

FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO: RELATO DE CASO CLÍNICO E DISCUSSÃO CLÍNICO- CIENTÍFICA

**DIRECT COMPOSITE RESIN VENEERS IN ESTHETIC SMILE
REHABILITATION: A CLINICAL CASE REPORT AND CLINICAL-SCIENTIFIC
DISCUSSION**

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde • 16/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/784186459](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/784186459)

Rudson de Oliveira Santos¹

Marcelle Gonçalves Cruz Santos²

Michele Barillo Garcia Verbicário³

Tatiely Natália Silva⁴

Pablo Pádua Barbosa⁵

Franciele Taisa Bassi⁶

Alailson Domingos dos Santos⁷

RESUMO

A crescente valorização da estética do sorriso tem impulsionado a busca por procedimentos restauradores conservadores, previsíveis e financeiramente mais acessíveis, especialmente no segmento anterior. Nesse contexto, as facetas diretas em resina composta representam alternativa clínica relevante para correção de alterações de forma, cor, proporção, textura, alinhamento aparente e fechamento de diastemas, desde que indicadas a partir de diagnóstico criterioso e planejamento integrado. Este artigo apresenta e discute um relato de caso clínico de reabilitação estética com abordagem multidisciplinar, envolvendo adequação do meio bucal, orientação de higiene, intervenção periodontal para correção de hiperplasia gengival e exostose maxilar, clareamento dental caseiro supervisionado, enceramento diagnóstico, guia palatina em silicone e confecção de facetas diretas em resina composta. A análise fundamenta-se na literatura científica sobre odontologia restauradora adesiva, resinas compostas, longevidade clínica de restaurações anteriores, critérios FDI de avaliação, clareamento dental, planejamento estético e impactos psicossociais da estética bucal. O caso evidencia que o sucesso das facetas diretas depende da integração entre periodontia, clareamento, planejamento restaurador, estratificação anatômica, acabamento, polimento e manutenção periódica. Observa-se que a técnica direta permite preservação de estrutura dentária, reparabilidade, menor custo relativo e resultado estético imediato, embora apresente limitações relacionadas à estabilidade de cor, desgaste superficial, manchamento marginal e dependência da habilidade operador. Conclui-se que as facetas diretas em resina composta constituem opção viável e conservadora para reabilitação estética do sorriso, especialmente quando associadas a planejamento multidisciplinar, execução técnica rigorosa, controle oclusal, acompanhamento

clínico e adequada comunicação com o paciente.

Palavras-chave: facetas diretas; resina composta; odontologia estética; reabilitação oral; diastemas; clareamento dental; relato de caso clínico.

ABSTRACT

The increasing appreciation of smile esthetics has driven the demand for conservative, predictable, and more financially accessible restorative procedures, especially in the anterior region. In this context, direct composite resin veneers represent a relevant clinical alternative for correcting changes in shape, color, proportion, texture, apparent alignment, and diastema closure, provided that they are indicated based on careful diagnosis and integrated planning. This article presents and discusses a clinical case report of esthetic rehabilitation with a multidisciplinary approach, involving oral environment adequacy, oral hygiene guidance, periodontal intervention for correction of gingival hyperplasia and maxillary exostosis, supervised at-home tooth bleaching, diagnostic wax-up, silicone palatal guide, and fabrication of direct composite resin veneers. The analysis is grounded in the scientific literature on adhesive restorative dentistry, composite resins, clinical longevity of anterior restorations, FDI evaluation criteria, tooth bleaching, esthetic planning, and psychosocial impacts of dental esthetics. The case shows that the success of direct veneers depends on the integration of periodontics, bleaching, restorative planning, anatomical layering, finishing, polishing, and periodic maintenance. The direct technique allows preservation of tooth structure, repairability, relatively lower cost, and immediate esthetic results, although it has limitations related to color stability, surface wear, marginal staining, and operator-dependent execution. It is concluded that direct composite resin veneers constitute a viable

and conservative option for esthetic smile rehabilitation, especially when associated with multidisciplinary planning, rigorous technical execution, occlusal control, clinical follow-up, and adequate communication with the patient.

Keywords: direct veneers; composite resin; esthetic dentistry; oral rehabilitation; diastemas; tooth bleaching; clinical case report.

1. INTRODUÇÃO

A odontologia estética contemporânea passou por ampla transformação nas últimas décadas, acompanhando avanços nos sistemas adesivos, nas resinas compostas, nas técnicas de estratificação, nos métodos de acabamento e polimento e nas ferramentas de planejamento do sorriso. A busca por tratamentos capazes de melhorar a aparência dental sem promover desgaste excessivo de estrutura sadia consolidou uma tendência restauradora conservadora, centrada na preservação biológica, na função e na naturalidade estética (Magne; Belser, 2002; Dietschi, 2008; Ferracane, 2011).

No segmento anterior, pequenas alterações de cor, forma, proporção e alinhamento podem produzir grande impacto na percepção estética do sorriso. Diastemas, assimetrias, dentes conóides, manchas, bordas incisais irregulares, alterações de textura e discrepâncias de proporção são queixas frequentes em clínicas de reabilitação oral e odontologia estética. Nesses casos, as facetas diretas em resina composta oferecem possibilidade de intervenção minimamente invasiva, reparável e com custo menor quando comparada a procedimentos indiretos cerâmicos (Baratieri et al., 2015; Demarco et al., 2015; Shah et al., 2021).

A resina composta evoluiu de material restaurador predominantemente funcional para material estético de alta versatilidade. Sistemas modernos apresentam diferentes opacidades, translucidez, matizes, massas de esmalte, dentina e efeitos incisais, permitindo a reprodução de características ópticas próximas às estruturas naturais. A técnica incremental estratificada busca simular a arquitetura dental, combinando camadas de dentina, esmalte e efeitos para obter profundidade, valor, croma e textura compatíveis com o sorriso do paciente (Dietschi, 2008; Fahl, 2006; Ferracane, 2011).

Apesar de suas vantagens, as facetas em resina composta não devem ser compreendidas como procedimento meramente cosmético ou simplificado. A previsibilidade depende de diagnóstico, planejamento, controle periodontal, avaliação oclusal, seleção de cor, isolamento, domínio do protocolo adesivo, escultura anatômica, acabamento e polimento. Falhas nessas etapas podem comprometer estética, longevidade, saúde gengival e satisfação do paciente (Hickel et al., 2010; Demarco et al., 2015; Shah et al., 2021).

O caso clínico apresentado neste artigo envolve paciente jovem com queixa estética relacionada à coloração desfavorável, diastemas anteriores, hiperplasia gengival e exostose maxilar. O tratamento incluiu abordagem multidisciplinar com intervenção periodontal, cicatrização, clareamento dental caseiro supervisionado, enceramento diagnóstico, guia palatina e confecção de facetas diretas em resina composta. Essa sequência demonstra que a estética restauradora, quando planejada de modo integrado, ultrapassa a simples aplicação de material sobre dentes anteriores e passa a envolver saúde periodontal, arquitetura gengival, cor, forma,

proporção e autoestima (Fradeani, 2006; Coachman; Calamita, 2012; Hickel et al., 2023).

Diante disso, o objetivo deste artigo é adequar e ampliar a discussão clínico-científica de um relato de caso de facetas diretas em resina composta, analisando fundamentos, indicação, planejamento, execução, resultados, limitações e manutenção. Busca-se oferecer um texto mais robusto, com base em referências reais e pertinentes, apto a sustentar a relevância clínica da técnica e a importância da abordagem multidisciplinar na reabilitação estética do sorriso.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A odontologia restauradora adesiva fundamenta-se na possibilidade de unir materiais restauradores aos tecidos dentários por meio de sistemas adesivos e protocolos de condicionamento. Essa evolução permitiu substituir preparos extensos por abordagens conservadoras, nas quais a retenção mecânica cede lugar à adesão e à preservação estrutural. Em facetas diretas de resina composta, essa filosofia é particularmente relevante, pois muitas vezes o procedimento pode ser executado com mínimo ou nenhum desgaste dental (Magne; Belser, 2002; Van Meerbeek et al., 2011).

A estética dental deve ser analisada como fenômeno multidimensional. Ela envolve cor, forma, proporção, textura, alinhamento, exposição dentária, linha do sorriso, contorno gengival, simetria, harmonia facial e percepção subjetiva do paciente. Assim, um sorriso esteticamente agradável não resulta apenas da cor mais clara dos dentes, mas da integração entre tecidos duros, tecidos moles, função e características individuais (Fradeani, 2006; Sarver; Ackerman, 2003).

As facetas diretas em resina composta consistem na aplicação adesiva de resina sobre a face vestibular e, em alguns casos, incisal e proximal dos dentes, com o objetivo de modificar forma, cor, proporção e textura. Sua indicação inclui fechamento de diastemas, correção de dentes pequenos ou conóides, restauração de bordas incisais, mascaramento de alterações cromáticas leves a moderadas, reanatomização dental e refinamento estético do sorriso (Baratieri et al., 2015; Demarco et al., 2015).

Entre as vantagens da técnica direta destacam-se menor custo relativo, possibilidade de execução em menor número de sessões, preservação de estrutura dentária, reparabilidade, reversibilidade parcial e facilidade de ajustes. A reparabilidade é aspecto importante, pois pequenas fraturas, desgastes ou manchamentos podem ser corrigidos por acabamento, repolimento ou acréscimo localizado de resina, sem necessidade de substituição completa em todos os casos (Demarco et al., 2015; Shah et al., 2021).

As limitações também devem ser discutidas com o paciente. Restaurações diretas em resina composta são mais suscetíveis a alteração de cor, perda de brilho, desgaste superficial, pigmentação marginal e fraturas quando comparadas a cerâmicas em determinadas indicações. A longevidade depende do material, da técnica adesiva, do controle de umidade, dos hábitos do paciente, da oclusão, da higiene e da manutenção periódica (Ferracane, 2011; Demarco et al., 2015; Shah et al., 2021).

Os critérios FDI para avaliação de restaurações diretas e indiretas são úteis para acompanhamento clínico, pois organizam a análise em parâmetros estéticos, funcionais e biológicos. Entre os critérios relevantes para facetas diretas estão brilho, manchamento,

correspondência de cor, forma anatômica, adaptação marginal, fratura, retenção, sensibilidade pós-operatória, recorrência de cárie, resposta periodontal e integridade dos tecidos adjacentes (Hickel et al., 2010; Hickel et al., 2023).

2.1. Planejamento Estético e Diagnóstico Integrado

O planejamento estético deve iniciar com anamnese, exame clínico, análise periodontal, avaliação oclusal, fotografias, seleção de cor, modelos de estudo e, quando indicado, enceramento diagnóstico. A coleta desses dados permite compreender a queixa do paciente, identificar limitações biológicas e definir sequência terapêutica. Em casos com hiperplasia gengival, assimetrias do contorno gengival ou exostoses, a etapa periodontal pode ser decisiva para criar condições adequadas à reabilitação restauradora (Fradeani, 2006; Coachman; Calamita, 2012).

O enceramento diagnóstico é instrumento relevante porque permite visualizar a forma final pretendida antes da execução clínica. Ele auxilia na comunicação com o paciente, no planejamento de proporções dentárias, na avaliação de volume restaurador e na confecção de guias de silicone. Em facetas diretas, a guia palatina facilita a construção da parede palatina e do contorno incisal, contribuindo para maior previsibilidade anatômica (Magne; Belser, 2002; Coachman; Calamita, 2012).

A sequência clareamento-restauração é recomendada em casos nos quais há desejo de mudança de cor do sorriso. Como a resina composta não clareia após a polimerização, o clareamento deve ser realizado previamente, aguardando-se período adequado para estabilização da cor e recuperação da efetividade adesiva. A

literatura sobre clareamento dental descreve o uso de peróxido de carbamida em técnicas caseiras supervisionadas, geralmente com moldeiras individualizadas e controle profissional (Féliz-Matos; Hernández; Abreu, 2015; Joiner, 2006).

O planejamento integrado também deve considerar a expectativa psicológica do paciente. A estética bucal influencia autopercepção, sociabilidade e qualidade de vida, mas não deve ser conduzida por promessas de transformação absoluta. A comunicação deve esclarecer vantagens, limitações, necessidade de manutenção, riscos de manchamento, possibilidade de reparo e cuidados pós-tratamento (Sischo; Broder, 2011; Kiyak, 2008).

2.2. Resina Composta, Adesão e Estratificação Anatômica

A resina composta é formada por matriz orgânica, partículas de carga inorgânica, agentes de união, fotoiniciadores e pigmentos. A proporção e o tipo de carga influenciam resistência mecânica, contração de polimerização, brilho, lisura superficial, resistência ao desgaste e capacidade de polimento. Em dentes anteriores, a escolha do compósito deve equilibrar estética, manuseio, resistência e estabilidade óptica (Ferracane, 2011; Van Dijken; Pallesen, 2014).

A estratificação anatômica busca reproduzir o comportamento óptico do dente natural. Em geral, massas de dentina são utilizadas para dar croma e opacidade, enquanto massas de esmalte conferem translucidez e valor. Resinas de efeito podem ser utilizadas na região incisal para simular opalescência, halo, mamelos e características individuais. A aplicação indiscriminada de camadas, porém, pode resultar em excesso de volume, cor artificial ou perda de naturalidade (Dietschi, 2008; Fahl, 2006).

O protocolo adesivo exige rigor. Condicionamento ácido, controle de umidade, aplicação adequada do sistema adesivo, evaporação de solventes e fotoativação correta influenciam diretamente a resistência de união e a longevidade clínica. Em restaurações extensas na face vestibular, qualquer falha no controle de umidade, na polimerização ou na adaptação cervical pode favorecer pigmentação marginal, sensibilidade e falhas adesivas (Van Meerbeek et al., 2011; Hickel et al., 2010).

A fotoativação deve ser adequada em intensidade, tempo, distância e angulação. Compósitos insuficientemente polimerizados podem apresentar menor resistência, maior sorção, alteração de cor e pior desempenho clínico. Em facetas diretas, camadas finas e controle de espessura favorecem polimerização, adaptação e acabamento (Price; Ferracane; Shortall, 2015; Ferracane, 2011).

2.3. Acabamento, Polimento e Manutenção

O acabamento e o polimento não são etapas secundárias; são determinantes para o resultado final. A lisura superficial reduz acúmulo de biofilme, melhora brilho, diminui pigmentação e favorece saúde gengival. Discos abrasivos, brocas multilaminadas, pontas de borracha, escovas, pastas diamantadas e tiras interproximais podem ser utilizados de forma sequencial, respeitando anatomia e adaptação marginal (Jefferies, 2007; Ferracane, 2011).

O controle oclusal é indispensável. Facetas diretas em resina no segmento anterior podem ser submetidas a contatos em protrusão, lateralidade e hábitos parafuncionais. Ajustes inadequados podem gerar fraturas incisais, desgaste precoce ou desconforto. A análise

funcional deve verificar contatos estáticos e dinâmicos, especialmente quando há aumento de borda incisal ou fechamento de diastemas (Okeson, 2013; Baratieri et al., 2015).

A manutenção periódica deve incluir avaliação de brilho, cor, adaptação marginal, integridade anatômica, saúde periodontal, hábitos alimentares, higiene, consumo de pigmentantes e necessidade de repolimento. O paciente deve ser orientado quanto a cuidados com alimentos duros, hábitos de roer unhas, mordedura de objetos, bruxismo e uso de placa quando indicado (Hickel et al., 2023; Demarco et al., 2015).

3. METODOLOGIA DO RELATO DE CASO

Este artigo apresenta relato de caso clínico com discussão narrativa fundamentada na literatura científica. O relato foi organizado segundo lógica compatível com recomendações gerais de apresentação de casos clínicos, incluindo descrição da queixa, achados clínicos, diagnóstico, planejamento, intervenções, resultados e discussão crítica. Diretrizes como CARE recomendam que relatos de caso apresentem de forma clara a singularidade do caso, as preocupações do paciente, achados clínicos, linha terapêutica, intervenções e desfechos (Gagnier et al., 2013).

As informações clínicas foram reorganizadas a partir do documento original fornecido para adequação acadêmica, ampliação teórica, correção de linguagem, fortalecimento metodológico e substituição de referências frágeis por literatura real e pertinente. As imagens clínicas foram mantidas como documentação ilustrativa do caso, com indicação de fonte própria, conforme organização do material disponibilizado.

Por se tratar de relato com imagens clínicas e possibilidade de identificação facial, recomenda-se, para submissão a periódico ou apresentação pública, anexar termo de consentimento informado e autorização específica de uso de imagem, observando as normas éticas da instituição e da revista. Essa observação é importante porque a publicação de imagens faciais exige autorização expressa e cuidados com privacidade do paciente (Gagnier et al., 2013; Beauchamp; Childress, 2019).

4. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente L. F. D. R. B. S., 29 anos, sexo feminino, procurou clínica de especialização em reabilitação oral do Unifunec com queixas relacionadas à estética bucal. Entre as principais queixas estavam coloração desfavorável, presença de diastemas anteriores, alteração do contorno gengival por hiperplasia e presença de exostose em região maxilar. Durante a anamnese e a avaliação radiográfica, foi registrado bom estado geral de saúde, sem intercorrências sistêmicas relevantes informadas no documento clínico inicial.

O exame clínico inicial evidenciou que a resolução estética exigia abordagem integrada, e não apenas restauração direta. A presença de hiperplasia gengival e exostose maxilar interferia na arquitetura do sorriso e no planejamento restaurador. Assim, estabeleceu-se plano de tratamento sequencial, contemplando adequação do meio bucal, orientação de higiene, intervenção periodontal, período de cicatrização, clareamento dental, enceramento diagnóstico, guia palatina e facetas diretas em resina composta.

A abordagem sequencial foi adequada porque procedimentos restauradores estéticos devem ser executados sobre tecidos

periodontais saudáveis e estáveis. A tentativa de realizar facetas antes da correção gengival poderia comprometer adaptação cervical, simetria, controle de umidade, acabamento e resposta periodontal. A integração entre periodontia e dentística é, portanto, elemento decisivo para previsibilidade estética e biológica (Fradeani, 2006; Baratieri et al., 2015).



Figura 1. Registro facial e sorriso inicial, evidenciando queixa estética, diastemas e necessidade de planejamento integrado.

Fonte: próprio autor.

4.1. Intervenção Periodontal Inicial

O tratamento foi iniciado com adequação do meio bucal e orientação de higiene. Em seguida, foi realizada intervenção periodontal pela Professora Doutora Vívian Novaes, envolvendo correção da hiperplasia gengival e remoção/correção da exostose maxilar. A etapa periodontal teve como finalidade restabelecer melhor contorno gengival, favorecer cicatrização adequada e criar condições clínicas mais previsíveis para o procedimento restaurador estético.

A correção periodontal prévia é relevante porque a margem gengival influencia diretamente a leitura estética do sorriso. Assimetria gengival, excesso tecidual ou irregularidade óssea podem comprometer a percepção de proporção dentária mesmo quando a restauração é tecnicamente adequada. O caso demonstra, portanto, a importância de não tratar a estética dental como procedimento isolado, mas como resultado da integração entre tecido gengival, estrutura dental e material restaurador (Fradeani, 2006; Sarver; Ackerman, 2003).



Figura 2. Etapa periodontal de correção da hiperplasia gengival, com adequação do contorno tecidual antes da fase restauradora.

Fonte: próprio autor.



Figura 3. Remoção da exostose maxilar.

Fonte: próprio autor.

4.2. Cicatrização Periodontal e Clareamento Dental

Após a intervenção periodontal, aguardou-se período aproximado de dois meses para cicatrização e estabilização dos tecidos. Esse intervalo foi importante para permitir reorganização gengival, redução de inflamação e melhor avaliação do contorno cervical antes da sequência clareadora e restauradora.

Em seguida, realizou-se clareamento dental caseiro supervisionado, com placas de silicone e gel de peróxido de carbamida nas concentrações de 16% e 22%, conforme descrito no registro clínico. O clareamento prévio foi indicado porque a cor final dos dentes naturais influencia a seleção das massas de resina e a previsibilidade estética das facetas. Como a resina composta não sofre clareamento posterior, a sequência clínica mais lógica é clarear primeiro e restaurar depois, respeitando período de estabilização da cor e das condições adesivas (Joiner, 2006; Féliz-Matos; Hernández; Abreu, 2015).

O clareamento caseiro supervisionado apresenta vantagens como controle profissional, menor sensibilidade quando comparado a protocolos mais intensivos em alguns casos e possibilidade de adaptação gradual da cor. Todavia, exige adesão do paciente, uso correto das moldeiras, controle de sensibilidade e acompanhamento clínico. A concentração do agente, o tempo de uso e a duração do tratamento devem ser definidos pelo cirurgião-dentista de acordo com as condições clínicas individuais (Féliz-Matos; Hernández; Abreu, 2015; ADA, 2022).



Figura 4. Aspecto clínico após aproximadamente dois meses de cicatrização periodontal.

Fonte: próprio autor.



Figura 5. Clareamento dental caseiro.

Fonte: próprio autor.

4.3. Enceramento Diagnóstico e Guia Palatina

Após a fase de clareamento, realizou-se moldagem para confecção do enceramento diagnóstico. O enceramento permitiu projetar a nova anatomia dental, avaliar proporções, orientar o fechamento dos diastemas e planejar a quantidade de material a ser adicionada. A partir desse planejamento, foi confeccionada guia palatina em silicone de condensação, destinada a auxiliar a construção da parede palatina das facetas diretas.

A guia palatina é recurso simples e altamente útil em restaurações anteriores extensas. Ela permite controlar comprimento incisal, contorno palatino, espessura de resina e simetria entre dentes. Sem guia, a construção direta pode tornar-se mais dependente de improvisação, aumentando risco de assimetrias, excesso de volume ou contatos oclusais inadequados (Magne; Belser, 2002; Coachman; Calamita, 2012).

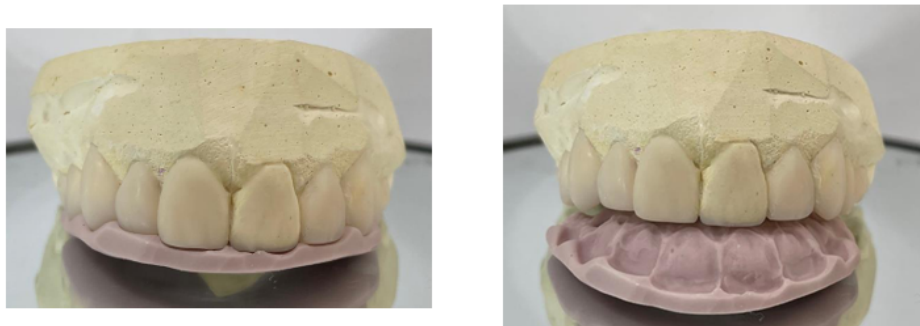


Figura 6. Enceramento diagnóstico e guia palatina em silicone.

Fonte: próprio autor.

4.4. Confecção das Facetas Diretas em Resina Composta

As facetas em resina foram confeccionadas nos dentes 16 ao 26, conforme registro clínico do caso. O procedimento iniciou-se com afastamento tecidual por fio retrator, condicionamento ácido, lavagem, secagem, aplicação do sistema adesivo e fotoativação. Em seguida, iniciou-se a construção anatômica com auxílio da guia palatina.

A primeira camada foi realizada com resina de esmalte na porção palatina, criando base anatômica para o contorno incisal. Posteriormente, aplicou-se resina de dentina para formação de mamelos incisais, seguida por resina de efeito na região incisal para aprimorar naturalidade óptica. Por fim, a camada de esmalte vestibular foi aplicada para acabamento anatômico e integração visual da restauração.

A sequência adotada corresponde ao princípio de estratificação anatômica, no qual diferentes massas de resina reproduzem propriedades ópticas dos tecidos dentais. Essa etapa exige controle rigoroso de espessura, simetria e textura, pois pequenas diferenças podem alterar valor, croma e translucidez. A habilidade manual do operador e o conhecimento da anatomia dental são determinantes para resultado natural (Dietschi, 2008; Fahl, 2006).



Figura 7. Construção da palatina com esmalte, adicionando uma camada de dentina e criando os mamelos correspondentes.

Fonte: próprio autor.



Figura 8. Facetas diretas confeccionadas antes dos ajustes finais de acabamento e polimento.

Fonte: próprio autor.

4.5. Acabamento, Ajuste Oclusal e Polimento

Após a confecção das facetas, foram realizados refinamentos anatômicos, remoção de excessos, ajustes oclusais e acabamento cervical. A regularização das margens cervicais é etapa crítica porque excessos nessa região podem favorecer retenção de biofilme, inflamação gengival e pigmentação marginal. O ajuste oclusal também é indispensável para reduzir risco de fraturas, especialmente em bordas incisais reconstruídas (Okeson, 2013; Hickel et al., 2023).

O polimento foi realizado com brocas, pontas de borracha e escovas, buscando superfície lisa, brilho e integração estética. A qualidade do polimento influencia diretamente o brilho superficial e a resistência ao manchamento. Superfícies rugosas acumulam pigmentos e biofilme com maior facilidade, reduzindo longevidade estética e podendo comprometer a saúde periodontal (Jefferies, 2007; Ferracane, 2011).

O resultado final demonstrou melhora evidente da estética dental, fechamento de espaços, maior harmonia do sorriso e satisfação clínica imediata. O caso também reforça que o sucesso das facetas diretas não está apenas na fase de inserção da resina, mas na soma de diagnóstico, preparo periodontal, clareamento, guia, estratificação, polimento e manutenção.



Figura 9. Resultado final após acabamento e polimento, com melhora da harmonia estética do sorriso.

Fonte: próprio autor.

5. RESULTADOS CLÍNICOS OBSERVADOS

O resultado clínico imediato evidenciou melhora na harmonia do sorriso, fechamento dos diastemas, maior uniformidade de cor, regularização da forma dentária e integração estética entre dentes e tecidos gengivais. O tratamento foi concluído após sequência multidisciplinar que envolveu periodontia, clareamento e restauração adesiva, demonstrando que a estética final depende de planejamento global e não de procedimento isolado.

A melhora estética observada não pode ser atribuída exclusivamente às facetas. A cirurgia periodontal contribuiu para

reorganizar o ambiente gengival; o clareamento ajustou a base cromática; o enceramento diagnóstico orientou a anatomia; a guia palatina auxiliou na previsibilidade; e o polimento conferiu brilho e acabamento. O caso evidencia, portanto, uma reabilitação estética integrada.

Clinicamente, a técnica direta apresentou vantagens compatíveis com a literatura: preservação de estrutura dentária, resultado imediato, reparabilidade e menor custo relativo. Esses fatores tornam a resina composta opção relevante para pacientes jovens, com queixas estéticas moderadas e expectativa de tratamento conservador (Demarco et al., 2015; Shah et al., 2021).

Ao mesmo tempo, deve-se reconhecer que o resultado apresentado é imediato e não substitui acompanhamento longitudinal. A longevidade de facetas diretas depende de manutenção periódica, controle de hábitos, higiene adequada, repolimento quando necessário e avaliação profissional. Sem acompanhamento, alterações de brilho, pigmentação marginal ou pequenas fraturas podem comprometer a estética ao longo do tempo (Hickel et al., 2023; Demarco et al., 2015).

6. DISCUSSÃO

O caso apresentado confirma a relevância das facetas diretas em resina composta como alternativa conservadora para reabilitação estética do sorriso. A técnica foi aplicada em paciente jovem com queixas estéticas múltiplas, incluindo coloração desfavorável e diastemas anteriores. A presença de hiperplasia gengival e exostose maxilar tornou o caso mais complexo, exigindo abordagem multidisciplinar antes da intervenção restauradora.

A literatura sustenta que restaurações anteriores diretas em resina composta podem apresentar desempenho clínico satisfatório quando corretamente indicadas e executadas. Revisões sistemáticas apontam que a longevidade das restaurações anteriores depende de múltiplos fatores, como tipo de restauração, extensão, técnica adesiva, material, habilidade profissional, hábitos do paciente e tempo de acompanhamento. As principais causas de falha incluem fratura, desgaste, alteração estética e falhas marginais (Demarco et al., 2015; Shah et al., 2021).

A grande vantagem da resina composta em casos como o relatado é o equilíbrio entre estética e preservação. Diferentemente de algumas abordagens indiretas que podem exigir preparo dental mais expressivo, a faceta direta permite acréscimo seletivo de material, especialmente em fechamento de diastemas e reanatomizações. Essa característica é coerente com o paradigma minimamente invasivo da odontologia restauradora contemporânea (Magne; Belser, 2002; Ferracane, 2011).

Outro aspecto relevante é a reparabilidade. Em caso de pequena fratura, manchamento localizado ou perda de brilho, a resina composta permite intervenções de manutenção relativamente simples, como repolimento, reparo adesivo ou acréscimo pontual. Essa possibilidade torna a técnica atrativa para pacientes jovens, desde que compreendam a necessidade de acompanhamento (Demarco et al., 2015; Hickel et al., 2023).

Entretanto, a resina composta exige realismo prognóstico. Embora possa alcançar elevada qualidade estética imediata, sua estabilidade óptica pode ser menor que a de cerâmicas em determinadas situações. Pigmentação por café, vinho, tabaco, dieta cromogênica e

higiene inadequada pode afetar o brilho e a cor. Por isso, a comunicação com o paciente deve esclarecer que o resultado não é definitivo sem manutenção (Ferracane, 2011; Jefferies, 2007).

O caso também demonstra a importância da periodontia na estética restauradora. A correção da hiperplasia gengival e da exostose maxilar criou condições mais favoráveis para o desenho das facetas e para a integração do sorriso. Procedimentos restauradores realizados sobre arquitetura gengival irregular podem gerar resultado artificial, mesmo com resina tecnicamente bem executada (Fradeani, 2006; Sarver; Ackerman, 2003).

O clareamento dental antes das facetas foi decisão coerente. Como a resina composta não responde ao clareamento após sua inserção, o clareamento prévio permite estabelecer uma cor de base mais clara e estável, orientando a seleção do material restaurador. A literatura descreve a técnica caseira supervisionada com peróxido de carbamida como abordagem amplamente utilizada, desde que acompanhada por profissional e adequada às condições bucais do paciente (Féliz-Matos; Hernández; Abreu, 2015; ADA, 2022).

O uso do enceramento diagnóstico e da guia palatina aumentou a previsibilidade. Em restaurações anteriores amplas, a guia permite controlar volume e contorno, evitando excesso de resina. A previsibilidade anatômica é relevante porque a estética do sorriso depende de proporção, simetria, eixo dental, borda incisal e textura superficial. Pequenos erros podem alterar a percepção visual do resultado (Coachman; Calamita, 2012; Magne; Belser, 2002).

A discussão psicossocial também é pertinente. A melhora estética do sorriso pode influenciar autoestima, autoconfiança e interação

social. No entanto, é necessário evitar interpretações reducionistas. A odontologia estética não deve prometer felicidade ou transformação emocional plena; deve oferecer tratamento seguro e tecnicamente indicado, respeitando a singularidade do paciente. O impacto positivo sobre autoestima deve ser compreendido como possível consequência, e não como garantia absoluta (Sischo; Broder, 2011; Kiyak, 2008).

Outro ponto crítico é a ética no relato de caso. A presença de imagens faciais identificáveis exige autorização específica para uso científico. Relatos de caso devem respeitar privacidade, confidencialidade e consentimento informado. A documentação fotográfica é valiosa para fins clínicos e acadêmicos, mas seu uso público deve estar respaldado por autorização clara, especialmente quando a face do paciente aparece de forma reconhecível (Gagnier et al., 2013; Beauchamp; Childress, 2019).

O caso apresenta limitações. Trata-se de relato individual, sem grupo controle, sem avaliação longitudinal prolongada e sem mensuração padronizada por critérios FDI ao longo do tempo. Portanto, não permite generalização estatística. Seu valor está na descrição clínica, na demonstração da sequência terapêutica e na discussão da abordagem multidisciplinar. Estudos clínicos com maior amostra e seguimento são necessários para avaliar taxas de sobrevivência e comportamento de facetas diretas em diferentes condições clínicas (Hickel et al., 2010; Demarco et al., 2015).

Mesmo com essas limitações, o relato tem relevância didática. Ele evidencia que o sucesso da faceta direta em resina composta exige planejamento, sequência clínica, domínio da técnica adesiva e visão integrada do sorriso. A reabilitação estética não se resume a recobrir

dentes com resina, mas a devolver harmonia entre forma, cor, gengiva, função e expectativa do paciente.

7. PROTOCOLO CLÍNICO SUGERIDO A PARTIR DO CASO

A partir do caso relatado e da literatura analisada, pode-se organizar um protocolo clínico orientativo para facetas diretas em resina composta. O primeiro passo é a anamnese, com investigação da queixa principal, expectativas, histórico médico, hábitos, consumo de pigmentantes, bruxismo, higiene e experiências odontológicas anteriores.

O segundo passo é o exame clínico completo, incluindo avaliação periodontal, oclusal, restauradora e estética. Antes de indicar facetas, é necessário verificar presença de inflamação gengival, cárie, restaurações deficientes, mobilidade, recessões, lesões cervicais, desgaste, mordida profunda, hábitos parafuncionais e necessidade de tratamento prévio.

O terceiro passo é a documentação fotográfica e o planejamento. Fotografias intraorais e extraorais, modelos, escaneamento ou moldagem, seleção de cor e enceramento diagnóstico são recursos que aumentam previsibilidade. Em casos mais complexos, o planejamento digital do sorriso pode auxiliar a comunicação com o paciente e a equipe (Coachman; Calamita, 2012).

O quarto passo é realizar tratamentos prévios necessários, como profilaxia, raspagem, gengivoplastia, clareamento, substituição de restaurações inadequadas ou ajustes oclusais. A execução da faceta deve ocorrer em ambiente biológico estável.

O quinto passo é executar protocolo adesivo rigoroso, com isolamento adequado, condicionamento ácido conforme indicação, aplicação do sistema adesivo, fotoativação efetiva e controle de umidade. A técnica incremental deve respeitar anatomia e propriedades ópticas do dente natural.

O sexto passo é acabamento, polimento e controle oclusal. Nenhuma faceta deve ser considerada finalizada sem ajuste de excessos, checagem de contatos, refinamento cervical, textura superficial e polimento progressivo. Essa etapa influencia tanto estética quanto saúde periodontal.

O sétimo passo é manutenção. O paciente deve retornar periodicamente para avaliação de integridade, brilho, pigmentação, adaptação marginal e saúde gengival. Repolimentos podem ser necessários para preservar a estética ao longo do tempo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As facetas diretas em resina composta representam uma alternativa estética conservadora, acessível e reparável para reabilitação do sorriso, especialmente em casos de diastemas, alterações de forma, pequenas discrepâncias de proporção e insatisfação com a estética anterior. O caso clínico analisado demonstra que a técnica pode produzir resultado expressivo quando integrada a planejamento periodontal, clareamento dental, enceramento diagnóstico, guia palatina, estratificação anatômica, acabamento e polimento.

A principal contribuição do caso está em demonstrar que a odontologia estética deve ser conduzida de forma multidisciplinar. A correção da hiperplasia gengival e da exostose maxilar criou bases biológicas para a fase restauradora. O clareamento dental permitiu

redefinir a cor antes da seleção da resina. O enceramento e a guia palatina favoreceram previsibilidade anatômica. A estratificação em resina possibilitou restauração estética direta com preservação de estrutura dental.

Conclui-se que o sucesso das facetas diretas depende de diagnóstico preciso, indicação adequada, habilidade técnica, materiais de qualidade, controle de umidade, polimento eficiente, ajuste oclusal e manutenção periódica. O resultado imediato pode ser altamente satisfatório, mas a longevidade estética e funcional depende do acompanhamento clínico e da cooperação do paciente.

Por fim, ressalta-se que a estética do sorriso possui impacto relevante na autopercepção e na qualidade de vida, mas deve ser tratada com responsabilidade ética. O objetivo da odontologia estética não é padronizar sorrisos, mas restabelecer harmonia, função, saúde e confiança, respeitando as características individuais de cada paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Whitening. Chicago: ADA, 2022. Disponível em: <https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/whitening>. Acesso em: 8 jul. 2026.

BARATIERI, Luiz Narciso et al. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos, 2015.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principles of biomedical ethics. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

COACHMAN, Christian; CALAMITA, Marcelo. Digital Smile Design: a tool for treatment planning and communication in esthetic dentistry. Quintessence of Dental Technology, v. 35, p. 103-111, 2012.

DEMARCO, Flávio Fernando; COLLARES, Karen; COELHO-DE-SOUZA, Fernando Henrique; CORRÊA, Marcos Britto; CENCI, Maximiliano Sérgio; MORAES, Rafael Ratto de; OPDAM, Niek J. M. Anterior composite restorations: a systematic review on long-term survival and reasons for failure. Dental Materials, v. 31, n. 10, p. 1214-1224, 2015.

DIETSCHI, Didier. Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the natural layering concept. British Dental Journal, v. 204, n. 4, p. 181-185, 2008.

FAHL, Newton. A polychromatic composite layering approach for solving a complex Class IV/direct veneer/diastema combination: part I. Practical Procedures & Aesthetic Dentistry, v. 18, n. 10, p. 641-645, 2006.

FÉLIZ-MATOS, Luis; HERNÁNDEZ, Lissette M.; ABREU, Nilda. Dental bleaching techniques; hydrogen-carbamide peroxides and light sources for activation, an update. Mini review article. Open Dentistry Journal, v. 8, p. 264-268, 2015.

FERRACANE, Jack L. Resin composite - state of the art. Dental Materials, v. 27, n. 1, p. 29-38, 2011.

FRADEANI, Mauro. Esthetic rehabilitation in fixed prosthodontics: esthetic analysis. Chicago: Quintessence, 2006.

GAGNIER, Joel J. et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. Journal of Clinical

Epidemiology, v. 67, n. 1, p. 46-51, 2014.

HICKEL, Reinhard et al. FDI World Dental Federation: clinical criteria for the evaluation of direct and indirect restorations - update and clinical examples. Clinical Oral Investigations, v. 14, n. 4, p. 349-366, 2010.

HICKEL, Reinhard et al. Revised FDI criteria for evaluating direct and indirect dental restorations: recommendations for its clinical use, interpretation, and reporting. Clinical Oral Investigations, v. 27, p. 2573-2592, 2023.

JEFFERIES, Steven R. Abrasive finishing and polishing in restorative dentistry: a state-of-the-art review. Dental Clinics of North America, v. 51, n. 2, p. 379-397, 2007.

JOINER, Andrew. The bleaching of teeth: a review of the literature. Journal of Dentistry, v. 34, n. 7, p. 412-419, 2006.

KIYAK, H. Asuman. Does orthodontic treatment affect patients' quality of life? Journal of Dental Education, v. 72, n. 8, p. 886-894, 2008.

MAGNE, Pascal; BELSER, Urs. Bonded porcelain restorations in the anterior dentition: a biomimetic approach. Chicago: Quintessence, 2002.

OKESON, Jeffrey P. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 7. ed. St. Louis: Elsevier, 2013.

PRICE, Richard B. T.; FERRACANE, Jack L.; SHORTALL, Adrian C. Light-curing units: a review of what we need to know. Journal of

Dental Research, v. 94, n. 9, p. 1179-1186, 2015.

SARVER, David M.; ACKERMAN, Marc B. Dynamic smile visualization and quantification: part 1. Evolution of the concept and dynamic records for smile capture. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, v. 124, n. 1, p. 4-12, 2003.

SHAH, Yash R.; SHARMA, Rahul; PATEL, Disha; et al. Long-term survival and reasons for failure in direct anterior composite restorations: a systematic review. Journal of Conservative Dentistry, v. 24, n. 5, p. 415-420, 2021.

SISCHO, Lacey; BRODER, Hillary L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. Journal of Dental Research, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, 2011.

VAN DIJKEN, Jan W. V.; PALLESEN, Ulla. A randomized controlled three-year evaluation of “bulk-filled” posterior resin restorations based on stress decreasing resin technology. Dental Materials, v. 30, n. 9, p. e245-e251, 2014.

VAN MEERBEEK, Bart; YOSHIDA, Yasuhiro; MINE, Atsushi; DE MUNCK, Jan; VAN LANDUYT, Kirsten L.; POITEVIN, Anne; PEUMANS, Marleen. State of the art of self-etch adhesives. Dental Materials, v. 27, n. 1, p. 17-28, 2011.

¹ Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Especialista em Endodontia pela Associação Brasileira de Endodontia do Rio de Janeiro (ABE-RJ). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Mestra em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr - UNESP). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Mestranda em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA - UNESP). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Doutor em Clínica Integrada e Professor no Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNECS). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Especialista em Prótese e Reabilitação Oral pelo Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNECS). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Possui Pós-Doutorado, Doutor em Ciência dos Materiais e Professor no Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNECS). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)