

## **PROTOCOLO DE CONFEÇÃO DE FACETA EM RESINA COMPOSTA COMPOSITE RESIN FACET MAKING PROTOCOL**

---

**Ohana Cardoso Gomes e Ruana Lorena X. V. de Castro**

Graduandas em odontologia do Centro Universitário São José.

**Michelle Galhardi**

Prof. Ms. em Ortodontista - UNOPAR

### **RESUMO**

A confecção de facetas diretas em resina composta tem sido uma alternativa rotineiramente utilizada na clínica odontológica quando há necessidade de restaurar dentes anteriores com alteração de cor ou forma anatômica. Além de representarem um recurso valioso dentro da odontologia estética, uma vez que requerem um preparo conservador, apresentam menor custo quando comparadas às técnicas indiretas, estando, assim, ao alcance de todos os profissionais da área odontológica. Os protocolos da confecção da faceta de resina composta, o conhecimento e domínio das propriedades físicas e ópticas dos materiais restauradores, domínio da técnica e respeito a escultura dental irão promover resultados estéticos altamente satisfatórios, desenvolvendo harmonia ao sorriso do paciente. Nesse sentido, a proposta desse trabalho é realizar um manual de confecção de faceta em resina composta de dentes anteriores, abordando a anatomia dental e a técnica restauradora, que sirva como guia aos alunos de odontologia e cirurgiões-dentistas quando desejarem realizar a confecção de facetas em resina composta em dentes anteriores.

A realização de uma faceta direta em resina composta requer do profissional que pretende executá-la o conhecimento das propriedades mecânicas e ópticas dos compósitos, bem como das técnicas restauradoras atualmente disponíveis. Além disso, é fundamental que se tenha habilidade manual e familiaridade com os detalhes

anatômicos específicos da superfície vestibular dos dentes anteriores e que eles possam ser reproduzidos com naturalidade na restauração.

**Palavras-chave: Protocolo de facetas de resina, anatomia dental, dentes anteriores.**

## **ABSTRACT**

The manufacture of direct veneers in composite resin has been an alternative routinely used in the dental clinic when there is a need to restore anterior teeth with color change or anatomical shape. In addition to representing a valuable resource within esthetic dentistry, since they require conservative preparation, they have a lower cost when compared to indirect techniques, thus being within the reach of all professionals in the dental field. The protocols for making composite resin veneers, knowledge and mastery of the physical and optical properties of restorative materials, mastery of the technique and respect for dental sculpture will promote highly satisfactory aesthetic results, developing harmony with the patient's smile. In this sense, the purpose of this work is to create a manual for making veneers in composite resin from anterior teeth, addressing dental anatomy and the restorative technique, which will serve as a guide for dental students and dentists when they wish to make veneers. in composite resin in anterior teeth.

Carrying out a direct veneer in composite resin requires that the professional who intends to perform it has knowledge of the mechanical and optical properties of the composites, as well as the restorative techniques currently available. In addition, manual skill and familiarity with the specific anatomical details of the buccal surface of anterior teeth are essential, so that they can be reproduced naturally in the restoration.

**Keywords: Resin veneers protocol, dental anatomy, anterior teeth.**

## 1. INTRODUÇÃO:

A odontologia estética está cada vez mais presente nos procedimentos odontológicos minimamente invasivos. Considerado a relevância na odontologia moderna, a busca por uma estética dental agradável e harmoniosa aumentou significativamente a demanda por tratamentos estéticos restauradores, com protocolos que otimizem a qualidade e alcancem padrões quase imperceptíveis da interface dente-restauração. (GOUVEIA et al.,2018).

Dentre os tratamentos estéticos, destacamos as facetas em resina composta. Estas vêm sendo utilizadas a mais de 60 anos e ao longo dos anos e vem demonstrando excelentes resultados (PAIVA et al., 2019). A confecção de facetas diretas em resina composta consiste na aplicação estratificada desse material sobre a superfície vestibular dos dentes com o intuito de favorecer a estética (CONCEIÇÃO 2000).

A resina composta tem sido uma alternativa rotineiramente utilizada na clínica odontológica para confecção de facetas em dentes anteriores, pois além de representarem um recurso valioso dentro da Odontologia Estética, requerem um preparo conservador, apresentam menor custo quando comparadas às técnicas indiretas, apresentam versatilidade clínica, oferece facilidade de reparo e permite a realização do tratamento em uma única sessão. (BORGES et al., 2019 , PASCOTTO 2008),

SANTANNA et al. (2016), afirmam que os materiais restauradores utilizados atualmente na odontologia possuem ótimas propriedades ópticas, resistência adequada, biocompatibilidade, durabilidade e estabilidade de cor a longo prazo, e possuem as características naturais dos dentes.

Porém, vale ressaltar que para alcançar a excelência na confecção de facetas de resinas em dentes anteriores, o profissional necessita de conhecimento de anatomia dental, domínio da técnica restauradora, além de possuir habilidades manuais. (BORGES et al., 2019). Também é importante um planejamento adequado, que vai desde a correta indicação do caso clínico, passando pela escolha correta da cor e protocolo de confecção adequado.

Nesse sentido, a proposta desse trabalho é realizar um manual de confecção de faceta em resina composta de dentes anteriores, abordando a anatomia dental e a técnica restauradora, que sirva como guia aos alunos de odontologia e cirurgiões-dentistas quando desejarem realizar a confecção de facetas em resina composta em dentes anteriores.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 SELEÇÃO DO TIPO DE RESINA: PROPRIEDADES E COR**

A odontologia restauradora possui o objetivo de produzir restaurações imperceptíveis, sendo que um dos maiores desafios é a seleção de cores por ser um processo complexo mediado por fatores que o cirurgião dentista deve conhecer e ser capaz de realizar. Desse modo para a seleção de cor do dente deve-se ter uma atenção especial a fim de atender aos desejos dos pacientes (LUCENA et al., 2016).

As propriedades ópticas dos dentes se dão pela combinação dos efeitos da coloração extrínseca e intrínseca como pela composição do esmalte e da dentina. O esmalte possui estrutura altamente mineralizada e pouco conteúdo orgânico, conferindo propriedades de transparência e opalescência. Em contrapartida, a dentina contém maior quantidade de conteúdo orgânico e menos mineral, o que a torna menos translúcida, permitindo maior reflexão da luz, sendo responsável pela cor que irá ser percebida. (RIBEIRO, 2019).

A cor possui três dimensões que correspondem a matiz, croma e valor, com isso as cores podem ser expressas por suas interações. A matiz corresponde ao nome real da cor que pode ser interpretada como a cor base do dente ou tonalidade, é especificada como o intervalo dominante de comprimentos de onda de espectro visível que produz a cor. Na escala *Vita Classic Shade Guide*® (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha), a matiz é representada pelas letras A, B, C e D. (LUCENA et al., 2016 e BARATIERE et al., 2013) O croma, por sua vez, é definido como a saturação ou intensidade do matiz (Vanini, 2011). Varia com a quantidade de pigmento incorporado num matiz e determina a intensidade da cor, isto é, se forte ou

fraca. O croma e o valor estão inversamente proporcionais visto que quando o croma é aumentado, o valor é diminuído.

Na escala *Vita Classic*® (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha) números mais altos na guia de cores representam um aumento de croma, assim as letras representam o matiz e os números o croma. É importante enfatizar que o matiz e o croma estão presentes na dentina, pois são propriedades dessa estrutura (Lucena et al., 2016; Melo et al., 2020; Pereira, 2017; Sikri, 2010; Sousa, 2019). O valor, por fim, é determinado como a luminosidade do objeto. A luminosidade de qualquer objeto é uma consequência direta da quantidade de energia de luz que o objeto reflete ou transmite (Lucena et al., 2016; Vanini, 2011).

De acordo com Hirata (2017) o olho humano é mais sensível a mudanças do valor e ao croma, sendo assim, as escalas de cor que são baseadas no valor são mais precisas. Ao comparar, por exemplo, um tom B1 com um A1, é difícil avaliar qual a amostra que apresenta uma cor mais laranja ou mais amarela, porém, é relativamente mais fácil identificar qual a amostra se apresenta mais intensa/brilhante, no qual seria o valor (Hirata, 2017; Gurel, 2003). Além disso, um valor muito elevado produz uma restauração com aspecto mais artificial, podendo ser percebida com facilidade, já um valor reduzido tira a vida da restauração, mesmo que o matiz e o croma estejam corretos (Tabela 1) (Lucena et al., 2016)

**Tabela 1** – Características das restaurações com baixo valor e alto valor, respectivamente.

<b>VALOR</b>	
<b>BAIXO VALOR</b>	<b>ALTO VALOR</b>
<b>Menos luminoso</b>	Mais luminoso
<b>Mais escuro</b>	Mais claro
<b>Mais cinza</b>	Mais opaco
<b>Mais translúcido</b>	Mais branco
<b>Menor reflexão</b>	Mais leitoso
<b>Maior saturação</b>	Menor saturação
<b>Maior croma</b>	Menor croma

O planejamento visual das cores deve ser realizado de forma criteriosa, de preferência com observações feitas em consultas anteriores (fase de planejamento). Uma alternativa é a confecção de um mapa cromático baseado nas características dos dentes adjacentes. (BARATIERE, et al., 1988).

Outra técnica, bastante utilizada na prática clínica odontológica em restaurações diretas é a aplicação e fotoativação de pequenos incrementos de compósitos sobre a superfície do dente em questão. A principal vantagem desse método é por usar o próprio sistema de resina composta para selecionar a cor, como também é mais prático. Ao realizar essa técnica, indica-se aplicar incrementos de resina para esmalte, pois é este que determina a cor final do dente (Baratieri, 2013). É colocado um pequeno incremento de resina composta, aproximadamente 2mm de espessura, junto ao terço cervical do dente, local onde se determina a cor da dentina. Em contrapartida, deve-se observar se a ponta da borda incisal tem maior ou menor valor para a escolha do valor (Lucena et al., 2016).

O mapa cromático do dente consiste em diferentes expressões nos vários níveis anatômicos: os cromas mais altos estão no terço cervical, pois é a área com maior saturação devido o esmalte ser mais fino nesse local; já no terço médio os cromas são mais baixos e no terço incisal há apenas a translucidez do esmalte incisal. Logo, esta técnica permite o planejamento prévio para determinar a cor do dente nas restaurações, ao realizar esquematizações e combinações com as cores, facilitando o processo e evitando erros posteriores (Cardoso et al., 2006; Lobato et al., 2019; Tokumi, 2007).

Para muitos autores, a fotografia tem sido bastante utilizada como um meio para realizar o mapeamento cromático. Principalmente a tomada de fotografias quando analisadas em preto e branco, pois permite avaliar o valor do dente. Dessa forma, a primeira etapa do mapeamento cromático é a realização das fotografias dos dentes (de preferência um dente hígido análogo ao que será restaurado) e transferência para o *Photoshop*® (programa de edição de imagens). A partir daí utiliza-se filtros específicos do *Photoshop*® que evidenciem a visualização das nuances e detalhes cromáticos presentes nos dentes (Cardoso et al., 2006; Costa, 2018; Lobato et al., 2019; Tokumi, 2007).

A seleção de cor deve ser realizada em ambientes que tenham paredes neutras, de preferência de cor branca, devido a reflexão da luz nos objetos. Os dentes devem estar devidamente limpos e com a umidade natural da cavidade oral, pois a água possui um papel fundamental no resultado final da cor (Amaral, 2006; Lucena et al., 2016). O esmalte desidratado é menos translúcido, devido a taxa de refração da luz na água e no ar ser diferente, o que pode confundir o cirurgião-dentista a escolher uma resina mais clara e opaca do que a cor natural do dente (Reus, 2017; Nahsan et al., 2012).

Ao realizar restaurações em dentes anteriores, é importante atentar para as suas três inclinações anatômicas. Divididas em terço cervical, médio e incisal. O terço cervical é a parte mais saturada do dente, pois nessa região existe uma fina espessura de esmalte, o que permite visualizar com mais intensidade a porção escurecida da dentina. Além disso, a área cervical é característica de mais absorção da luz do que reflexão (Carvalho et al., 2020; Pereira et al., 2018). O terço incisal, por sua vez, há mais esmalte do que dentina, logo é um terço mais translúcido, pois transmite mais facilmente a luz. Sendo assim, usam-se resinas mais translúcidas. Finalmente, o terço médio é a área que apresenta uma maior luminosidade, visto que reflete muita luz, não existe a influência do fundo escuro da boca, como tem no terço incisal. Por ser o terço mais plano, ele favorece o processo de reflexão da luz, obtendo uma área de maior luminosidade e, portanto, mais esbranquiçada (Lobato et al., 2019; Nahsan et al., 2012)

A seleção de cor é a capacidade do operador de conseguir correlacionar as cores reais da dentição natural com as da resina composta. Contudo, essa seleção exige conhecimento e concentração, pois diversos fatores, como a fonte de luz, o ambiente e as escalas de cor, podem influenciar na precisão da cor. Dessa forma, o cirurgião-dentista deve dispor das melhores técnicas para selecionar a cor durante a reconstrução de um dente (Pereira, 2017; Reus, 2017; Sousa, 2019).

## **2.2 PREPARO PARA FACETA EM RESINA COMPOSTA**

### **Nessa fase serão descritas as fases restauradoras:**

Primeiro passo: realiza-se a seleção da cor do dente do paciente e uma breve entrevista para saber qual a expectativa dele com relação à cor final desejada. Lembra-se que a

marca da resina composta deve ser escolhida durante o planejamento devido à opacidade e à translucidez de cada marca.

Segundo passo: isolamento absoluto e condicionamento com ácido fosfórico a 37% por 30 s, lavar bem com água durante 1 minuto, posterior aplicação do sistema adesivo escolhido e fotopolimerização por 20 s por face.

Terceiro passo: confecção da camada palatina. É importante para devolver o contorno das bordas incisais e a posição tridimensional do ângulo inicial, e definir o ângulo de desoclusão.

Quarto passo: camada de dentina. Podemos aplicar com espátula fina.

Quinto passo: camada vestibular. Escolhe-se a resina composta para esmalte, isolando os dentes adjacentes com uma fita teflon, leva-se o mesmo na posição correta, fotopolimeriza-se por 20 s, remove-se o excesso, fotopolimeriza-se por mais 20 s e finalmente a forma e a textura estarão prontas para o polimento.

Sexto passo: após a finalização de todos os elementos, realiza-se uma inspeção das áreas dinâmicas de visibilidade para ver a necessidade de acréscimo em áreas mais proximais.

Sétimo passo: acabamento, usa-se brocas multilaminadas para melhorar anatomia dos dentes, acertando as arestas, áreas de sombra e espelho.

Oitavo passo: polimento final, utilizando-se borrachas de acabamento sem pressão para não remover as texturas, e polimento final para a obtenção de alto brilho de superfície, com disco de pelo de cabra, primeiro com pasta de polimento e depois sem pasta de polimento, para finalizá-lo, sem utilizar discos de acabamento ou pontas diamantadas e/ou multilaminadas na face vestibular, mantendo as características anatômicas dos dentes.

## **2.3 ANATOMIA DENTAL DOS DENTES ANTERIORES**

### **Incisivo central superior**

#### **FACE VESTIBULAR**

- 1) Forma trapezoidal alargada e convexa;
- 2) Coroa estreita no 1/3 cervical e larga no 1/3 incisal (observar convergência das bordas mesial e distal na direção da cervical);



- 3) A borda mesial é mais retilínea e a distal mais convexa;
- 4) O ponto de contato mesial se encontra no 1/3 incisal, próximo à borda incisal. O ponto de contato distal se encontra perto da junção dos terços incisal e médio;
- 5) Ângulos Mésio-incisal mais agudo e o Disto-incisal mais arredondado;
- 6) Borda Incisal retilínea;
- 7) Sulcos de desenvolvimento contribuindo para a formação de três lóbulos: mesial (maior), central (menor) e distal (tamanho médio);
- 8) Presença de mamelos (normalmente em dentes recém erupcionados) situados na borda incisal abaixo dos lóbulos.

#### FACE PALATINA

- 1) Forma trapezoidal e côncava;
- 2) Mais estreita que a face vestibular, devido à convergência das faces mesial e distal para a lingual;
- 3) Cristas Marginais espessas próximo ao cíngulo. Diminuição da espessura à medida que se aproximam dos ângulos incisais;
- 4) Cíngulo proeminente, centralizado ou deslocado para a distal. Pode se apresentar de diferentes formas, algumas vezes constitui zona de união com as cristas marginais, e outras, exibem uma proeminência linguiforme, mais ou menos independente da fossa lingual, determinando a formação forame cego;
- 5) Fossa Lingual com profundidade variável, sendo determinada pelo volume do cíngulo.

#### **Incisivo lateral superior**

##### FACE VESTIBULAR

- 1) Forma trapezoidal alongada e convexa;
- 2) Coroa mais estreita do que os ICS com convexidade mais acentuada em todos os sentidos, sendo maior ao nível do terço cervical;
- 3) Pontos de contatos mais distantes da borda incisal do que os ICS;
- 4) Ângulos Mésio-incisal e disto-incisal (mais visível) mais arredondados do que os ICS;
- 5) Borda Incisal mais inclinada para a distal;
- 6) Sulcos de desenvolvimento e depressões menos proeminentes e menos comuns do que nos ICS;

7) Podem ser observados os mamelos na borda incisal de dentes jovens.

#### FACE PALATINA

- 1) Forma trapezoidal e côncava;
- 2) Cristas Marginais mais salientes, sendo a Mésio-lingual reta e mais longa e a disto-lingual curvada e curta;
- 3) Cíngulo alto, bem formado, centralizado e mais estreito;
- 4) Fossa Lingual mais profunda em razão da saliência do cíngulo e das cristas marginais, deixando esta face acentuadamente côncava, podendo ser melhor observada pelas faces proximais;
- 5) Entre o cíngulo e a fossa lingual surge frequentemente uma depressão em forma de fosseta, chamada de forame cego.

#### **Canino superior**

##### FACE VESTIBULAR

- 1) Forma pentagonal alargada e bastante convexa;
- 2) Aspecto robusto, alargado ou intumescido no sentido transversal;
- 3) Presença de duas inclinações (arestas) na borda oclusal dando a impressão de uma “cúspide”;
- 4) O ponto de contato mesial se situa na junção dos terços médio e incisal. O ponto de contato distal se situa no 1/3 médio, mais próximo da cervical em relação à junção anterior;
- 5) Aresta longitudinal mesial mais curta e menos inclinada em comparação com a distal que é maior e mais pronunciada;
- 6) Ângulo Disto-oclusal mais arredondado e deslocado para a cervical do que o ângulo Mésio-oclusal;
- 7) Sulcos de desenvolvimento rasos, determinando três lóbulos, sendo o central mais proeminente.

## FACE PALATINA

- 1) Forma pentagonal mais estreita, principalmente no terço cervical, devido à convergência pronunciada das faces proximais para a lingual e a cervical.
- 2) Cristas Marginais aumentam de volume à medida que se aproximam da cervical; A mesial é mais longa do que a distal, devido à aresta longitudinal mesial ser menor e à localização do ponto de contato próximo ao 1/3 incisal;
- 3) Cíngulo bem desenvolvido, podendo formar uma verdadeira cúspide em alguns casos. Apresenta três saliências: duas constituem as cristas marginais, e a terceira, mediana, bem mais volumosa (crista cérvico oclusal), que se encontram separadas por sulcos de desenvolvimento;
- 4) Fossa Lingual pode ser dividida na presença da crista cérvico-oclusal em mesial e distal (mais rasa).

## **Incisivo central inferior**

### FACE VESTIBULAR

- 1) Forma trapezoidal alongada, com convexidade menor comparada aos incisivos superiores;
- 2) Coroa com formato de cinzel ou cunha, com maior dimensão no sentido cérvico-incisal e achatada no méso-distal.
- 3) Pontos de contatos no mesmo nível, próximos aos ângulos méso-incisal e disto-incisal;
- 4) Bordas mesial e distal tendem ao paralelismo e encontram a borda incisal em ângulos quase retos, muito pouco ou nada arredondados;
- 5) Borda Incisal mais inclinada para a distal;
- 6) Sulcos de desenvolvimento pouco observados;
- 7) Mamelos podem ser observados na borda incisal.

### FACE LINGUAL

- 1) Forma trapezoidal, podendo ser triangular, em razão da convergência das faces proximais para a lingual e cervical. Levemente côncava e menor que a vestibular;
- 2) Cristas Marginais pouco perceptíveis;
- 3) Cíngulo centralizado, baixo e pouco saliente;

- 4) Fossa Lingual lisa, rasa e com pouca depressão;
- 5) Devido a pouca evidência do cingulo e a pequena depressão da fossa lingual dificilmente pode ser identificado o forame cego.

### **Incisivo lateral inferior**

#### FACE VESTIBULAR

- 1) Forma Trapezoidal, tendendo a triangular. Pouca convexidade;
- 2) Difere do ICI por apresentar as bordas mesial e distal mais convergentes para a cervical;
- 3) Pontos de contatos mais distantes da borda incisal do que os ICS;
- 4) Ângulo Disto-incisal mais arredondado;
- 5) Borda mesial ligeiramente mais alta do que a distal;
- 6) Borda incisal mais larga comparada ao ICI;
- 7) Sulcos de desenvolvimento pouco observados;
- 8) Mamelos podem estar presentes na borda incisal de dentes jovens.

#### FACE LINGUAL

- 1) Forma trapezoidal, podendo ser triangular, em razão da convergência das faces proximais para a lingual e cervical. Levemente côncava e menor que a vestibular;
- 2) Cristas Marginais pouco perceptíveis;
- 3) Cingulo centralizado, baixo e pouco saliente;
- 4) Fossa Lingual lisa, rasa e com pouca depressão;
- 5) Devido a pouca evidência do cingulo e a pequena depressão da fossa lingual dificilmente pode ser identificado o forame cego.

### **Canino inferior**

#### FACE VESTIBULAR

- 1) Forma pentagonal alongada, irregular, estreita e convexa;
- 2) Coroa não apresenta simetria bilateral, porque o segmento mesial da aresta longitudinal da cúspide é menor e menos inclinado que o distal;
- 3) A borda mesial é mais alta e retilínea do que a distal;

- 4) O 1/3 mesial é mais robusto e se projeta para vestibular, como no canino superior. O 1/3 central é o menor e o 1/3 distal é o mais largo, pois se prolonga no sentido distal.
- 5) Pontos de contatos mais distantes da borda incisal do que os ICS;
- 6) Aresta longitudinal mesial mais curta e menos inclinada em comparação com a distal que é maior e mais pronunciada;
- 7) Sulcos de desenvolvimento rasos, determinado pelos três lóbulos. Em raríssimos casos pode ser observada a crista cérvico-oclusal.

#### FACE LINGUAL

- 1) Forma pentagonal, estreita, alongada e com ângulos arredondados;
- 2) Cristas marginais pouco salientes;
- 3) Cíngulo pouco demarcado e se desloca suavemente para a distal em relação ao longo eixo da raiz;
- 4) Fossa lingual levemente côncava, rasa, com crista cérvico-oclusal raramente perceptível.

### **2.4 TÉCNICA DE CONFECÇÃO DE RESINA**

As técnicas de estratificação foram desenvolvidas para auxiliar o operador na obtenção de resultados estéticos e ópticos que mimetizam a aparência natural dos tecidos dentários. Com a utilização de diferentes camadas de resina composta, é possível alcançar esses resultados. No entanto, é importante destacar que tanto as técnicas de estratificação quanto as próprias resinas compostas vêm sofrendo constantes modificações e melhorias. Por esse motivo, é essencial que o operador leve em consideração o caso em questão e respeite as indicações específicas de cada técnica para obter melhores resultados (BASSIM, et al. 2014):

- I- Técnica de duas camadas: é uma técnica incremental monocromática que consiste em aplicar primeiramente uma camada que possui todas as propriedades dentárias, seguida por uma camada de resina com maior potencial de transparência para mimetizar as propriedades óticas dos terços incisais (DECERLE et al., 2011). Embora alguns autores a recomendem para

tratamentos restauradores de classe III e V, pode ser utilizada de forma eficaz em diversas situações. (BASSIM, et al. 2014).

- II- Técnica de três camadas: consiste em uma técnica monocromática que surgiu com o objetivo de aprimorar o aspecto estético da técnica de duas camadas. Nesse método, são utilizadas três camadas de resina composta, compostas por uma de dentina, uma de corpo e outra de esmalte. (Correia et al. 2005, Decerle et al. (2011) e Bassim et al. 2014).
- III- Técnica de três camadas de Vanini: consiste em utilizar uma camada vítrea adicional de alta difusão para mimetizar a camada de esmalte amorfo. Essa camada tem características próprias e é o elemento principal que diferencia essa técnica da técnica de três camadas clássica. (DECERLE, et al. 2011).
- IV- Técnica Natural Layering Concept: esta técnica busca substituir as estruturas dentárias naturais por meio de uma restauração que possui as mesmas espessuras de esmalte e dentina. Seu grande diferencial em relação à técnica de duas camadas está na capacidade de imitar, por meio da resina composta, as cores presentes nas propriedades óticas naturais dos próprios dentes. (DECERLE, et al. 2011; CORREIA, et al. 2005).
- V- Técnica Natural Layering Concept Evoluída: técnica moderna surgiu com o objetivo de aprimorar a abordagem clássica e promover a restauração dentária mais natural possível. Para isso, utiliza as tonalidades brancas, azuladas e alaranjadas em cada camada de resina composta, que inclui esmalte e dentina. O resultado final é uma mimetização impressionante dos aspectos de vitalidade dental. (DECERLE, et al. 2011).

## **2.5 ACABAMENTO E POLIMENTO DAS FACETAS**

O acabamento e polimento são etapas essenciais para obter sucesso nas restaurações com resina composta. Com técnicas simples e rápidas, é possível alcançar resultados estéticos de alta qualidade e aumentar a durabilidade da restauração.

As restaurações estéticas podem falhar ou apresentar insucesso devido às alterações de cor e manchamento ao longo do tempo. Por isso, é importante realizar controles periódicos e procedimentos de acabamento e polimento para manter a função

e estética, prevenindo o acúmulo de placa bacteriana, pigmentação extrínseca e colonização de bactérias. Dessa forma, é possível restabelecer o brilho e lisura das restaurações, aumentando a sua longevidade.

O procedimento de acabamento consiste em remover irregularidades e excessos da restauração, melhorando os contornos anatômicos e promovendo regularidade na superfície. Para isso, são utilizadas pontas diamantadas de diferentes tamanhos, formas e granulações, que se adaptam às diferentes faces dos dentes e promovem diferentes níveis de desgaste. É importante destacar que as pontas diamantadas promovem aspereza na superfície das restaurações, exigindo a realização de polimento final com outro material para conferir brilho e lisura.

O procedimento de polimento tem como objetivo proporcionar brilho e reflexão à superfície, tornando-a homogênea e eliminando as ranhuras causadas pelo acabamento. No entanto, a diversidade de pontas disponíveis para a realização do polimento pode tornar a utilização de uma sequência lógica um desafio para o clínico. É importante observar cuidadosamente a sequência de acabamento e polimento utilizada para prevenir a formação de ranhuras adicionais, prejudicando a aparência e a durabilidade da restauração.

As borrachas abrasivas são pontas com partículas abrasivas de diferentes tamanhos, formatos e dimensões, que auxiliam no processo de polimento dos compósitos. Elas são capazes de promover lisura superficial e brilho, conferindo melhor aspecto estético à restauração. Cabe ressaltar que essas borrachas não são apropriadas para remoção de excessos ou modelagem anatômica, pois possuem baixo poder abrasivo. Para obter uma superfície lisa, uniforme e brilhante, é necessário realizar o procedimento de acabamento corretamente antes do polimento.

As pastas diamantadas são eficazes na realização de acabamentos e polimentos, porém devem ser utilizadas somente com pontas sem abrasivos, uma vez que elas possuem sua própria capacidade abrasiva e a mistura com outros abrasivos pode prejudicar o resultado final. Há no mercado diversas marcas e tipos de sistemas de acabamento e polimento, com variações no número de pontas utilizadas. Estudos comprovam que a técnica de polimento com múltiplos estágios apresenta melhores resultados do que os polidores de um único passo. Esses resultados superiores estão

relacionados com o emprego de discos ou pontas de acabamento mais granuladas combinados com discos de polimento de granulação fina e superfina. As etapas devem ser realizadas em ordem decrescente de granulação, permitindo que as diferentes granulometrias retirem as imperfeições e irregularidades presentes na superfície da restauração.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do avanço da Odontologia adesiva e dos materiais restauradores diretos, a técnica de faceta direta, em resina composta se tornou uma excelente opção de tratamento para reabilitação: biológica, estética e funcional de dentes anteriores, podendo proporcionar correção de: forma, textura, cor, posição e tamanho, permitindo uma maior previsibilidade estética e um resultado final natural e harmônico.

O dente natural é policromático, possui uma grande variedade de cores e, por isso, a seleção de cor deve ser realizada da maneira correta para reproduzir artificialmente as características intrínsecas do dente. O dentista deve conhecer e compreender as etapas da seleção de cor, possuir conhecimento sobre a cor, luz e das características anatômicas dos dentes, a fim de definir as diferentes nuances de cada dente, utilizando as melhores técnicas para dar naturalidade e sucesso estético para o paciente.

Para obter um bom resultado é de extrema importância o planejamento, que dependerá da interação de conhecimentos sobre: estética, materiais restauradores e técnicas disponíveis atualmente. Já quando se refere à tecnologia das resinas compostas, o tamanho e a quantidade das partículas para se definir qual a melhor indicação do material, a crescente busca dos pacientes por restaurações imperceptíveis tem exigido cada dia mais atenção do cirurgião-dentista quanto a técnica utilizada com a resina composta, em relação as propriedades óticas com: coloração, translucidez, opacidade e opalescência semelhante ao dente natural, permitindo alcançar resultados previsíveis e satisfatórios.

A técnica de faceta direta em resina composta é um procedimento restaurador estético, que possui várias vantagens, pois permite: realizar reparações no decorrer do



procedimento, controle de cor e forma, eficazes e fáceis de confeccionar quando comparadas às faceta de cerâmica, que não necessitam de trabalho laboratorial, técnica minimamente invasiva, portanto mais conservadora, geralmente realizada em sessão única, resistência estabilidade de cor favorável, dispensando a confecção de provisório, ótimo resultado estético, boa relação custo/benefício e menor tempo clínico, além de proporcionarem uma expectativa de longevidade clínica, em torno de 10 anos. Visto que é possível melhorar a estética dental de maneira rápida e eficaz, houve uma maior demanda por essa técnica nos últimos anos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; ROCHA, B. B.; CARVALHO, F. R.; LEÃO, P. C. N.; SILVA, M. J. A. Odontologia minimamente invasiva, uma análise sobre Facetas Cerâmicas: Revisão de Literatura. **Revista multidisciplinar e de psicologia**, v. 13, n. 47, p 940-952, out 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2096>. Acesso em: 2 set. 2022.

ARAÚJO, I. D. T.; ABRANTES, P. S.; BORGES, B. C. D.; ASSUNÇÃO, I. V. Reabilitação estética anterior com resina composta: Relato de caso. **Revista Ciência Plural.**, Natal, v. 5, n. 1, p 89-101, jun. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17947/11745>. Acesso em: 15 set. 2022.

BENTO, M. J.; BENTO, V. A. A.; CASTILLO, D. B.; PEREIRA, F. A. Impacto psicossocial na reabilitação estética anterior com resina composta direta: relato de caso. **Archives of health investigation**, v. 10, n. 2, p 209-214, fev. 2021. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/5083>. Acesso em: 9 set. 2022.

CHAUDHARI, A.; BAGGA, D. K.; AGRAWAI, P.; KALRA, H.; SIROHI, D. An assessment of the self-satisfying smile among different professionals. **J Int Oral Health**, v.10, n. 11, p 1-4, set. 2021.

COSTA, J. A.; NOVAIS, J. M.; CARLOS, A. M. P. O uso de resinas opacificadoras em dentes anteriores com manchamento intrínseco – revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development.**, Curitiba, v. 6, n. 11, p 93262-93270, nov. 2020.

GOUVEIA, C. G.; MOREIRA, J. R.; PERALTA, F. S.; SCHERMA, A. P.; RESENDE, L. F. M. Facetas diretas de resina composta em dentes anteriores: relato de caso. *Clínica e Pesquisa em Odontologia – UNITAU.*, Taubaté, v. 9, n. 1, p 44-50, set. 2018.

GOYATÁ, F. R.; COSTA, H. V.; MARQUES, L. H. G.; BARREIROS, I. D.; LANZA, C. R. M.; NOVAES JÚNIOR, J.B.; MORENO, A. Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento em paciente jovem: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 9, p 408-413, out. 2017. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2224>. Acesso em: 10 set. 2022.

MOREIRA, E. J. R.; NETO, J. A. F.; FREITAS. Harmonização estética do sorriso com facetas diretas em resina composta: relato de caso. **Scientific Investigation in Dentistry**, v. 23, n. 1, p 22-27, jan. 2018.

SAPATA A., SATO C. SIMPLE: uma abordagem simples em resinas compostas: anatomia, escultura e protocolos clínicos. Nova Odessa: Napoleão; 2017. 512 p. Cardoso RM, Maia GHS, Melo CA, Guimarães RP, Menezes Filho PF. Aplicação clínica das resinas de nanotecnologia. **Odontol Clin Cient** 2008; 7(4):357-62

(R Dental Press Estét, Maringá, v. 5, n. 2, p. 96-109, abr./maio/jun. 2008) CONCEIÇÃO, E. M. *Dentística: saúde e estética*. São Paulo: Artes Médicas, 2000