preparos mais tradicionais ou em dentes com maior grau de escurecimento que exijam maior quantidade de desgaste) (HIRATA, 2011).

A profundidade do desgaste está relacionado ao grau de escurecimento do dente, podendo variar de 0,7 mm, para os casos de dentes com escurecimento moderado; ou pode variar de 1,0 mm a 1,2 mm nos casos de dentes com escurecimento severo (CUNHA, 2013; SILVA, 2005).

Outro cuidado que deve ser levado em consideração nos facetamentos diretos em dentes escurecidos é a extensão cervical ligeiramente subgingival, que tem a finalidade de esconder a interface dente/restauração, bem como mascarar qualquer diferença de cor que possa existir entre dente e material restaurador nessa região (SILVA, 2011). Deve-se levar em consideração na decisão de estender o término cervical do preparo a altura do sorriso do paciente. Pacientes com sorriso alto devem obrigatoriamente realizar a extensão cervical independente da unidade dentária está ou não escurecida a fim de mascarar a interface dente/restauração (SOUZA, 2008). Essa etapa deverá ser realizada juntamente com a etapa de refinamento do preparo vestibular, através do uso de pontas diamantadas de granulação fina e extrafina (SILVA, 2011).

Para a realização dessa etapa do preparo um recurso importante é a utilização de fio retrator com calibre compatível com a área a ser restaurada. O objetivo é basicamente o afastamento mecânico e a proteção do espaço biológico durante o preparo da área minimizando os riscos de sobre extensão sulcular do preparo (SOUZA, 2008).

Durante a etapa de refinamento do preparo é feita também a extensão em direção aos dentes adjacentes e aos contatos proximais, objetivando a área de visibilidade dinâmica que deverá permitir que os termos nessa área não permaneça visíveis independente da direção da observação (SILVA, 2011). Essa etapa é realizada com as mesmas pontas utilizadas na fase de refinamento do preparo.

### 2.3 Restauração da área preparada para faceta direta em dente escurecido

Os cuidados iniciais para a restauração das facetas devem incluir a

realização de isolamento relativo ou isolamento absoluto modificado. Deve-se ter a atenção para substituir o fio retrator, uma vez que, o fio utilizado inicialmente durante as fases do preparo já devem se encontrar danificado (BARATIERI, et al, 2011).

A seleção do compósito é de extrema importância para o sucesso do procedimento restaurador. Irgang, (2012) e Cardoso et al., (2011) afirmaram que o avanço das resinas e das propriedades adesivas dos materiais possibilitam a confecção de restaurações com longevidade clínica.

Caracteristicamente, dois tipos de resina compostas eram sugeridas para a realização das facetas: as micro-híbridas e as microparticuladas. As primeiras pela sua resistência eram recomendadas nos casos de necessidade de alongamentos dentais ou de restabelecimento da região palatina. As microparticuladas por possuírem lisura superficial já tinham recomendação para substituírem o esmalte vestibular, uma vez que a quantidade de carga não permitia a utilização em áreas de grande estresse mastigatório (GRESNIGT, 2012; IRGANG, 2012). Hoje, já ocorre outro grupo de resinas, as nanopartículas ou nanohíbridas, similar em resistência às micro-híbridas antigas e com polimento superficial semelhante às microparticuladas que permite que as facetas sejam confeccionadas basicamente com uma única categoria de material (SILVA, 2005).

O que diferencia na confecção das facetas com os compósitos modernos é exatamente, a quantidade de camadas de resinas com características ópticas diferentes para simular as características do esmalte e da dentina, considerando a técnica estratificada de construção de restaurações (CARDOSO et al., 2011; SILVA e CHIMELI, 2011).

Deve-se lembrar que nem sempre há necessidade da aplicação de diversas camadas de material restaurador para a realização de facetas com resina composta. O que irá definir o uso de uma ou mais camadas de compósitos é exatamente, o grau de comprometimento da coroa seja por alteração de cor ou por defeito na estrutura dental (CUNHA,

2013). Quagliatto (2012) defende que em casos descomplicados de facetas de resina composta executada em dentes sem alteração de cor é suficiente apenas a utilização de resinas translúcidas para copiar o esmalte dental.

Nos casos de escurecimentos excessivos na coroa dental, às vezes há necessidade da aplicação de opacificadores, resinas com alto valor com capacidade de mascarar o manchamento existente na estrutura dental. A escolha pelo opacificador apropriado irá depender do grau de escurecimento considerado ou da característica que se pretende similar no dente como áreas de hipocalcificações com corante branco (CARDOSO et al., 2011). Ressalte-se que o uso de opacificadores em casos de dentes escurecidos não é obrigatório, sendo assim, em casos de escurecimento discreto o mascaramento da área escurecida poderá ser conseguida somente com a utilização de resinas com baixa translucidez indicadas para a restauração de dentina (BANDÉCA et al., 2010).

Algumas vezes, durante a elaboração do caso clínico há necessidade de aumentar ou diminuir o tamanho dos dentes. Quando isso ocorre pode-se fazer emprego da avaliação estética do sorriso verificando-se parâmetros como: forma da face, tipo de sorriso, tipo de lábio, contorno gengival, papilas interdentais, curvatura incisal, linha média dentária, alinhamento dental, inclinação axial, proporção entre os dentes, dentre outros (GARCÍA et al., 2009). O recurso do enceramento diagnóstico, também é uma opção, servindo como base para a confecção de guias de silicone que servirão para guiar ora a realização de desgaste apropriado do dente, ora para fornecer uma referência adequada de tamanho e forma para a restauração da borda incisal que auxiliará sobremaneira as etapas da realização do procedimento.

A inserção das resinas selecionadas para o caso deverá seguir o ensaio restaurador realizado, a fim de garantir resultado compatível com o planejamento inicial (SILVA, 2005). A utilização de instrumentos adequados, como espátulas para restaurações com compósitos, além de pincéis e outros recursos do gênero,

auxiliam sobremaneira a realização dessa etapa.

A sequência inclui inicialmente a utilização de resinas de baixa translucidez que deverá ser inserida sobre o opacificador (quando a utilização deste se fizer necessário), que deverá se estender do terço cervical ao terço médio do dente. O compósito seguinte deverá ser caracteristicamente menos saturados devendo se sobrepor ligeiramente sobre o primeiro no terço médio seguindo e estender-se para incisal. A inserção dessas camadas de compósitos deverão ser minuciosamente proporcionadas, a fim de garantir espaço suficiente para a inserção da resina selecionada para esmalte dentário (CUNHA, 2013). No terço incisal poderão ser utilizadas resinas de alta translucidez e de efeito e, mesmo, de pigmentos, previamente selecionadas para garantir a estética natural da região (SILVA, 2011). No final, a resina selecionada para esmalte, de alta translucidez, deverá ser inserida de maneira a se sobrepor as demais e respeitando as diferentes espessuras de esmalte associadas às diferentes inclinações do dente (CARDOSO et al., 2011).

#### 2.4 Acabamento e polimento das facetas diretas

Antes de iniciar as etapas de acabamento da faceta, deve-se ter o cuidado de observar atentamente os detalhes conseguidos com a inserção dos compósitos. É preferível nessa fase algum excesso de material restaurador, do que a falta desse. No caso de falta deverão ser realizados os devidos acréscimos, garantindo o correto volume de restauração, para então iniciar o acabamento propriamente dito (CUNHA, 2013).

O passo seguinte refere-se ao acabamento e polimento das facetas, onde deverá ser feita a remoção dos excessos do material restaurador e a promoção da lisura superficial. Ressalta-se que o tipo de compósito a qual tem uma lisura superficial menor, leva a uma variação na técnica de acabamento e polimento.

De modo geral, o acabamento das facetas deverá inicialmente ser realizado com discos de lixa ou borrachas abrasivas de granulação média-alta, porém, seguindo os conceitos estéticos de anatomia e harmonização dental. Essa fase pode ser separada em três etapas, como descritas a seguir (FAHL, DENEHY, JAKSON, 2005):

A primeira diz respeito à definição dos terços: cervical, médio e incisal, devendo ter o cuidado de retratar um contorno cervico-incisal com tendência convexa, tomando-se o cuidado especial com o terço incisal que deverá permanecer levemente inclinado para face palatina, evitando-se uma borda incisal muito grossa.

Na segunda etapa são definidos os ângulos de reflexão: a região que determina a área plana vestibular (área de reflexão de luz) das áreas de sombra nas regiões proximais. Esses aspectos estão relacionados diretamente com a largura/altura aparente do dente. Se este ângulo estiver localizado mais perto das proximais do dente, por exemplo, a região de sombra será diminuída e a área plana vestibular aumentada no sentido mesio-distal, deixando o dente com uma aparência mais larga. O efeito contrário ocorre se esse ângulo estiver localizado mais para o centro do dente (CALIXTO, 2012).

A terceira e última etapa refere-se aos ângulos e borda incisal e sendo de extrema importância, uma vez que, a inclinação dos ângulos incisais: mesial e distal, influencia diretamente no aspecto da anatomia dental. Esse grau de curvatura pode ser analisado de acordo com o padrão dental do paciente, sendo a curvatura do ângulo mesial mais vivo (ou perceptível) que a do ângulo distal. Além disso, deve-se sempre ter o cuidado de conferir a existência de coincidência da altura da borda incisal dos centrais, além da altura dos incisivos laterais que deverá apresentar altura menor do que a verificada nos incisivos centrais (em média de 1 a 2 mm) (FAHL, DENEHY, JAKSON, 2005).

Finalizadas essas etapas, o próximo passo deverá ser a que tem como objetivo a confecção e de caracterizações

superficiais e mesmo a confecção de pequenos acidentes anatômicos na face vestibular, visando uma maior naturalidade da restauração, para posterior polimento final. Essa etapa deverá ser iniciada pela texturização vertical e horizontal. As linhas horizontais podem ser realizadas com pontas diamantadas de granulação fina. Já as depressões verticais localizadas no terço médio-incisal da vestibular de alguns pacientes, podem ser realizadas com pontas diamantadas ou com brocas 12 lâminas.

Segue-se então para o polimento final realizado com borracha abrasiva ou disco de lixa de granulações fina ou extra fina, que podem ser complementados com escovas de carvão de silício ou disco de feltro associado a uma pasta de polimento (FRADEANI, 2006).

Deve-se frisar que as etapas de acabamento e polimento devem ser realizados com esmero técnico, a fim de prolongar a longevidade do procedimento, proporciona um excelente resultado estético final, através da execução de um protocolo baseado em princípios de estética e harmonia dental (CALIXTO, 2012).

### 3. Considerações finais

A faceta direta com resina composta é uma opção de baixo custo, viável para a resolução estética imediata em dentes anteriores com alteração de cor. Além disso, devido o desenvolvimento de novos materiais para uso direto, é possível restabelecer a estética dental de modo simplificado. Contudo, faz-se necessário que o profissional esteja habilitado, através de treinamento adequado a respeito das etapas inerentes ao procedimento, bem como tenha conhecimento em relação aos materiais, a fim de conseguir resultados estéticos naturais, associando função e estética.

### Referências

BARATIERI, L.N., MONTEIRO Jr. S., MELO, T.S.de, e Col. Faceta direta com compósitos: técnica de reconstrução à mão livre. Cap. 14. In: \_\_\_\_\_

- Odontologia Restauradora: Fundamentos & Técnicas.** 1ª ed. São Paulo-Editora Santos, p. 285-319, 2011. 431 pgs.
- BANDÉCA, M.C., CALIXTO, L.R., PINTO, S.C.S., CLAVIJO, V.R.G., TONETTO, M.R., OLIVEIRA JUNIOR, O.B., SAAD, J.R.C. Clareamento e restauração adesiva direta para correção de desarmonias estéticas. **International Journal of Brazilian Dentistry**, v.6, n.3, p.324-334, jul./set., 2010.
- BISPO, L.B. Facetas estéticas: status da arte. **Revista Dentística on line**, v.8, n.18, p.11-14, jan./mar., 2009.
- CALIXTO, R. **Protocolo de Acabamento e Polimento em Facetas Diretas.** [2012]. Seção artigos. Disponível em: <<http://www.rafaelcalixto.com.br/admin/wp-content/uploads/2012/04/Dicas.pdf>> Acesso em: 22/03/2015.
- CARDOSO, P.C., DECURCIO, R.A., PACHECO, A.F.R., MONTEIRO, L.J.E., FERREIRA, M.G., LIMA, P.L.A., SILVA, R.F. Facetas diretas de resina composta e clareamento dental: Estratégias para dentes escurecidos. **Rev Odontol Bras Central**, v.20, n.55, p.341-347, 2011.
- CHRISTOPHER, H., GROBLER, B. Porcelain Veneers: Treatment Guidelines for optimal aesthetics. **Australasian Dental Practice**, v.21, n.3, p. 154-164, mar./apr. 2011.
- CUNHA, A.R.F.M.D. **Facetas de Porcelana VS Facetas de Resina Composta.** Porto, 2013. 80p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentaria). Universidade Fernando Pessoa.
- CONCEIÇÃO, E.N. **Restaurações estéticas.** Porto Alegre: Artmed, p.308, 2005.
- FAHL, JR.N., DENEHY, G.E., JAKSON, R.D. Protocol for predictable restoration of anterior teeth with composite resins. **Pract Periodontics Aesthet Dent**, v.8, n.7, p.13-21, 2005.
- FREDEANI, M. **Análise Estética: uma Abordagem Sistemática para o Tratamento Protético.** Vol 1. São Paulo: Quintessence Editora Ltda., 2006. 351pgs.
- GARCÍA, E.J., ANDRADE, T.M., GOMES, O.M.M., GOMES, J.C. Clínica de aplicação dos parâmetros estéticos em odontologia restauradora. **Acta Odontológica Venezuelana**, v.47, n.2, p.1-8, 2009.
- GARGARI, M., CERUSO, F.M., PUJIA, A., PRETE, V. Restoration of anterior teeth using an indirect composite technique. Case report. **ORAL & Implantology**, v.6, n.4, p.99-102, apr., 2013.
- GHILARDI, M.A. **Facetas de Porcelana.** Florianópolis, SC, 2007. 60p. Monografia (Especialização em Dentística). Universidade Federal de Santa Catarina.
- GRESNIGT, M.M.M., KALK, W., OZCAN, M. Randomized controlled split-mouth clinical trial of direct laminate veneers with two micro-hybrid resin composites. **Journal of Dentistry**, v.40, n.9, p.766-775, may/sept., 2012.
- HIRATA, R. Restaurações estéticas e transformações em dentes anteriores: como estratificar em casos de facetas em dentes escurecidos? Cap. 3. In: \_\_\_\_\_ **TIPS: Dicas em Odontologia Estética.** 1ª ed. São Paulo-Editora Artes Médicas, p.370-385, 2011. 575pgs.

- IRGANG, L. **Avaliação clínica retrospectiva de restaurações de resina composta do tipo facetas diretas realizadas na Faculdade de Odontologia da UFRGS.** Porto Alegre, RGS, 2012. 33p. Monografia (Graduação em Odontologia). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- KORKUT, B., YANIKOGLU, F., GUNDAY, M. Direct composite laminate veneers: three case reports. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, v.7, n.2, p.105-111, may, 2013.
- LESAGE, B. Direct composite resin layering techniques for cresting lifelike CAD/CAM - Fabricated composite resin veneers and crowns. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v.112, n.1, p.5-8, jan/jul., 2014.
- MEDEIROS, C.R., BERNAL, C.C., DA SILVA, R.B. Rehabilitación estética por medio de facetas directas - presentación de casos clínicos. **Acta Odontológica Venezolana**, v.47, n.2, p.1-14, 2009.
- OLIVEIRA, D.P., GOMES, B.P., ZAIA, A.A., SOUZA, F.J., FERRAZ, C.C. In vitro assessment of a gel base containing 2% chlorhexidine as a sodium perborate's vehicle for intracoronal bleaching of discolored teeth. **J Endod.** v.7, n.32, p.672-4, jul., 2006.
- QUAGLIATTO, P.S., SOARES, P.V., CALIXTO, L.R. Restaurações Estéticas Diretas em Dentes Anteriores. In: **Estética Odontológica- Soluções clínicas.** Editora Napoleão, primeira edição, 2012.
- RINKE, S., LANGE, K., ZIEBOLZ, D. Retrospective study of extensive heat-pressed ceramic veneers after 36 months. **Journal of Eshetic and Restorative Dentistry**, v.25, n.1, p.42-52, february, 2013.
- SILVA, C.C.M. **Faceta de resina composta como alternativa estética em dente com alteração de forma pela presença de cúspide talão: Relato de caso.** Porto Alegre, RGS, 2011. 30p. Monografia (Especialização em Dentística). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- SILVA, S.B. **Facetas diretas de resina composta versus facetas indiretas em porcelana.** Florianópolis, SC, 2005. 31p. Monografia (Especialização em Dentística Restauradora). Escola de Aperfeiçoamento Profissional, ABO-SC.
- SILVA, W., CHIMELI, T. Transformando sorrisos com facetas diretas e indiretas. **Revista Dentística on line**, v.10, n.21, p.41-43, abr./jun., 2011.
- SIMÃO JÚNIOR, B.S., BARROS, C.C.P. Reabilitação Estética com Faceta Indireta em Porcelana, **Revista Odontológica do Planalto Central**, v.2, n.1, p.9-15, jan./jul., 2011.
- SOUZA, V.L. **Laminados cerâmicos em área estética.** Rio de Janeiro, RJ, 2008. 63p. Monografia (Especialização em Prótese Dentária). Clínica Integrada de Odontologia, Ciodonto.