

UNIVERSIDADE PAULISTA

LAURA LEITE CARNEIRO

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM FACETAS EM RESINA COMPOSTA
PLANEJAMENTO E RESULTADOS CLÍNICOS**

**SOROCABA
2025**

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM FACETAS EM RESINA COMPOSTA
PLANEJAMENTO E RESULTADOS CLÍNICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
para obtenção do título de
Graduação em odontologia
apresentado à Universidade
Paulista – UNIP.

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Tonetti Ciaramicoli

**SOROCABA
2025**

CIP - Catalogação na Publicação

Leite , Laura

REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM FACETAS EM RESINA
COMPOSTA PLANEJAMENTOS E RESULTADOS CLÍNICOS / Laura
Leite. - 2025.

36 f. : il. color

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto
de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, Sorocaba, 2025.

Área de Concentração: Dentística.

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Ciaramicoli.

1. Estética . 2. Facetas Diretas . 3. Resinas Compostas . 4.
Planejamentos . 5. Resultados Clinicos . I. Ciaramicoli, Márcia
(orientadora). II. Título.

LAURA LEITE CARNEIRO

REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM FACETAS EM RESINA COMPOSTA
PLANEJAMENTO E RESULTADOS CLÍNICOS

Trabalho de Conclusão de Curso
para obtenção do título de
Graduação em odontologia
apresentado à Universidade
Paulista – UNIP.

Aprovado em: 03/12/25

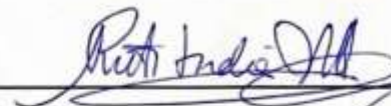
NOTA: 10

BANCA EXAMINADORA



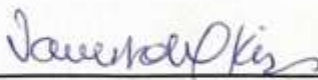
03/12/25

Professora Dra Márcia Tonetti Ciaramicoli
Universidade Paulista – UNIP



03/12/2025

Professora Dra Ruth Andia Merlin
Universidade Paulista – UNIP



03/12/25

Professora Dra Vanessa Kiyon
Universidade Paulista – UNIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com todo meu amor e gratidão, à minha mãe Lilian Gomes Leite e ao meu pai Maurício Rodrigues Carneiro, por sempre acreditarem em mim e me apoiarem em cada passo dessa caminhada.

Ao meu irmão Gustavo Leite Carneiro e aos meus avós, pelo carinho, incentivo e orações que me sustentaram em todos os momentos.

À minha orientadora Prof.^a Márcia Tonetti Ciaramicoli, por toda dedicação, paciência e por compartilhar seu conhecimento de forma inspiradora, contribuindo para o meu crescimento pessoal e acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por iluminar meu caminho, me conceder sabedoria, força e serenidade em cada desafio enfrentado. Sem Sua presença e proteção, esta conquista não seria possível.

Aos meus pais, Lilian Gomes Leite e Maurício Rodrigues Carneiro, por todo amor, dedicação e apoio incondicional em cada etapa da minha vida. Pelos conselhos, incentivo e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Ao meu namorado Fábio Augusto Pinheiro, que foi meu amor, meu porto seguro e minha força nos dias difíceis.

A todos os professores que fizeram parte da minha jornada acadêmica, pelo compartilhamento de conhecimento, paciência e incentivo ao longo de todos esses anos.

Em especial, agradeço aos professores Fábio Henrique Lozano Monteiro e Patrícia Fernanda Roesler, por todo o apoio, dedicação e ensinamentos que contribuíram de forma significativa para minha formação profissional e pessoal.

À minha orientadora Prof.^a Márcia Tonetti Ciaramicoli, pela orientação cuidadosa, paciência, comprometimento e constante incentivo durante a realização deste trabalho. Sua dedicação foi essencial para que este estudo se concretizasse.

À minha família, base de tudo que sou, pelo amor, apoio e compreensão nos momentos mais desafiadores, sempre acreditando no meu potencial e me motivando a seguir em frente.

Às minhas amigas Larah De Oliveira, Luiza Millani, Beatriz Soares Metedieri, Daniela Rodrigues Rocha e Júlia Helena Nunes Pena, Giovanna Ruivo De Campos Vieira, Gabrielly Vitória Vieira Moreira, por tornarem essa caminhada mais leve, divertida e inesquecível.

E, em especial, à minha dupla de clínica e grande amiga Esther Santos de Lima, pela parceria, amizade, companheirismo e por compartilhar comigo cada conquista e aprendizado dessa trajetória.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte dessa conquista, deixo o meu eterno agradecimento.

“O sucesso nasce do esforço, da dedicação e da paixão por aquilo que fazemos”.

(Albert Einstein)

RESUMO

A reabilitação estética utilizando facetas de resina composta oferece uma opção conservadora e econômica em comparação com outros tratamentos odontológicos destinados à harmonização do sorriso. Esse procedimento é caracterizado pela restauração direta dos dentes anteriores, atendendo tanto a objetivos funcionais quanto estéticos. O objetivo deste estudo foi examinar, por meio de uma revisão da literatura, os aspectos mais relevantes relacionados ao planejamento e aos resultados clínicos das facetas de resina composta. A pesquisa bibliográfica foi conduzida em bases de dados digitais, escolhendo artigos publicados a partir do ano de 2015. O planejamento inclui uma anamnese minuciosa, avaliação do sorriso, escolha apropriada da cor e definição da técnica restauradora, combinando exames clínicos e fotográficos. Em relação ao tratamento, os protocolos abrangem a preparação minimamente invasiva, a utilização da técnica adesiva, a estratificação em camadas e a finalização com acabamento e polimento. Os resultados encontrados na literatura mostram que as facetas em resina composta, quando indicadas e aplicadas corretamente, têm boa durabilidade, integração estética natural e alta satisfação do paciente. Conclui-se que o sucesso desse tratamento depende de um planejamento personalizado, combinado com a habilidade técnica do cirurgião-dentista, tornando-se uma alternativa viável e previsível para atender à crescente demanda estética na odontologia atual.

Palavras-chave: Facetas em resina composta; Reabilitação estética; Planejamento estético; Resultados clínicos.

ABSTRACT

Aesthetic rehabilitation using composite resin veneers offers a conservative and cost-effective option compared to other dental treatments aimed at smile harmonization. This procedure involves the direct restoration of anterior teeth, meeting both functional and aesthetic objectives. The objective of this study was to examine, through a literature review, the most relevant aspects related to the planning and clinical outcomes of composite resin veneers. The literature search was conducted in digital databases, selecting articles published since 2015. Planning includes a thorough history, smile assessment, appropriate shade selection, and definition of the restorative technique, combining clinical and photographic examinations. Regarding treatment, the protocols cover minimally invasive preparation, the use of the adhesive technique, layering, and finishing with finishing and polishing. The results found in the literature show that composite resin veneers, when indicated and applied correctly, have good durability, natural aesthetic integration, and high patient satisfaction. It is concluded that the success of this treatment depends on personalized planning, combined with the technical skill of the dentist, making it a viable and predictable alternative to meet the growing aesthetic demand in current dentistry.

Keywords: Composite resin veneers; Aesthetic rehabilitation; Aesthetic planning; Clinical results.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - RESTAURAÇÃO EM RESINA COMPOSTA	13
FIGURA 2 - SEQUÊNCIA DE BROCAS PARA REALIZAÇÃO DE ACABAMENTO ..	16
FIGURA 3 - SEQUÊNCIA DE POLIDORES PARA RESTAURAÇÃO EM RESINA COMPOSTA.....	17
FIGURA 4 - ASPECTO COM CONSEQUÊNCIAS PERIODONTAIS DE SOBRE CONTORNO, EDEMA, VERMELHIDÃO GENGIVAL E MAU CHEIRO	18
FIGURA 5 - FOTOS INICIAIS PARA ANÁLISE FACIAL, DENTOLABIAL, VISTA FRONTAL E LATERAL DO SORRISO.....	21
FIGURA 6: ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO	21
FIGURA 7 - CLAREAMENTO PARA REGISTRO DE COR	21
FIGURA 8 - CONFECÇÃO DO <i>MOCK-UP</i>	22
FIGURA 9 – POSICIONAMENTO DO MOLDE. A – INSERÇÃO DA RESINA BIS-ACRÍLICA NO MOLDE DE SILICONE. B – MOLDE POSICIONADO À BOCA. C – REMOÇÃO DOS EXCESSOS COM SONDA EXPLORATÓRIA, D – POLIMENTO DA RESINA BIS-ACRÍLICA COM GASE EMBEBIDA EM ÁLCOOL.....	22
FIGURA 10 - REMOÇÃO DOS EXCESSOS PALATINOS E AJUSTE DO <i>MOCK-UP</i>	23
FIGURA 11 - ASPECTO FINAL DO <i>MOCK-UP</i> APÓS OS AJUSTES	23
FIGURA 12 - MATRIZ DE SILICONE (GUIA PALATINA)	23
FIGURA 13 - HIBRIDIZAÇÃO DO SUBSTRATO	24
FIGURA 14 – INCREMENTOS NA GUIA. A- INCREMENTOS DE RESINA INSERIDOS NA GUIA PALATINA NA REGIÃO DOS CANINOS; B – CONJUNTO MATRIZ E RESINA POSICIONADOS NA BOCA. C – RESTAURAÇÃO DA FACE PALATINA DOS CANINOS.....	24
FIGURA 15 – FOTOATIVAÇÃO. A – RESTAURAÇÃO DA FACE PALATINA DOS INCISIVOS ANTERIORES. B – ASPECTO APÓS A INSERÇÃO DA RESINA PARA DENTINA. C – ASPECTO APÓS INSERÇÃO DA RESINA PARA ESMALTE. D –	

FOTOATIVAÇÃO DA RESINA.....	25
FIGURA 16 - SEQUÊNCIA DO ACABAMENTO E POLIMENTO DAS RESTAURAÇÕES EM RESINA COMPOSTA.....	25
FIGURA 17 - ASPECTO FINAL DAS RESTAURAÇÕES.....	26
FIGURA 18 - COMPARATIVO – ASPECTO INICIAL E ASPECTO FINAL DO SORRISO.....	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1	FACETAS EM RESINAS COMPOSTAS.	12
2.2	VANTAGENS E DESVANTAGENS	17
2.3	MOCK-UP	18
2.4	PLANEJAMENTO CLÍNICO E EXECUÇÃO	20
3	DISCUSSÃO	27
4	CONCLUSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1 INTRODUÇÃO

A percepção da beleza está ligada à estética, isso inclui as características únicas de cada indivíduo como a forma, o contorno, a textura e a cor. O impacto significativo no bem-estar físico e psicológico, nos relacionamentos sociais e no sucesso pessoal. A desordem da tristeza pode levar à ansiedade, ao medo e à insegurança, o que pode diminuir a qualidade de vida de um indivíduo¹.

O sorriso é, muitas vezes, considerado o “cartão postal” de uma pessoa. A forma como uma pessoa percebe sua própria imagem corporal é um fator importante na autoestima. Podendo levar à procura de profissionais treinados para realizar procedimentos que melhorem essa percepção estética².

Na prática odontológica contemporânea, busca-se realizar procedimentos restauradores que priorizem a prevenção e a intervenção mínima. Nesse contexto, as facetas diretas da resina composta se apresentam como uma opção eficaz, pois permitem a preservação da estrutura dentária saudável em comparação com os laminados cerâmicos, prejudicando o desgaste e facilitando correções futuras de maneira conservadora³.

Os materiais restauradores foram aprimorados com características que possibilitam uma reprodução mais precisa dos detalhes da estrutura dentária, a fim de obter resultados estéticos mais semelhantes aos dentes, possibilita uma reprodução mais precisa dos detalhes da estrutura dental, a fim de obter resultados estéticos mais semelhantes aos dentes naturais. Além disso, exibem uma vasta gama de cores, que variam de tons translúcidos a opacos¹.

Uma das fases do planejamento é o *mock-up*, que envolve a simulação do planejamento proposto inicialmente. No âmbito das restaurações diretas, o *mock-up* possibilita a visualização do resultado final, contribuindo para o planejamento funcional e estético ao avaliar as configurações oclusais necessárias para cada situação. Além disso, permite que o paciente ajuste suas expectativas ao planejamento sugerido⁴.

Dito isto, este trabalho tem como objetivo analisar o planejamento e os resultados clínicos da reabilitação estética com facetas em resinas compostas, ressaltando a importância da correta execução das etapas clínicas, da escolha adequada dos materiais e das técnicas restauradoras para garantir resultados estéticos, funcionais e duradouros⁵.

2 DESENVOLVIMENTO

As facetas dentárias representam restaurações de caráter estético e funcional, aplicadas com o objetivo de corrigir imperfeições relacionadas à forma, coloração e posicionamento dos dentes. Além disso, proporcionam ampla versatilidade nos procedimentos de reabilitação oral, podendo ser indicadas em diferentes contextos clínicos. A seleção adequada do material e da técnica de confecção das facetas constitui um fator determinante para o êxito do tratamento⁵.

Atualmente, há diversas alternativas disponíveis quanto aos materiais utilizados, entre as quais se destacam a cerâmica, a resina composta e a porcelana. A busca por resultados estéticos satisfatórios é um dos principais objetivos da reabilitação odontológica².

As facetas correspondem a um tipo de material restaurador utilizado para revestir a face vestibular dos dentes, sendo fixadas a essa superfície por meio de um sistema adesivo. Sua confecção pode ocorrer pela técnica direta, empregando resina composta, ou pela técnica indireta, utilizando cerâmicas odontológicas⁶.

2.1 Facetas em resinas compostas.

O avanço tecnológico das resinas compostas tem proporcionado expressivo desenvolvimento na odontologia estética, especialmente no campo das facetas diretas, que vêm ganhando grande relevância nos consultórios quando indicadas para reabilitações anteriores⁷. Paralelamente, os sistemas adesivos também evoluíram de maneira significativa, tornando os procedimentos restauradores mais previsíveis e duradouros. A associação entre a técnica direta e um sistema adesivo eficiente permite resultados clínicos satisfatórios, seguros e conservadores, uma vez que requerem mínimo ou até nenhum desgaste da estrutura dental⁸.

Por serem executadas diretamente no consultório, as facetas exigem que o profissional tenha controle total de todas as etapas do procedimento, desde a seleção da cor até a definição da anatomia dental. Dessa forma, a técnica demanda elevada habilidade manual e profundo conhecimento sobre o comportamento das resinas compostas, garantindo um resultado natural e esteticamente satisfatório⁸.

Além disso, a escolha entre resina composta ou porcelana para uma

reabilitação oral deve considerar o estilo de vida e os cuidados prévios do paciente, sendo essencial que o cirurgião-dentista identifique com precisão o perfil individual e elabore um plano de tratamento que atenda às expectativas do paciente¹⁰.

Apesar das diferenças entre os materiais utilizados na confecção das facetas, ambos possuem características próprias. Durante a anamnese realizada pelo profissional, é possível avaliar não apenas a estética, mas também a harmonia entre dentes, gengivas e face como um todo, aspecto que influencia diretamente na aparência estética e funcional do sorriso¹⁰.

As facetas diretas em resina composta são confeccionadas pela aplicação e escultura de camadas do material restaurador diretamente sobre a superfície dentária (figura 1). Essa técnica é considerada minimamente invasiva, pois permite a preservação de maior quantidade de estrutura dental sadia, ao mesmo tempo em que proporciona um sorriso esteticamente harmônico e natural⁶.

Figura 1 - Restauração em resina composta



Fonte: Vianna et al., 2024¹¹.

Devido à grande variedade de cores e graus de translucidez das resinas compostas, a técnica de estratificação possibilita reproduzir com fidelidade as propriedades ópticas dos dentes naturais, garantindo excelente resultado estético¹².

Entre as principais indicações para o uso das facetas diretas em resina composta, destacam-se os casos de alterações discretas de cor que não

respondem ao clareamento dental, fraturas amplas com dentes adjacentes preservados, anomalias de forma como dentes conoides e hipoplásicos, lesões cáries extensas na face vestibular, restaurações múltiplas com necessidade de substituição, pequenas giroversões, necessidade de alongamento coronal e fechamento de diastemas⁶.

Por outro lado, estão contraindicadas em dentes demasiadamente escurecidos, pois tendem a apresentar coloração final acinzentada; em pacientes com hábitos parafuncionais sem tratamento; em dentes curtos ou com esmalte insuficiente; e em casos de apinhamento ou giroversão severa, que dificultam um preparo conservador¹³.

A combinação entre as resinas compostas e os modernos sistemas adesivos revolucionou a odontologia estética. Quando corretamente aplicadas, as facetas em resina composta se comportam como uma unidade integrada ao dente, reproduzindo propriedades mecânicas semelhantes às do esmalte e da dentina⁷.

As resinas compostas podem ser classificadas em macroparticuladas, microparticuladas, híbridas, micro-híbridas, nano-híbridas e nanoparticuladas, cada uma com características específicas que determinam suas indicações clínicas¹¹.

As resinas macroparticuladas contêm partículas de vidro de estrôncio ou bário, mas, devido ao tamanho dessas partículas, apresentam superfície áspera e polimento insatisfatório, o que limita seu uso. Comparadas às resinas mais recentes, tendem a gerar acabamento inferior e maior rugosidade superficial¹⁴.

Por outro lado, as resinas microparticuladas possuem maior proporção de matriz orgânica e menor carga inorgânica, tornando-as indicadas para regiões estéticas, como dentes anteriores e áreas próximas à gengiva, devido ao polimento eficaz. No entanto, apresentam desvantagens como elevada contração de polimerização, alto coeficiente de expansão térmica linear, maior absorção de água, baixo módulo de elasticidade e maior suscetibilidade à fratura¹⁵.

As resinas híbridas e micro-híbridas foram desenvolvidas para unir as vantagens das resinas macroparticuladas e microparticuladas, combinando partículas de vidro e sílica coloidal em sua composição. Isso proporciona maior resistência mecânica, melhor polimento e desempenho adequado tanto em dentes anteriores quanto posteriores¹⁴.

As resinas nanoparticuladas e nano-híbridas apresentam partículas inorgânicas com tamanho variando entre 20 e 75 nanômetros. Desenvolvidas para

reunir as vantagens dos compósitos híbridos e microparticulados, destacam-se pela menor contração de polimerização, maior resistência à fratura, maior dureza superficial, menor desgaste, melhor retenção de brilho, superior translucidez e menor biodegradação. São indicadas para restaurações em dentes anteriores e posteriores, proporcionando superfície lisa, estética e satisfatória^{14,11}.

As resinas compostas são materiais restauradores extremamente versáteis, de fácil manipulação, que permitem ao cirurgião-dentista realizar diversos procedimentos de forma rápida e eficiente, devolvendo função e estética ao paciente diretamente no consultório¹⁵. Com o avanço desses materiais, é possível obter restaurações esteticamente satisfatórias e funcionalmente eficazes, utilizando técnicas descritas na literatura como direta, indireta e semidireta¹⁶.

As restaurações diretas são indicadas para pequenas destruições coronárias, especialmente quando a distância intercuspídea é inferior a dois terços e não há envolvimento das cúspides, permitindo uma abordagem conservadora. Essa técnica é valorizada por sua rapidez, baixo custo e possibilidade de preparos conservadores, proporcionando excelente estética, especialmente em pequenas cavidades⁹.

As restaurações indiretas são recomendadas para cavidades maiores, como classe II com ampla área interproximal e necessidade de reconstrução de cúspides extensas. Fatores como quantidade de remanescente dental e posição dos dentes no arco influenciam na escolha da técnica. Apesar de oferecer maior durabilidade e estética, a restauração indireta é mais complexa, exigindo moldagem, cimentação adesiva, confecção de provisórios e procedimentos laboratoriais, não permitindo finalização em sessão única⁶.

As restaurações semidiretas combinam aspectos das técnicas direta e indireta, podendo ser realizadas intra ou extraoralmente. O procedimento envolve moldagem e criação de modelos em gesso ou silicone de condensação, permitindo a construção parcial da restauração antes da aplicação final. Essa abordagem busca minimizar desvantagens da técnica direta, como contração de polimerização e adaptação marginal inadequada, ao mesmo tempo em que reduz o tempo clínico em comparação com a técnica indireta¹⁵.

O acabamento e o polimento das restaurações em resina composta são etapas fundamentais para o sucesso estético e funcional, sendo responsáveis por melhorar a suavidade e o brilho da superfície restaurada, além de conferir

aparência natural e prolongar a durabilidade do material¹².

O acabamento devolve a anatomia primária, secundária e terciária do dente, removendo excessos e irregularidades da superfície, ajustando formas, contornos e microtextura, enquanto o polimento reduz a rugosidade e riscos decorrentes da instrumentação inicial, proporcionando superfície lisa e brilhante¹⁷. Recomenda-se aguardar, no mínimo, 48 horas após a finalização da restauração para iniciar essas etapas, permitindo a expansão higroscópica e a hidratação do material, garantindo conforto ao paciente⁵.

O procedimento de acabamento segue uma sequência que inclui anatomia primária, secundária e terciária¹⁸. Na anatomia primária, com discos abrasivos, removem-se excessos, ajusta-se o tamanho da restauração, a inclinação dos terços da face vestibular (cervical, médio e incisal), as arestas verticais e a espessura das bordas incisais e da bossa (figura 2)¹⁹. Tiras abrasivas definem as ameias gengivais e lâminas de bisturi removem excesso próximo à gengiva, preservando a saúde periodontal^{20, 21}.

Figura 2 - Sequência de brocas para realização de acabamento

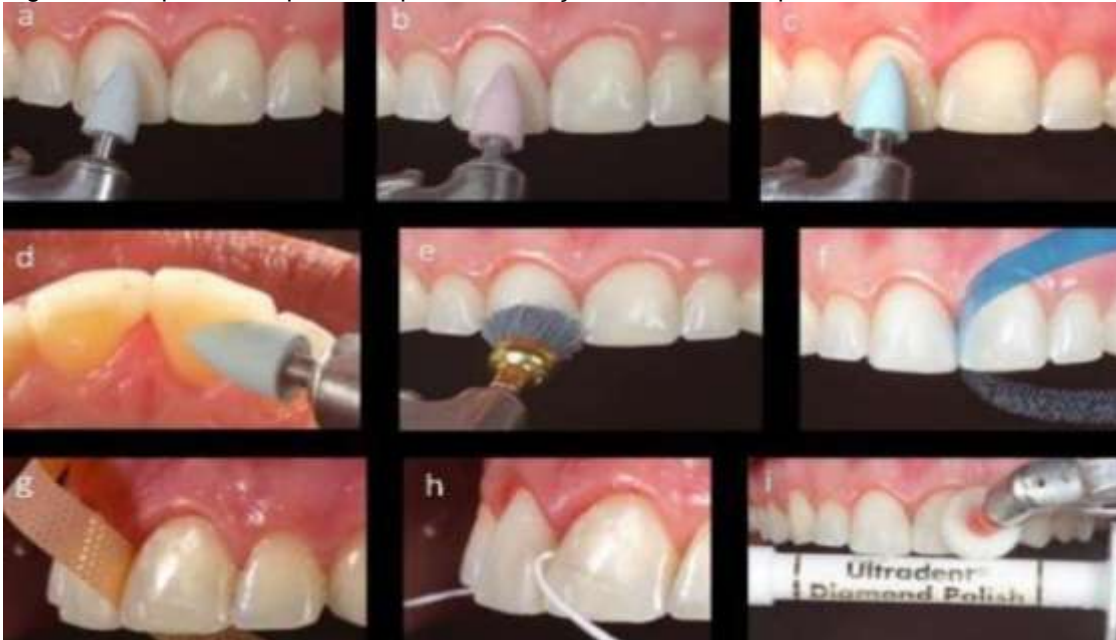


Fonte: Santin *et al.* (2019)²⁰.

Diversos materiais podem ser utilizados para acabamento, incluindo brocas carbide multilaminadas (12–16 lâminas), lâminas de bisturi, pontas diamantadas finas e extrafinas, tiras e discos de lixa média e grossa¹⁸. Para o polimento, empregam-se brocas carbide multilaminadas (20–30 lâminas), discos e tiras de lixa

flexíveis finas e ultrafinas, discos de feltro e pastas diamantadas (figura 3). Durante o procedimento, é essencial controlar a rotação e usar refrigeração com água para evitar aumento de temperatura e danos à vitalidade pulpar⁴.

Figura 3 - Sequência de polidores para restauração em resina composta



Fonte: Lima Junior *et al.* (2022)²².

O acabamento e o polimento não apenas aprimoram a estética, mas também reduzem a aderência do biofilme dentário, minimizam irritação gengival e problemas periodontais, diminuem risco de infiltração e cáries secundárias, promovem brilho natural, aumentam resistência e durabilidade da restauração, e proporcionam maior satisfação e conforto ao paciente⁵.

2.2 Vantagens e desvantagens

As facetas diretas em resina composta apresentam diversas vantagens que as tornam uma opção atrativa para reabilitações estéticas minimamente invasivas. Entre os principais benefícios destacam-se o menor tempo clínico, pois podem ser realizadas em sessão única, e a necessidade de preparo dental conservador, preservando a estrutura do esmalte. Elas proporcionam aparência natural, permitem reparos quando necessário, apresentam bom custo-benefício e possibilitam a correção de diastemas, dentes girovertidos, alterações de forma e cor, fraturas coronárias e descolorações extrínsecas ou intrínsecas^{23,24}. Além disso,

técnicas com guia de silicone permitem planejamento prévio detalhado, garantindo resultados estéticos mais previsíveis¹⁵.

Entretanto, as facetas diretas apresentam limitações e desvantagens significativas. A contração de polimerização do material pode causar microinfiltração, formação de trincas, falha adesiva e fraturas, comprometendo a longevidade da restauração. Elas também dependem amplamente da habilidade do cirurgião-dentista, apresentam suscetibilidade ao manchamento e dificuldade em mascarar substratos escurecidos. Problemas adicionais incluem instabilidade de cor, porosidade, desgaste superficial e estética insatisfatória quando não manejadas corretamente²⁰.

Outro ponto relevante é que, em casos de ausência de desgaste adequado ou sobrecontorno nas margens, podem ocorrer acúmulo de biofilme e problemas periodontais, além de aparência opaca ou exagerada do sorriso (figura 4). A técnica à mão livre, embora rápida, exige maior habilidade do profissional, enquanto o uso de moldes de silicone ou acetato como guia permite melhor controle do contorno, forma e volume da restauração, mas demanda planejamento prévio detalhado¹⁵.

Figura 4 - Aspecto com consequências periodontais de sobre contorno, edema, vermelhidão gengival e mau cheiro



Fonte: Barboni (2021)²⁶.

Dessa forma, apesar de apresentarem vantagens estéticas, funcionais e econômicas, as facetas diretas em resina composta exigem atenção cuidadosa quanto à técnica, planejamento e execução clínica para minimizar falhas, garantir adaptação marginal adequada e alcançar resultados duradouros¹⁵.

2.3 Mock-up

O planejamento e a previsibilidade dos tratamentos estéticos são essenciais para o sucesso da reabilitação oral funcional e estética. Assim, o profissional pode

utilizar ferramentas no planejamento e resultar em maior previsibilidade. Dentre esses, o enceramento diagnóstico ou *wax-up*, que possibilita reproduzir as características dentárias, por meio do ensaio restaurador intraoral, denominado *mock-up*. O *mock-up* possibilitam a visualização tridimensional do resultado estético final por meio de técnica simples e rápida⁴.

O planejamento reverso em reabilitações estéticas, por meio de ferramentas como planejamento virtual, enceramento diagnóstico e ensaios restauradores, contribui significativamente para a execução precisa dos procedimentos restauradores²⁷. Essas técnicas proporcionam previsibilidade tanto para o paciente quanto para o cirurgião-dentista, além de conferir maior segurança ao profissional e reduzir riscos de falhas, especialmente em casos complexos que demandam múltiplas modificações²⁸.

Uma etapa fundamental do planejamento reverso é o ensaio restaurador intraoral, ou *mock-up*, que simula o planejamento proposto. Nesse procedimento, o cirurgião-dentista constrói provisoriamente novas faces nos dentes a serem reabilitados, aumentando a previsibilidade do resultado final²⁹. No caso das restaurações diretas, o *mock-up* permite projetar o resultado final, auxiliando na avaliação funcional e estética, incluindo parâmetros oclusais, e ajustando as expectativas do paciente ao planejamento³⁰.

O *wax-up* é confeccionado sobre modelos de estudo, reproduzindo em cera a melhor configuração funcional e estética para cada caso²⁸, servindo como base para a realização do *mock-up*. Esta técnica é totalmente reversível e pode ser aplicada diretamente sobre os dentes utilizando resina bis-acrílica. Esse material, composto por base e catalisador manipulados pelo sistema de ponta de auto mistura com ativação química, apresenta vantagens como baixa contração de polimerização, elevada qualidade estética e funcional, facilidade de acabamento e polimento, além de excelente retenção ao dente, dispensando cimentação provisória³¹.

Aliado às reabilitações estéticas, o *mock-up* aumenta a previsibilidade dos resultados, promovendo motivação e confiança tanto do paciente quanto do profissional. Permite simular de forma imediata e precisa a reabilitação final, possibilitando a avaliação do sorriso em conjunto com tecidos moles, lábios, face, fonética e movimentos mandibulares³². Em restaurações indiretas, o *mock-up* melhora a comunicação com o protético e serve como guia para o desgaste durante

o preparo, seja convencional ou minimamente invasivo. Recomenda-se não manter o *mock-up* por mais de 24 horas na cavidade oral, devido às dificuldades de higienização³².

Se necessário, ajustes e modificações intraorais podem ser realizados no *mock-up*, mediante desgaste ou adição de material, conforme as características do paciente e do profissional. Ajustes funcionais e estéticos podem ser feitos com pontas diamantadas finas ou ultrafinas, acréscimo de resina composta regular ou *Flow*, ou resina bis-acrólica. Após essas modificações, novos registros devem ser obtidos, como a guia palatina de silicone, que serve de referência para as restaurações definitivas⁴.

A guia ou matriz palatina de silicone facilita a reconstrução da face palatina das restaurações diretas, permitindo a estratificação em camadas e o uso de materiais com diferentes cores e propriedades ópticas, promovendo o biomimetismo das estruturas dentárias³⁰. Outra técnica consiste na utilização de tira de poliéster para auxiliar na confecção da face palatina, embora demande maior habilidade profissional. O sucesso do tratamento depende do conhecimento anatômico e da destreza do operador para restaurar forma, textura e proporções corretas. Dessa forma, o uso do guia de silicone simplifica a etapa restauradora, garantindo dimensões e contornos adequados para cada dente a ser reabilitado⁴.

2.4 Planejamento clínico e execução

O planejamento de uma reabilitação estética com facetas diretas em resina composta segue etapas sequenciais, garantindo resultados funcionais e estéticos previsíveis. Inicialmente, realiza-se a anamnese e exame clínico, com avaliação detalhada da cor, forma e alinhamento dos dentes anteriores, bem como do histórico de tratamentos prévios, como ortodontia ou ajustes oclusais (figura5). A partir dessa análise, define-se a necessidade de procedimentos complementares, como clareamento dental, para uniformizar a tonalidade antes da aplicação das facetas⁴.

Figura 5 - Fotos iniciais para análise facial, dentolabial, vista frontal e lateral do sorriso



Fonte: Reis *et al.* (2018)⁴.

Após, envolve-se a confecção de modelos de estudo e a execução do enceramento diagnóstico (figura 6). Esta etapa permite visualizar tridimensionalmente o resultado esperado e serve como guia para ajustes nos contornos e proporções dentárias. Com base nos modelos, realiza-se o clareamento dental em consultório, utilizando gel clareador de alta concentração. A seleção da cor final é feita com escala padronizada, observando a alteração tonal antes e após o clareamento (figura7)²⁹.

Figura 6: Enceramento diagnóstico



Fonte: Reis *et al.* (2018)⁴.

Figura 7 - Clareamento para registro de cor

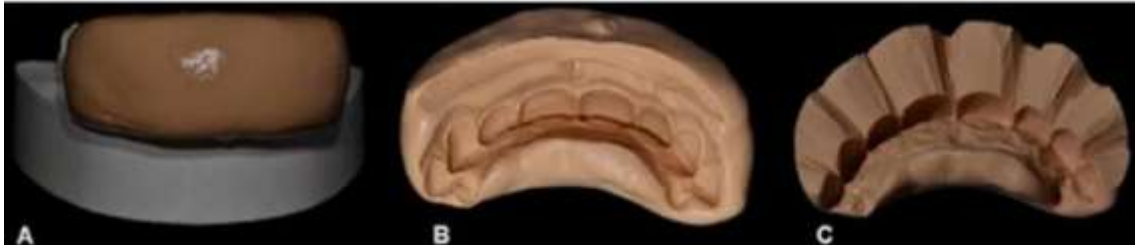


Fonte: Reis *et al.* (2018)⁴.

Seguindo, elaborar o *mock-up*, com molde em silicone por adição recortado de forma a contornar a região cervical e englobar as papilas interdentais (figura 8), permitindo adequado escoamento da resina bis-acrílica utilizada como provisório.

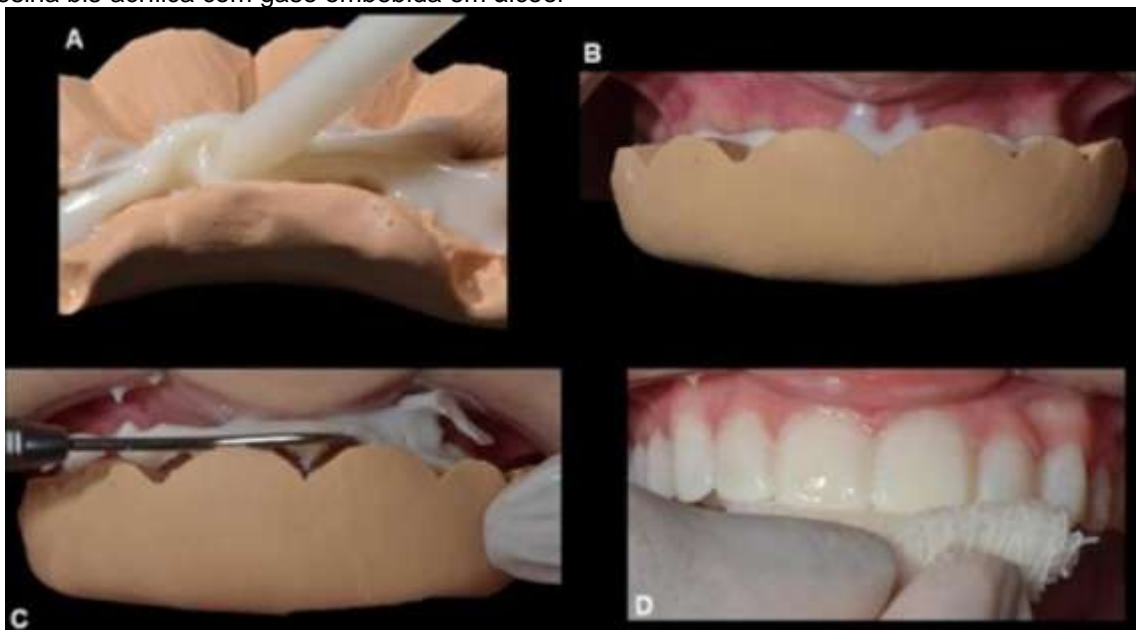
Após inserção da resina, o molde é posicionado, os excessos removidos e aguarda-se a polimerização completa, seguida de polimento inicial com gaze embebida em álcool sobre a superfície vestibular (figura 9)⁴.

Figura 8 - Confeção do *mock-up*



Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

Figura 9 – Posicionamento do molde. A – Inserção da resina bis-acrílica no molde de silicone. B – Molde posicionado à boca. C – Remoção dos excessos com sonda exploratória, D – Polimento da resina bis-acrílica com gaze embebida em álcool



Fonte: Reis *et al.*, 2018⁴.

Na etapa de avaliação do *mock-up*, observa-se proporção, contorno e simetria dentária. Ajustes podem incluir redução de ângulos, correção do tamanho dos incisivos e restauração de dentes posteriores para restabelecimento das guias oclusais²⁸. Os ajustes são realizados com pontas diamantadas finas e ultrafinas, e discos abrasivos (figura 10). Após a aprovação estética e funcional do *mock-up* (figura 11), confecciona-se uma matriz de silicone por adição, moldando as faces palatina e incisal dos dentes a serem restaurados (figura 12), que servirá como guia

na escultura das facetas definitivas⁴.

Figura 10 - Remoção dos excessos palatinos e ajuste do *mock-up*



Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

Figura 11 - Aspecto final do *mock-up* após os ajustes



Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

Figura 12 - Matriz de silicone (guia palatina)

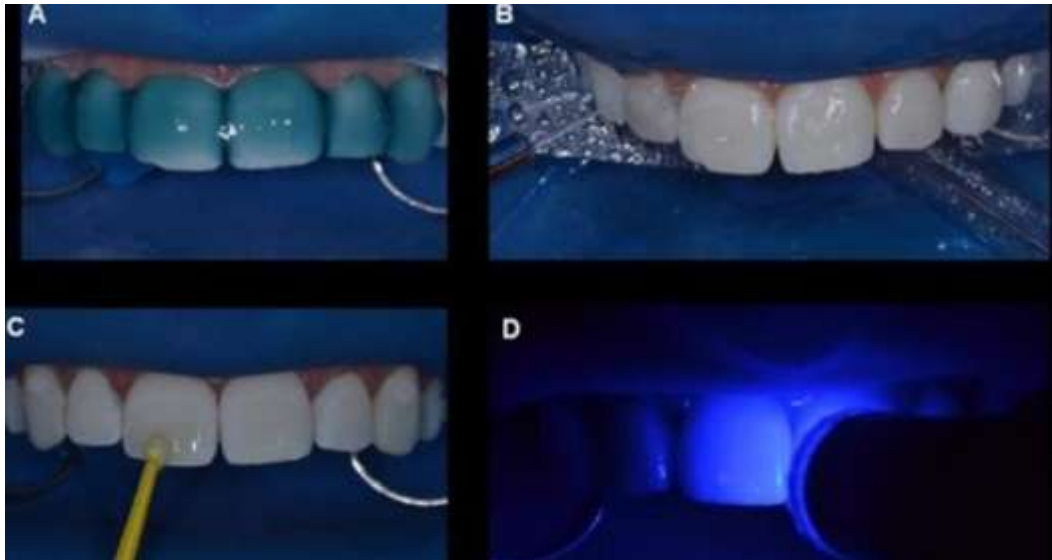


Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

A execução das facetas é organizada em sessões clínicas, permitindo controle detalhado de cada grupo dentário. Cada sessão inicia com profilaxia, isolamento absoluto e aplicação de sistema adesivo convencional de dois passos. A

hibridização do esmalte é realizada com ácido fosfórico 37%, aplicado por 30 segundos, seguido de lavagem, secagem e aplicação do adesivo em duas camadas, cada uma fotoativada por 20 segundos com unidade LED (figura 13)²⁷.

Figura 13 - Hibridização do substrato



Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

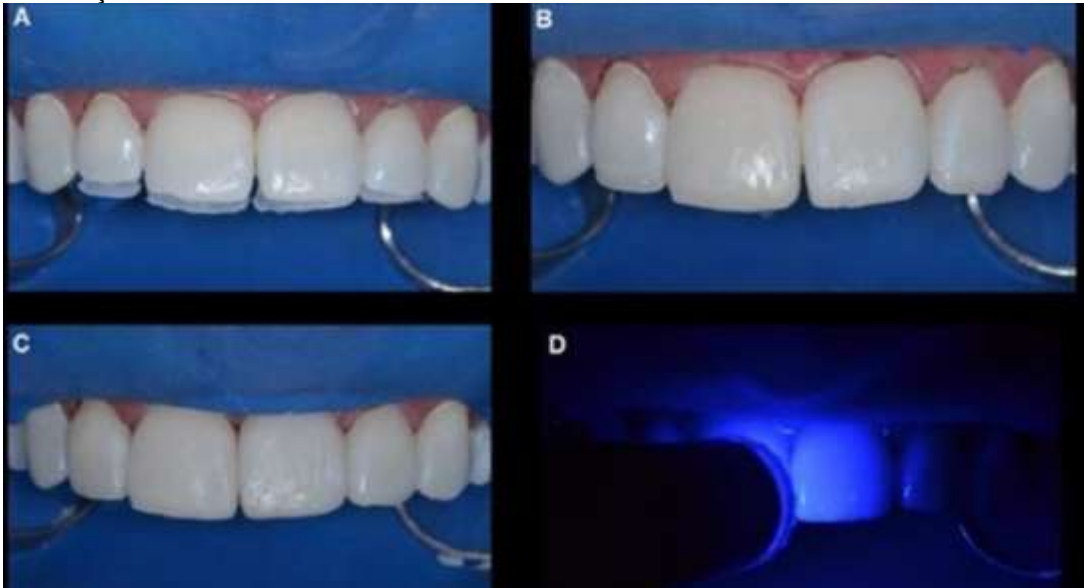
As facetas são construídas por estratificação da resina composta, utilizando incrementos de esmalte (B1E) adaptados sobre a matriz de silicone, fotoativados individualmente por 20 segundos (figura 14 e 15 A). Em seguida, aplica-se a resina de dentina (A2D) para conferir profundidade e naturalidade (figura 15 B). A finalização inclui camada de esmalte simulando mamelos dentinários, lóbulos de desenvolvimento e macrotextura (figura 15 C e D)²⁹.

Figura 14 – Incrementos na guia. A- Incrementos de resina inseridos na guia palatina na região dos caninos; B – Conjunto matriz e resina posicionados na boca. C – Restauração da face palatina dos caninos



Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

Figura 15 – Fotoativação. A – Restauração da face palatina dos incisivos anteriores. B – Aspecto após a inserção da resina para dentina. C – Aspecto após inserção da resina para esmalte. D – Fotoativação da resina



Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

Após a fotoativação final, realiza-se a remoção do isolamento e os ajustes funcionais e estéticos, utilizando pontas diamantadas, discos abrasivos e sistemas de polimento com granulações decrescentes, disco de alto brilho e escovas de algodão ou pelo de cabra (figura 16). Esta etapa garante acabamento refinado, adaptação oclusal adequada e naturalidade do resultado final (figuras 17 e 18)⁴.

Figura 16 - Sequência do acabamento e polimento das restaurações em resina composta



Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

Figura 17 - Aspecto final das restaurações



Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

Figura 18 - Comparativo – aspecto inicial e aspecto final do sorriso.



Fonte: Reis *et al.*, (2018)⁴.

Por fim, o acompanhamento clínico é essencial para monitorar a integridade das facetas, identificar microfraturas e realizar manutenção, como polimento adicional quando necessário, assegurando longevidade do resultado⁴.

3 DISCUSSÃO

A literatura analisada demonstra que o uso de facetas diretas em resina composta permanece um tema amplamente debatido na odontologia contemporânea, especialmente devido às divergências existentes entre os autores sobre previsibilidade, durabilidade e estabilidade óptica. Muitos estudos apontam que essa técnica representa uma alternativa conservadora e altamente eficaz, principalmente pela sua capacidade de preservar maior quantidade de estrutura dental e possibilitar reabilitações estéticas em sessões reduzidas¹⁻⁵. Rocha et al.¹ e Pereira et al.⁵ reforçam esse entendimento, afirmando que as facetas diretas constituem um procedimento minimamente invasivo que, quando associado a bons materiais e correta técnica de estratificação, oferece resultados comparáveis aos de abordagens mais complexas.

Apesar disso, a literatura também apresenta contrapontos importantes. Alguns autores defendem que a técnica direta possui elevada sensibilidade operatória, exigindo habilidade refinada do cirurgião-dentista e domínio dos princípios estéticos e anatômicos para que o resultado seja previsível³⁶. Esses pesquisadores destacam que a falta de experiência clínica pode comprometer fatores como proporção dentária, anatomia secundária, textura superficial e contorno cervical, resultando em restaurações visualmente insatisfatórias ou com maior risco de insucesso a médio prazo. Essa divergência demonstra que, embora a técnica direta seja vantajosa em preservação dentária, sua efetividade depende significativamente do grau de capacitação do profissional.

Outro aspecto amplamente discutido na literatura refere-se ao planejamento reverso. Reis et al.⁴ ressaltam que o uso do mock-up é essencial para garantir previsibilidade funcional e estética, permitindo que tanto o paciente quanto o profissional visualizem e ajustem o resultado antes da execução definitiva. Para esses autores, o mock-up funciona como um protótipo diagnóstico que orienta proporção, alinhamento e forma dos elementos dentários, além de reduzir desgastes desnecessários.

Em concordância, outros estudos também reforçam o papel fundamental do mock-up no planejamento estético. Velloso et al.⁷ destacam que essa etapa aumenta a segurança do procedimento e facilita a simulação prévia do resultado,

enquanto Lopes et al.²⁷ e Campos et al.²⁹ afirmam que o ensaio restaurador melhora significativamente a comunicação com o paciente, reduz dúvidas quanto ao resultado final e aumenta a aceitação do tratamento.

Porém, essa visão não é unânime. Zanchin et al.³³ argumentam que, embora o mock-up seja uma ferramenta eficiente, ele não substitui uma análise técnica individualizada. Segundo esses autores, o mock-up pode criar uma falsa sensação de segurança quando aplicado sem compreensão adequada de guias funcionais, linhas estéticas e características faciais. Assim, ainda que seja um recurso valioso, sua eficácia depende diretamente da capacidade crítica do cirurgião-dentista em interpretar os dados e adaptá-los ao caso clínico.

No que diz respeito às propriedades dos materiais restauradores, a literatura também apresenta divergências relevantes. Viana et al.¹¹ afirmam que as resinas nanoparticuladas oferecem melhor estabilidade de cor, maior retenção de brilho e resistência ao desgaste quando comparadas às micro-híbridas. Esses autores sustentam que, graças à distribuição uniforme e ao tamanho reduzido das partículas, as nanoparticuladas possibilitam um acabamento mais liso e maior longevidade estética, sendo a escolha preferencial para facetas diretas em regiões anteriores.

Em contrapartida, Dias et al.¹⁴ defendem que a performance clínica dos compósitos não depende unicamente da tecnologia nanoparticulada. Para esses autores, fatores como protocolo de polimento, frequência das manutenções, hábitos alimentares e qualidade da técnica empregada pelo profissional influenciam tanto quanto ou até mais o tipo de compósito utilizado. Assim, apesar das vantagens laboratoriais das nanoparticuladas, o sucesso clínico ocorre pela combinação entre material, técnica e manutenção, e não pela composição isolada do compósito.

Além disso, quando comparadas às facetas cerâmicas, as facetas diretas ainda geram discussões intensas. Alguns autores afirmam que, quando bem indicadas, as facetas em resina composta podem alcançar resultados estéticos muito próximos às facetas cerâmicas⁶. Autores como Peixoto, Borges e Gomes⁶ destacam que, em casos de pequenas correções de forma, fechamento de diastemas e alterações leves de proporção, a técnica direta pode ser tão eficaz quanto a indireta, com vantagens como menor custo, menor tempo clínico e facilidade de reparo.

Entretanto, Neto et al.²⁴ e outros estudiosos discordam dessa equivalência, alegando que as facetas cerâmicas apresentam superioridade em estabilidade de cor, dureza superficial e resistência mecânica, principalmente em longo prazo. Esses autores apontam que as cerâmicas mantêm brilho e textura por muitos anos, ao passo que as facetas diretas são mais suscetíveis ao desgaste, à descoloração e ao acúmulo de biofilme. Dessa forma, a literatura evidencia que a escolha entre técnica direta ou indireta deve considerar não apenas o objetivo estético imediato, mas também a expectativa de longevidade e os cuidados de manutenção esperados pelo paciente.

Outro ponto relevante refere-se ao comportamento clínico das facetas diretas. Estudos como os de Santin et al.²⁰ defendem que o acabamento e polimento realizados em múltiplas etapas são determinantes para a longevidade clínica. Esses autores afirmam que a superfície polida adequadamente reduz a rugosidade superficial, dificultando o acúmulo de biofilme e diminuindo a susceptibilidade ao manchamento. Entretanto, Bansal et al.¹⁷ discordam parcialmente dessa visão, argumentando que, mesmo com protocolos de polimento bem executados, as resinas compostas ainda apresentam maior tendência ao escurecimento do que as cerâmicas, especialmente em pacientes com consumo elevado de café, vinho tinto e tabaco. Essas divergências reforçam que a estabilidade óptica do material depende não apenas da técnica de polimento, mas de uma série de fatores externos.

As indicações clínicas para facetas diretas também apresentam controvérsias na literatura. Barbosa et al.¹⁰ e Baratieri et al.¹³ contraindicam a técnica direta em dentes severamente escurecidos, apontando que a capacidade de mascaramento dos compósitos é limitada e que o risco de sobrecontorno estético é elevado. Por outro lado, Goyatá et al.¹² apresentam resultados positivos em casos de escurecimento dental moderado, desde que haja clareamento prévio e seleção adequada de opacidades, evidenciando que, em determinadas situações, o compósito pode ser utilizado com previsibilidade mesmo quando há alteração cromática significativa. Essa divergência demonstra que a contraindicação não é absoluta, mas dependente do protocolo adotado e do nível de experiência clínica.

A longevidade das facetas diretas também é discutida amplamente na literatura, e os estudos apresentam estimativas variáveis conforme o perfil do

paciente, material utilizado e técnica empregada. Pesquisas mostram que facetas diretas têm uma durabilidade média entre 5 e 7 anos, podendo alcançar períodos maiores quando há manutenção periódica e hábitos saudáveis¹⁷²¹. Contudo, quando comparadas às facetas cerâmicas cuja longevidade média varia entre 10 e 15 anos a diferença torna-se significativa²⁴²⁶. Mesmo assim, vários autores reforçam que a possibilidade de reparo minimamente invasivo representa uma vantagem crucial das facetas diretas⁶, especialmente para pacientes que desejam evitar desgastes adicionais ou têm orçamento limitado. Enquanto facetas cerâmicas geralmente requerem substituição completa em caso de fratura ou lascamento, as facetas diretas permitem correções localizadas, preservando estrutura dental e reduzindo custos.

Outro ponto central refere-se à influência dos hábitos do paciente na estabilidade das facetas diretas. Estudos relatam que consumidores frequentes de café, chás escuros, vinho tinto e tabaco apresentam maior risco de pigmentação superficial, mesmo com protocolos criteriosos de polimento¹⁷. Além disso, pacientes bruxômanos não tratados apresentam maior taxa de fraturas e desgaste marginal, o que leva alguns autores a considerarem as cerâmicas reforçadas como opção mais previsível nesses casos²⁶. Outros estudiosos, porém, argumentam que o uso de placas oclusais e a adoção de resinas com maior resistência à flexão podem minimizar esse risco, permitindo o uso das facetas diretas mesmo em pacientes com fatores oclusais desfavoráveis²⁰. Essa divergência evidencia que a técnica direta pode ser aplicada em uma ampla variedade de situações, desde que acompanhada por protocolos de suporte adequados.

Além dos fatores técnicos e materiais, a literatura destaca o impacto psicossocial das facetas diretas no bem-estar dos pacientes. Muniz et al.³⁵ demonstram que a reabilitação estética com resina composta está fortemente associada a melhorias na autoconfiança, satisfação com o sorriso e qualidade de vida relacionada à estética. Contudo, Sousa et al.³⁶ alertam que esses benefícios estão diretamente condicionados à estabilidade estética do resultado ao longo do tempo. Se o paciente não adere às consultas de revisão, profilaxias periódicas e orientações de higiene, o potencial sucesso psicológico da restauração pode ser prejudicado, levando ao descontentamento e necessidade de retratamentos precoces. Assim, observa-se que o fator humano incluindo comportamento, cuidados e expectativas é tão determinante quanto o material empregado.

Por fim, a análise de toda a literatura permite concluir que, embora exista um consenso geral sobre o valor das facetas diretas como técnica conservadora, estética e acessível, as divergências encontradas entre os autores mostram que seu sucesso não depende de um único componente, mas de um conjunto de fatores essenciais. A previsibilidade do tratamento está diretamente ligada à correta indicação clínica, ao planejamento reverso adequado, à habilidade técnica do profissional, à qualidade dos materiais utilizados e à adesão do paciente ao acompanhamento periódico. Dessa forma, quando todos esses elementos são considerados e integrados ao plano de tratamento, as facetas diretas são capazes de oferecer resultados duradouros, previsíveis e altamente satisfatórios, alcançando, em muitos casos, qualidade estética comparável às facetas cerâmicas.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo abordou o uso de facetas de resina composta em reabilitações estéticas do sorriso, destacando a relevância do planejamento clínico individualizado e da seleção adequada do material restaurador. Observou-se que etapas como avaliação detalhada, enceramento diagnóstico e confecção de guias de silicone são fundamentais para assegurar resultados harmoniosos, respeitando forma, cor, textura e proporção dos dentes anteriores. O planejamento também contribui para a comunicação clara com o paciente e definição de expectativas realistas quanto aos resultados funcionais e estéticos.

As facetas de resina composta permitem melhorar a estética do sorriso preservando a estrutura dental, com menor desgaste e custo acessível. Além disso, oferecem a possibilidade de ajustes e reparos, e proporcionam resultados rápidos e naturais. Esse tipo de restauração também contribui para a autoestima do paciente e a satisfação com o tratamento.

Assim, recomenda-se que novas pesquisas avaliem diferentes tipos de resina, técnicas de aplicação e estratégias de manutenção, a fim de aprimorar a durabilidade e os resultados estéticos das facetas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocha AO, Anjos LM, Rocha MNO, Lima TO, Rodrigues PCM, Santos LFS et al. Intervenção estética anterior por meio de facetas diretas em resina composta: relato de caso. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2021 Mar 13;13(3):e6439. doi: 10.25248/reas.e6439.2021.
2. Costa ACF da, Arruda PC de Castro. O uso de facetas na reabilitação bucal: uma revisão de literatura. *Rev Cient Multidisciplinar Lattice*. 2024;1(2). doi:10.70579/pl.v1i2.27.
3. Soares IS, Borges TS. Técnicas e indicações para a realização de facetas em resina composta direta: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. 2023;12(6):e3312641962. doi:10.33448/rsd.v12i6.41962.
4. Reis GR dos; Oliveira LP Montes; Vilela AL Resende; Menezes MS de Sousa. MOCK-UP: Previsibilidade e facilitador das restaurações estéticas em resina composta [relato de caso]. *Rev Odontol Bras Central*. 2018;27(81):105-111. doi:10.36065/robrac.v27i81.1131.
5. Pereira GMC, Feitosa DZ, Pereira OMC, de Araújo GC, da Silva BCB, Lago CS. Facetas em resina composta associado a clareamento externo de dente escurecido endodonticamente: relato de caso. *Rev Estud Multidisciplin UNDB*. 2023;3(1): [artigo sem paginação]. Disponível em: <https://periodicos.undb.edu.br/index.php/rem/article/view/86>
6. Peixoto LM; Borges AG; Gomes C. Reabilitação estética do sorriso com facetas diretas em resina composta – relato de caso. *Cadernos de Odontologia do UNIFESO [Internet]*. 2023;5(1). DOI:10.29327/2442440.5.1-23.
7. Velloso IC, Vieira LHM, Silva RR, Silva BL da, Ribeiro LF França, Silva JA da, Lima JLS de, Soares EC da. Critérios e limitações quanto às indicações das facetas diretas de resina composta. *Revista Científica da UNIFENAS*. 2024;6(6). DOI:10.29327/2385054.6.6-4.
8. Hilgert LA, Alto RM. Cerâmicas odontológicas. In: Alto RM, et al., editors. *Reabilitação estética anterior: o passo a passo da rotina clínica*. 1st ed. São Paulo: Editora Napoleão; 2018. p.338-379.
9. Albino VM, Santos ACM. Facetas em reabilitação oral: quando indicar resina ou porcelana? – revisão de literatura. *RCU [Internet]*. 2022 Dec 12 [cited 2025 Nov 3];1(1).
10. NO LUGAR DE OLIVEIRA ET AL., 2019. Barbosa JS, Neres ALA Dias, Amaral SAS. Direct restorative approach in darkened teeth: literature review. *Research, Society and Development*. 2021;10(15):e500101523130. doi: 10.33448/rsd.v10i15.23130.
11. Viana DPC, Lima Neto ES, Ferreira TS, Fonseca TS, Lins MA. Influência do acabamento e polimento na durabilidade e estética das restaurações em resina composta. *Brazilian Journal of Health Review*. 2024;7(3):1 15. doi:10.34119/bjhrv7n3-053.
12. Goyatá FDR, Costa HV Vieira, Marques LHG, Barreiros ID, Lanza CRM,

- Novaes Jr JB, Moreno A. Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso. *Arch Health Investig.* 2017;6(9):408-413. doi:10.21270/archi.v6i9.2224.
13. Baratieri LN, Monteiro SJr, Andrada MA C, Vieira LC C, Cardoso AC, Ritter AV. Estética: restaurações adesivas diretas em dentes anteriores fraturados. São Paulo: Santos; 2^a ed., 1998. 397 p.
 14. Dias P, Silva NRF, Martins VM, Santos-Filho PCF, Silva UPC, Silva CF. Aesthetic restoration using composite resin in teeth with inactive carious lesions: a conservative and predictable approach. *RGO (Rev Gaúch Odontol).* 2020;68:e20200052. doi:10.1590/1981-863720200005220180101.
 15. Silveira PV, Giancipoli GC, Ferreira DA, Pereira KDP, Nascimento CAB, Targino FSS. Semidirect restoration with composite resin in posterior teeth: clinical case report. *Braz J Dev.* 2022;8(6):43058-78.
 16. Rodrigues BB, Silva LJT, Silva GCB, Vieira HS, Campos F, Lins RBE. Bulk fill resin composite properties: a literature review. *Research Society and Development.* 2021;10(13):e136101320852. doi:10.33448/rsd-v10i13.20852
 17. Bansal K, Gupta S, Nikhil V, Jaiswal S, Jain A, Aggarwal N. Effect of different finishing and polishing systems on the surface roughness of resin composite and enamel: an in-vitro profilometric and scanning electron microscopy study. *Int J Appl Basic Med Res.* 2019;9(3):154-158. doi:10.4103/ijabmr.IJABMR_11_19.
 18. Dennis T, Zoltie T, Wood D, Altaie A. Reduced-step composite polishing systems – a new gold standard? *J Dent.* 2021; 112:103769. doi:10.1016/j.jdent.2021.103769.
 19. Batiholim CN, Ratnasari D. The effect of polishing techniques on color change of nanofill composite resin immersed in green tea (*Camellia sinensis*). *J Indones Dent Assoc (JIDA).* 2021;4(1):[páginas não informadas]. doi:10.32793/jida.v4i1.471.
 20. Santin DC, Scotti CK, Velo MM de AC, Camim FS da S, Mondelli RFL, Bombonatti JFS. Protocolo de acabamento, texturização e polimento para restaurações diretas em resina composta [Internet]. *Clinical and Laboratorial Research in Dentistry.* 2019. doi:10.11606/issn.2357-8041.cird.2019.152964.
 21. Tosco V, Monterubbianesi R, Orilisi G, Procaccini M, Grandini S, Putignano A, et al. Effect of four different finishing and polishing systems on resin composites: roughness surface and gloss retention evaluations. *Minerva Stomatol.* 2020;69(3):207-214. doi:10.23736/S0026-4970.19.04310-3.

22. Lima Júnior DA, Nogueira Filho R, Araújo de Jesus Batista MR, Soares do Couto GA, Lima DM, Firoozmand L M, et al. What is the importance of finishing and polishing in direct composite resin restorations in anterior teeth? *Research, Society and Development*. 2022;11(12):e535111234561. doi:10.33448/rsd-v11i12.34561.
23. Uzêda KRT, Araújo IDT de, Oliveira VJ de, Santos AJS dos, Borges BCD, Assunção IV de. Harmonização do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso. *Rev Ciência Plural [Internet]*. 2020;6(3):239-254. DOI:10.21680/2446-7286.2020v6n3ID20561.
24. Neto JMA de Aquino; Souza SVP; Farias MPC; Barros JVB Alves Rodrigues Almeida; Santos JKB dos; Medeiros MLB Bittencourt Brandão; Cavalcante TC. Facetas cerâmicas: uma análise minimamente invasiva na odontologia. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2020;(48):e3374. doi: 10.25248/reas.e3374.2020.
25. Dominguez GP, Lozano DH, Santos AC, Antezana JM, Antezana SA. Direct resin composite veneers: An extensive review. *Research Society and Development*. 2024;13(7):e12213746470. doi:10.33448/rsd-v13i7.46470.
26. Barboni KG. Problemas periodontais ocasionados pelo insucesso das lentes de contato: Relato de caso [Trabalho de Conclusão de Curso]. Maringá (PR): Universidade Cesumar (Unicesumar); 2020. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/7745>
27. Lopes AGE, Silva RAS, Araújo LL de, Rocha VBM da S, Medeiros MLB B. Uso de mock-up em facetas diretas com resina composta. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023;6(3):13570-1578. doi:10.34119/bjhrv6n3-404.
28. Costa PCN, Silva MJA. O tratamento de diastemas com planejamento por mock-up: revisão de literatura. *Id on Line Rev. Mult. Psic*. 2020;14(50):1170 1184.
29. Campos FR da Silva; Santos TH Henriques; Garcia LO R. Aplicação do ensaio restaurador (mock up) no planejamento de reabilitações estéticas. *Ciência Atual – Revista Científica Multidisciplinar da UniSãoJosé*. 2021;17(1):72.
30. Borges LR, Freese Neto A, Martins VdM, Santos-Filho PCF, Silva CF. Reanatomização dentária e sua importância nos resultados estéticos do sorriso: relato de caso. *Rev Odontol Bras Central*. 2020;29(88):34-38. doi:10.36065/robrac.v29i88.1325.
31. Caetano CP, Nascimento F. Importância da técnica de faceta direta na estética do sorriso: revisão narrativa. *Scientia Generalis*. 2022;3(2):179-185.
32. Scalbert ALF. Digital Smile Design: reabilitação estética e funcional [dissertação]. Lisboa: Instituto Universitário de Ciências da Saúde; 2020.
33. Zanchin C, Almeida L, Santos EB dos, Andrade GS de, Naufel FS, Schmitt VL. Reabilitação anterossuperior com técnica direta em resina composta. *Clinical and Laboratorial Research in Dentistry*. 2021;1-7.

doi:10.11606/issn.2357-8041.clrd.2021.176826. revistas.usp.br+1

34. Borges JF. Faceta direta em resina composta: uma revisão de literatura [monografia]. São Luís: Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco; 2021.
35. Muniz MB de Albuquerque; Santillo PM Hordonho; Anjos HA dos; Manzi RL Lins; Muniz CI Félix; Assis JPM de Garcia; Carvalho MCC de Fernandes; Santos MS dos. Reabilitação oral com facetas de resina composta e influência na qualidade de vida – relato de caso. *Research, Society and Development*. 2022;11(3):e23611326467. doi:10.33448/rsd.v11i3.26467.
36. Sousa JS de, Alves CKC Santos, Nogueira DP de Sousa, Leal CL. Facetas diretas em resina composta: relato de caso e discussão dos conceitos atuais. *Research, Society and Development*. 2023;12(6):e2612641849. doi:10.33448/rsd.v12i6.41849.
37. Coelho MF; Mainieri VC; Souza Jr OB; Coelho de Souza FH. Reabilitação estética do sorriso com facetas de resina composta com carga suprananométrica: relato de caso clínico. In: *Práticas e Inovações em Odontologia: Desafios e Avanços* [Internet]. 2024; Chapter 7: pp. —. doi:10.22533/at.ed.0172421057.