

REANATOMIZAÇÃO E FACETAS DIRETAS EM DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO

Amanda Lanielle dos Anjos silva^a, Geissy Erley Dória de Souza^b, Carolina Menezes Maciel^c

^(a)Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(b) Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(c) Professora Mestre Adjunta do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

RESUMO: A presença de diastemas na região de incisivos centrais e laterais, assim como o formato não satisfatório das unidades dentárias presentes na linha do sorriso, são considerados fatores antiestéticos. O avanço da qualidade das resinas compostas permite que os problemas estéticos sejam resolvidos de forma satisfatória em tratamentos mais rápidos e com custo mais acessível. Este trabalho descreve um caso clínico, no qual foi utilizada a técnica de facetas diretas com resina composta, como alternativa para tratamento restaurador e de reanatomização. A resolução estética deste caso baseou-se no emprego do clareamento dental, por meio do Peróxido de Hidrogênio 35%, reanatomização das unidades dentárias ântero-superiores-inferiores e fechamento de diastemas. Baseando-se nos princípios conservadores da Odontologia moderna, aplicando-se a técnica restauradora com embasamento no conhecimento da proporção áurea e das propriedades físicas e ópticas dos materiais restauradores diretos, devolveu-se função e um resultado estético satisfatório para harmonia do sorriso e plena satisfação do paciente.

Palavras Chaves: Clareamento Dental; Resinas Compostas; Facetas Dentárias.

Abstract: The presence of diastema in the region of central and lateral incisors, as well as the unsatisfactory shape of dental units present in the smile line, are considered unsightly factors. Advancing the quality of composite resins allows aesthetic problems to be satisfactorily resolved in faster and more affordable treatments. This paper describes a clinical case in which the direct facet technique with composite resin was used as an alternative for restorative and reanatomization treatment. The aesthetic resolution of this case was based on the use of tooth whitening, using 35% Hydrogen Peroxide, reanatomization of the anterior-superior-inferior dental units and diastema closure. Based on the conservative principles of modern dentistry, applying the restorative technique based on the knowledge of golden ratio and the physical and optical properties of direct restorative materials, a function and a satisfactory aesthetic result were restored for smile harmony and full satisfaction of the patient.

Keywords: Tooth Bleaching; Composite Resins; Dental Veneers.

1. INTRODUÇÃO

Apesar de muito subjetivo, a busca pelo sorriso “perfeito” fez a odontologia estética avançar nos últimos anos. Antes de iniciar o tratamento restaurador estético é necessário avaliar quais as reais necessidades e expectativas do paciente, para que o resultado seja o mais positivo possível (MACHADO et al., 2016; GUERRA M; VENÂNCIO G; AUGUSTO C., 2017). Há poucos anos, os tratamentos estéticos eram realizados à custa de grande desgaste de estrutura dentária. As coroas totais eram preferidas relativamente às facetas cerâmicas e restaurações em

resina composta. Com a evolução da medicina dentária, surgiram novas técnicas e materiais, favorecendo uma abordagem mais conservadora nos procedimentos estéticos diretos e indiretos (JUNIOR et al., 2012).

Em dentes anteriores, a necessidade de restaurações que envolvem a face vestibular, seja pela troca de amplas restaurações insatisfatórias ou por defeito na anatomia e coloração dentária, existe a possibilidade de realizar restaurações do tipo facetas. As técnicas diferenciam-se pelos principais materiais restauradores

aplicados: cerâmica ou resina composta (CUNHA, 2013). A indicação do material restaurador depende da avaliação por parte do profissional, que deve avaliar a situação clínica e definir o tratamento que julgar mais adequado para o caso. As facetas estéticas são restaurações que recobrem as superfícies vestibulares, proximais, e por vezes, a superfícies incisais, de dentes superiores e inferiores (BISPO, 2009). Para preservação da estrutura dentária remanescente, as facetas estéticas tornaram-se uma solução mais conservadora. Restituem diferenças de cor, forma, posição, textura, entre outras (BISPO, 2009).

Uma das principais preocupações dos profissionais de odontologia é proporcionar as características naturais dos dentes nos procedimentos restauradores. A qualidade final da restauração depende de vários fatores, desde a correta seleção de cor até o mascaramento do término da restauração (VALENTE et al., 2014). De acordo com Ferreira (2013), para que um resultado final estético seja obtido através de restaurações diretas com resina composta são necessários diversos passos como a seleção do material adequado, seleção da cor, eficaz

isolamento do campo operatório, preparação dentária adequada, colocação de compósito de acordo com as diferentes áreas policromáticas do dente, além dos procedimentos que conferem um aspecto de naturalidade ao dente.

Apesar de o material restaurador cerâmico ser a preferência para os tratamentos restauradores estéticos, por serem mais resistentes à fratura e proporcionarem estabilidade da cor, as facetas de resina composta possibilitam reparação da restauração e preparação menos agressiva ao dente (CUNHA, 2013; GUERRA M; VENÂNCIO G; AUGUSTO C., 2017). Além disso, as facetas diretas podem ser realizadas em sessão única, pois não requerem moldagens e confecção de provisório, dispensando as etapas laboratoriais, conseqüentemente proporcionando ao paciente um menor custo de tratamento (KORKUT B; YANIKOGLU F; GUNDAY M., 2013, CUNHA; 2013, MACHADO, et al., 2016). O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico de facetamento estético direto com resina composta como alternativa de reanatomização e tratamento restaurador estético para dentes anteriores.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Evolução das resinas compostas

O desenvolvimento das resinas compostas ocorreu devido à busca por materiais que trouxessem um aspecto natural à estrutura dentária. Por causa da evolução destes materiais, a diversidade de cores e classificações proporcionou a utilização das resinas compostas em diferentes situações clínicas (JUNIOR et al., 2011). As mudanças atuais, mais focadas na matriz polimérica do material, proporcionaram uma redução na contração de polimerização e diminuição do índice de tensão de polimerização (FERRACANE, 2011, HAN et al., 2013), relacionados,

principalmente, com o tamanho das partículas de carga. De acordo com os tamanhos das partículas de carga as resinas compostas podem ser classificadas em: Macroparticuladas, Microparticuladas, Híbridas, Microhíbridas, Nanoparticuladas e Nanohíbridas (MACHADO et al., 2016).

As Macroparticuladas apresentam desvantagens no que se refere à dificuldade de manutenção da lisura superficial ao longo do tempo. Por isso que foram introduzidas no mercado resinas com partículas de carga menores (FERNANDES et al., 2014). As resinas microparticuladas, por exemplo, são extremamente fáceis de polir, possuem brilho e lisura superficial elevados, porém o processo de fabricação não permite a incorporação direta de um

grande volume de carga ao material. Para contornar essa limitação, os fabricantes adicionaram grandes aglomerados, compostos por elevada densidade de micropartículas, gerando alta capacidade de polimento, ótimas características de manipulação e boas propriedades mecânicas, que foram as resinas híbridas (SHITSUKA, C; SHITSUKA, R; CORREA, M., 2014). As resinas compostas Híbridas, com melhor incorporação de partículas de carga à matriz orgânica, resultaram em um material que combina boas propriedades físico-mecânicas e lisura superficial aceitável (JUNIOR et al., 2011).

As resinas micro-híbridas surgiram da junção das microparticuladas com as híbridas. Material conhecido como compósito de uso universal, possuem propriedades físico-mecânicas excelentes. Em seguida, foram lançadas as resinas nanoparticuladas, que em comparação com as microparticuladas, possuem adição de um maior volume de carga a matriz, possibilitando a combinação de boas propriedades físico-mecânicas e bom polimento, visto que as partículas são extremamente pequenas (FERNANDES et al., 2014). Muito semelhantes às microhíbridas são as nanohíbridas. Funcionam como uma mistura de micropartículas e nanopartículas. Estas resinas contêm partículas de vidro de tamanho médio, menor que as microhíbridas, o que garante um polimento excelente e boas propriedades mecânicas. As resinas nanohíbridas também classificadas como “universais”, ou seja, podem ser utilizadas em dentes anteriores e posteriores (HIRATA et al., 2001, CENSI, 2010).

2.2. Cor e caracterização

Outro fator muito relevante das resinas compostas são as suas propriedades ópticas. A fluorescência é a capacidade que o dente tem em absorver a radiação ultravioleta (“luz negra”) e emitir essa radiação na faixa de luz

visível, dando um aspecto azulado ao dente. Resinas sem fluorescência podem causar sérios constrangimentos em pacientes detentores de restaurações estéticas com esses materiais, uma vez que sob “luz negra”, as mesmas não apresentam coloração sequer semelhante à dos dentes naturais, evidenciando-se como uma área escura frente ao dente natural (SANTOS J; LEINFELDER K., 1982, NORA A; BUENO R; POZZOBON R., 2013).

A opalescência é a propriedade óptica do esmalte de transmitir longas ondas do comprimento de luz natural e refletir as ondas curtas. O fenômeno é percebido no esmalte dental quando apresenta diferentes colorações em resposta aos diferentes tipos de iluminação. Resinas com tais propriedades ópticas proporcionam maiores possibilidades de oferecer resultados estéticos de maior naturalidade, semelhantes às estruturas dentais (LEE, Y. K; LU, H; POWERS, J. M., 2005). Ryan et al. (2010), reforçaram a necessidade de conhecimento da relação translucidez/opacidade dos diferentes sistemas de resina composta, auxiliando o clínico na escolha do compósito ideal.

O fenômeno cor classifica-se em croma, matiz e valor. O matiz, família da cor, está representado pelas letras A (marrom), B (amarelo), C (cinza) e D (rosa avermelhado). A maioria dos pacientes possui matiz marrom, cerca de 70 a 80%; os demais apresentam matiz amarelo e apenas 5% apresentam matiz C e D, sendo mais utilizados para modificação e caracterização de efeitos. Raramente o dente possuirá matiz cinza. O croma é definido como a saturação de um determinado matiz, ou seja, o quanto de pigmento foi incorporado a este matiz (MANOJLOVIC et al., 2015).

Como os dentes naturais são policromáticos, quando não estratificados corretamente, a incompatibilidade óptica gera um obstáculo para a obtenção de um excelente resultado estético, principalmente quando se utiliza apenas um matiz/saturação de resina

composta. Decorrente disso, o fator “primário” (matiz, croma, e valor) e o “secundário” (a fluorescência, opalescência, translucidez, opacidade) devem ser devidamente observados, numa tentativa de assegurar um tratamento satisfatório (VALENTE, 2014). A qualidade estética de uma restauração está ligada à sua capacidade de copiar as características visuais naturais da estrutura dental em relação ao esmalte e a dentina (FELIPPE et al., 2004).

2.3. Planejamento estético

Segundo Machado et al. (2016) o sucesso do tratamento estético está no adequado planejamento e domínio da técnica, dando mais longevidade e qualidade a restauração, não dependendo somente das propriedades dos tecidos dentários envolvidos. O “Mockup”, como um ensaio de diagnóstico, através do enceramento de modelo de estudo, possibilita a visualização tridimensional dos dentes e tecidos adjacentes e com seus antagonistas no próprio paciente. Assim, torna-se possível uma pré-visualização do resultado final, além de preparar o paciente psicologicamente para a mudança da forma dos seus dentes (SHWARZ et al., 2013).

Hoepfner, et al. (2003), recomenda a realização de uma restauração de diagnóstico com as resinas compostas selecionadas, auxiliando na visualização final das tonalidades de cor entre as resinas e as escalas de cores. A partir do enceramento, confecciona-se uma matriz guia de silicone. Essa matriz tem o objetivo de delimitar as margens das restaurações definitivas, contribuindo na reconstrução da face palatina com material resinoso (CENSI, 2010, MACHADO et al., 2016). O emprego da guia de silicone auxilia tanto nos limites da restauração quanto no desgaste, facilitando o planejamento para espaço suficiente do material restaurador, tornando o procedimento restaurador mais simples e eficiente (SHWARZ et al., 2013).

3. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 32 anos, procurou a Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes (UNIT) relatando insatisfação com a estética do seu sorriso. Após anamnese e exame intra oral, constatou-se que a paciente apresentava diastemas na arcada superior entre os dentes 21 e 22 e os incisivos inferiores entre os dentes 33, 32, 31, 41 e 42. Apresentando-se encurtados e irregulares do ponto de vista estético e funcional (Figura 1). Também foram identificadas restaurações deficientes nas unidades 24, 26, 36, 38, restaurações satisfatórias nas unidades 16, 17, 18, 27, 37 e 47, indicação de extração da unidade 15 e cálculo supra-gengival.

O plano de tratamento levou em consideração os desejos e necessidades da paciente. O tratamento foi iniciado pela raspagem supra gengival e adequação do meio bucal, com orientação de higiene e saúde oral, seguido de extração da unidade dentária 15, tratamento endodôntico + pino de fibra de vidro e restauração direta com resina composta da unidade dentária 25, substituição das restaurações deficientes (unidades 24, 26, 36 e 38).

Após adequação do meio as unidades presentes na linha do sorriso que se apresentavam com coloração amarelada foram submetidas ao clareamento dental seguido da reanatomização dos dentes ântero-superiores e ântero-inferiores pela técnica de facetas diretas com resina composta. O clareamento de consultório foi realizado com Peróxido de Hidrogênio a 35% (Whiteness HP MAXX - FGM), três sessões de 15 minutos, com intervalos de cinco minutos, uma vez por semana, sempre seguido de aplicação de flúor (Figura 2). Com auxílio da escala (VITA) a tomada de cor dos dentes pré-clareamento: dentina A2 e esmalte A2. Ao final do tratamento clareador observou-se dentina e esmalte A1.



Figura 1: Aspecto clínico inicial, vista vestibular.



Figura 2: Cor após clareamento de consultório.

Para dar seguimento ao tratamento da paciente, numa outra consulta realizou-se moldagem e enceramento diagnóstico do fechamento de diastemas e reanatomização de unidades dentárias presentes na linha do sorriso (Figura 3).



Figura 3: Enceramento diagnóstico.

Com silicone de adição confeccionou-se um guia para inserção da resina bisacrílica (3M), seguido da realização do mock-up e aprovação do tratamento pela paciente (Figuras 4 e 5).

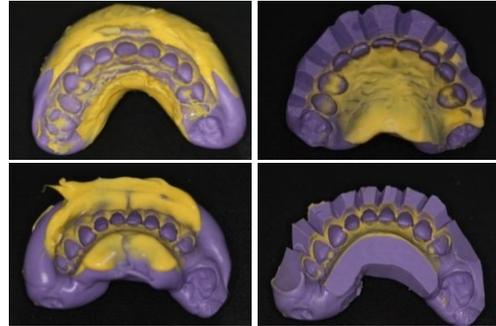


Figura 4: Guia de silicone de Adição e recorte para realização de ensaio restaurador.



Figura 5: Mock-up em posição.

Com aprovação da paciente, em nova consulta foi iniciado o procedimento restaurador. A guia confeccionada com silicone de condensação (Perfil - Coltene) foi testada e utilizada durante a sessão do procedimento restaurador, servindo como matriz para a confecção da porção palatina e lingual das restaurações. Realizou-se profilaxia com pedra pomes e água, isolamento absoluto modificado, e ataque ácido (ácido fosfórico 37% - Dentispaly) no esmalte durante 30 segundos, seguido de lavagem com água pelo mesmo tempo e secagem. Foi aplicado adesivo convencional de 2 passos (Âmbar - FGM) em duas camadas, fotopolimerizadas ao final da última camada por 20 segundos (Figuras 6 a 9).



Figura 6: Condicionamento com ácido fosfórico 37%.



Figura 7: Lavagem e controle da umidade.



Figura 8: Aplicação do sistema adesivo.

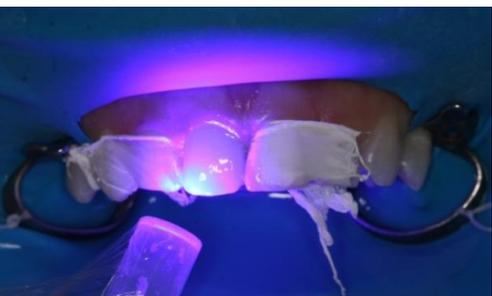


Figura 9: Fotoativação do sistema adesivo.



Figura 10: Aplicação da resina referente ao esmalte palatino no guia de orientação.



Figura 11: Posicionamento do guia de silicone e verificação de adaptação.



Figura 12: Fotoativação.



Figura 13: Vista frontal da camada de resina na face palatina.

Com o auxílio da espátula de resina iniciou-se a restauração através da inserção da resina correspondente ao esmalte palatino (neutral- Opalis - FGM) (Figuras de 10 a 13).

As resinas utilizadas para confecção das facetas e reanatomização das unidades dentárias foi D-A1 (Opalis - FGM) e E-A1 + E-A0,5 (Opalis - FGM) (Figuras de 14 a 21).

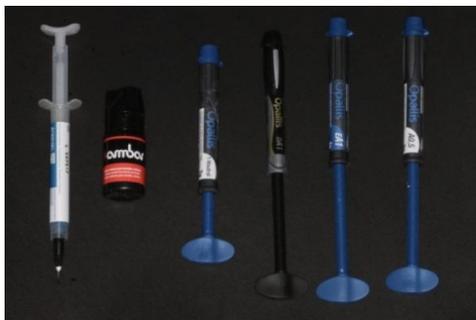


Figura 14: Material utilizado para condicionamento ácido/adesivo, e Resinas Compostas utilizadas na restauração.



Figura 15: Inserção da resina composta para dentina e esmalte.



Figura 16: Regularização da face proximal.



Figura 17: Incisivos Centrais restaurados, seguido os demais dentes.



Figura 18: Incisivos Laterais restaurados.



Figura 19: Vista lateral das unidades 11, 12 e 13 restauradas.



Figura 20: Vista frontal dos dentes ântero-superiores restaurados.



Figura 21: Vista Frontal do antes e depois dos dentes ântero-inferiores restaurados.

Ao final de cada procedimento restaurador foram realizadas checagem da oclusão e os acabamentos iniciais com tiras de lixas e tira diamantada serrilhada nas proximais. Posteriormente, com o prazo mínimo de 24h, realizava-se e acabamento final com pontas da série F e FF. O polimento foi obtido com pontas de borracha abrasivas e seqüência de discos abrasivos e disco de feltro associado à pasta de polimento, obtendo adequada textura das restaurações (Figuras de 22 a 26).



Figura 22: Uso da ponta diamantada para acabamentos mais precisos.



Figura 26: Aspecto final pós acabamento inicial.



Figura 23: Polimento com pontas de borracha.

Observou-se o aspecto final e a satisfação relatada da paciente com o resultado obtido (Figuras de 27 a 29).



Figura 24: Polimento com seqüência de discos abrasivos.



Figura 27: Vista Lateral das restaurações pós acabamento e polimento final.



Figura 25: Polimento com disco de feltro e pasta de polimento.



Figura 28: Antes e Depois das Facetas Estéticas.

4. DISCUSSÃO

Os diastemas podem ser causados por diversos fatores como discrepâncias no tamanho dental, ausência de dentes, trespasse horizontal excessivo, giroversões, angulações inadequadas entre dentes contíguos, presença de freio lingual com inserção baixa, presença de dentes supranumerários ou problemas periodontais (GUERRA M; VENÂNCIO G; AUGUSTO C., 2017).

O caso clínico em questão trata-se de dentes com múltiplos diastemas, verticalmente encurtados, bordas incisais irregulares em total desarmonia na arcada dentária. Diante do problema exposto observou-se que se tratava de uma paciente classe I e em total concordância com o autor essa desproporção poderia ser resolvida com a realização de facetas diretas em Resina Composta e reanatomização das estruturas dentárias.

Segundo Shwarz, et al. (2013), os diastemas podem ser tratados com ortodontia, alinhando os dentes entre os arcos, e retoques estéticos podem ser realizados com resinas compostas. Porém, quando os caninos encontram-se

alinhados em classe I e o problema é devido à desproporção entre dentes, pode-se optar somente pelo fechamento do diastema com resinas compostas associadas à técnica adesiva. Além disso, o fechamento pela técnica direta com resina composta apresenta a grande vantagem de ser rápido e reversível caso não se tenha alcançado o resultado estético desejado.

Portanto, as indicações dos procedimentos adesivos nos dias atuais variam de acordo com cada caso. As indicações e contraindicações contundentes e autoritárias não existem mais. Hoje, com base nos conhecimentos científicos e domínio das técnicas diante das necessidades clínicas, o cirurgião-dentista encontra-se apto para definir qual melhor protocolo de atendimento deverá ser realizado em seu paciente.

A Odontologia estética não é atribuição exclusiva de especialistas, também está presente na prática diária do clínico geral. Porém, para um resultado final satisfatório, além de ser necessária habilidade técnica, alguns elementos artísticos devem ser considerados para indicação e execução do tratamento ideal, pois todo dentista deve realizar um procedimento restaurador o mais próximo possível da denteição natural. Os procedimentos estéticos requerem observação, paciência e aplicação meticulosa das técnicas e protocolos existentes (FERREIRA, 2013). Assim como foi realizado neste caso clínico.

Para os autores citados nesse trabalho é de suma importância que o profissional compreenda os princípios básicos dos sistemas adesivos e das resinas compostas atuais, além de ter uma visão multidisciplinar, que lhe possibilite diagnosticar e planejar o caso corretamente. A obtenção do sucesso funcional e estético das facetas em resina composta está diretamente ligada aos materiais previamente selecionados como (seleção de cor) bem como a habilidade do profissional em realizar tal procedimento.

A correção e o fechamento dos diastemas interincisivos por meio de coroas totais e/ ou facetas de porcelana

são procedimentos restauradores considerados indiretos que, apesar de proporcionarem excelentes resultados estéticos e funcionais, são procedimentos invasivos, por necessitarem de um desgaste do tecido dental sadio, além disso, possuem a desvantagem de ter um custo financeiro alto para o paciente (JUNIOR, et al., 2012). Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que as restaurações e reanatomizações diretas em resina composta possuem algumas vantagens, quando comparadas com coroas totais ou laminados de porcelana. Além da excelente estética, o resultado é praticamente imediato, poucas sessões clínicas, relativo baixo custo, conservação do tecido dentário, longevidade aceitável e são procedimentos reversíveis, possibilitando, se necessário, optar-se por outros mais invasivos. Em contrapartida o uso desta técnica requer alguns pré-requisitos como: perdas estruturais muito extensas, oclusão topo a topo, hábitos parafuncionais e apinhamentos severos são fatores que contra-indicam e limitam a execução desta técnica (MACHADO et al., 2016).

Cardoso, et al. (2011), reforçam a importância da odontologia minimamente invasiva com ênfase no mínimo desgaste, máxima conservação de estrutura dental e conhecimento e aplicação dos avanços da odontologia adesiva. É indispensável após o término das restaurações avaliar os contatos oclusais existentes em máxima intercuspidação habitual e nos movimentos excursivos, tanto os de lateralidade quanto o de protrusão. Se necessário, remover pontos de contatos prematuros e possíveis interferências. Assim, foi realizada a análise oclusal estática e dinâmica da paciente, para permitir a longevidade e o sucesso do tratamento, como cita Shwarz et al. (2013).

5. CONCLUSÃO

A crescente busca dos pacientes por restaurações estéticas tem exigido mais atenção do Cirurgião Dentista à técnica de estratificação com Resina Composta.

O planejamento inicial com modelo de estudo, mockup e etapa restauradora com uso da matriz palatina facilita a preparação das restaurações. A utilização de resinas compostas para a reabilitação estética de dentes anteriores pela técnica de facetamento direto simboliza uma opção viável de tratamento, devolvendo estética, harmonização ao sorriso e satisfação do paciente, com preservação da estrutura dental.

6. REFERÊNCIAS

1. BISPO, L. (2009). **Facetas estéticas: Status da Arte Esthetic Veneers: Status of the Art.** Revista Dentística online, 8(18), pp. 11-14.
2. CENSI, Nathalia Pereira. **Estratificação da Resina com o uso de barreira de silicone.** São Paulo. TCC (Odontologia) UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2010.
3. CUNHA, Ana R. F. M. D. **Facetas de Porcelana VS Facetas de Resina composta.** Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2013.
4. DEVIGUS, A. **Minimally Invasive Dentistry.** Eur J Ethet Dent. 2011; 6 (2): 123.
5. FERNANDES, Hayanne G. K; SILVA Rafael; MARINHO, Millena A. S; OLIVEIRA, Pedro O. S; RIBEIRO, José C. R; MOYSÉS Marcos R; SILVA, Rafael. **Evolução da Resina Composta: Revisão de Literatura.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 401-4011, ago/dez. 2014.
6. FELIPPE, L. A; MONTEIRO, Sylvio Jr; CERQUEIRA, Amanda D. D; RITTER ANDRE V. **Clinical Strategies for Success in Proximal Composite Restoration s. Part I: Understanding Color and Composite Selection.** Journal of Esthetic and Restorative Dentistry, Vol 16, Nº 6, 2004.

7. FERRACANE, J. L. Resin Composite- state of art. *Academy of Dental Materials*; 27; p. 29-38; 2011.
8. FERREIRA, C. L. B. Fraturas Dentárias no Sector Anterior Abordagem estética através de Restaurações diretas a Resina Composta. Faculdade de Ciências da Saúde Universidade Fernando Pessoa; Porto, 2013.
9. GUERRA, M. L. R. S; VENÂNCIO G. N; AUGUSTO C. R. Fechamento de diastemas anteriores com resina composta direta: relato de caso. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep. 27(1) 63-68. jan.-jun. 2017
10. HIRATA, Ronaldo; AMPESSAM, Robson L; LIU, Jimmy. Reconstrução de dentes anteriores com Resinas Compostas- Uma Sequência de escolha e aplicação de resinas. *Jornal Brasileiro de Clínica e Estética em Odontologia*. Vol5. Nº 25. Jan/Fev-2001.
11. HOEPPNER, Márcio G; PEREIRA, Stella K; NETO, Ervino S; CAMARGO, Luiz N. G. Tratamento estético de dente com alteração Cromática: Faceta direta com resina composta. Ponta Grossa, 2003.
12. HAN, S.; PARK, S. Micro-CT evaluation of internal adaptation in resin fillings with different dentin adhesives. *Restorative Dentistry & Endodontics*; December; 24-31; 2013.
13. JUNIOR, P. C. M; CARDOSO, R. M; MAGALHÃES, B. G; GUIMARÃES R. P; SILVA, C. H. V; BEATRICE, L. C. S. Selecionando corretamente as resinas compostas. *Int Dent*. Recife, 2011.
14. JUNIOR, A. et al. Protocolo clínico para laminados cerâmicos. Relato de caso clínico. *Jornal ILAPEO*, 6 (1), pp.15-19, 2012.
15. KORKUT, Bora; YANIKOGLU, Funda; GUNDAY, Mahir. Direct Composite Laminate Veneers: Three case Reposrts. *Jornal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects- JODDD*, Vol. 7, N. 2, Spring 2013.
16. LEE, Y.K.; LU, H. POWERS, J.M. Efeito do selante de superfície e manchamento na fluorescência das resinas compostas. *J ProsthetDent*, n.93, p.260-266, 2005.
17. LESAGE, BP. Minimally Invasive Dentistry: paradigm shifts in preparation design. *Pract proced Aesthet Dent*. 2009;21 (2): 97-101.
18. MACHADO, Alexandre C; REINKE, Ana Cláudia M. A; MOURA, Guilherme F; ZEOLA, Lívia F; COSTA, Márcio M; REIS, Bruno R; SOARES, Paulo V. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. *RevOdontoBras Central*. Uberlândia, 2016.
19. MANOJLOVIC Dragica; DRAMINCANIN, Miroslavi D; LEZAJA Maja; PONGPRUEKSA Pong; MEERBEEK Bart Van; MILETIC Vesna. Effect off Resin and photoinitiator on color, translucency and color stability of conventional and low-shrinkage model composites. *DentMaterials*, 2015.
20. MEZZALIRA, M. Reabilitação Estética com laminados de Porcelana. Trabalho apresentado como requisito básico para a conclusão do Curso de Especialização de Dentística. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
21. NORA, A; D; BUENO, R.P.R; POZZOBON, R.T. Intensidade de fluorescência em resina composta: influência do polimento superficial e dos meios de armazenagem. *RevOdontol UNESP*; Mar- Apr; 2(2): 104-109; 2013.
22. RYAN EA, TAM LE, MCCOMB D. Comparative translucency esthetic composite resin restorative

- materials. **J Can Dent Assoc.** **2010**; 76-84.
23. SHWARZ, Vanessa; SIMON, Letícia S; SILVA, Simone A; GHIGGI, Paula C; CERICATO, Graziela O. **Fechamento de diastema com resina composta: Relato de Caso.** *J Oral Invest.* Passo Fundo, n. 2, **2013**.
24. SANTOS, J.F.F; LEINFELDER, K.F. **O estágio atual das resinas compostas.** *RevAss Paul CirurgDent*, n.3, **p.332-335, 1982**.
25. SHITSUKA, Caleb; SHITSUKA, Ricardo; CORREA, Maria Salete Nahás Pires. **Rugosidade superficial das resinas compostas: estética e longevidade clínica.** *RFO UPF*, Passo Fundo, **v. 19, n. 2, ago. 2014**.
26. VALENTE, Lisia L; MÜNCHOW, Eliseu A; PERALTA, Sonia L; SOUZA, Niéli C. **Conservative dentistry: non-beveled esthetic restorations in anterior teeth.** *RGO, Rev Gaúch Odontol*, Porto Alegre, **v.62, n.4, p. 443-448, out/dez., 2014**.