

Otimização de restaurações estéticas anteriores associando barreira palatina e guia de silicone: relato de caso

Esthetic optimization in anterior restorations associating palatal barrier and silicone guide: case report

Glen Victor Kondo^{ID*}, Alana Castilho de Souza^{ID}, Renata Yumi Takahashi Martins^{ID}, Eduarda Leticia Pagliosa^{ID}, Ana Beatriz Mori Huss^{ID}, Ellen Namie Hayashi^{ID}, Renata Corrêa Pascotto^{ID}, Carina Gisele Costa Bispo^{ID}

RESUMO

É crescente a exigência estética dos pacientes em busca de um sorriso harmonioso, o que leva o cirurgião-dentista à constante necessidade de aperfeiçoamento profissional e de domínio de técnicas de que possa lançar mão para a obtenção de resultados satisfatórios e mais previsíveis. Este artigo objetiva apresentar um caso clínico de restaurações estéticas anteriores, associando o uso da barreira palatina e do guia de silicone transparente. Paciente do gênero masculino, de 22 anos, fumante, buscou atendimento na clínica odontológica da Universidade Estadual de Maringá (UEM) insatisfeito com suas restaurações anteriores. Ao exame clínico, foi observado escurecimento de todos os dentes e visível contraste da linha dente-restauração dos elementos 11 e 21. O paciente foi, primeiramente, submetido ao tratamento clareador caseiro, seguido do enceramento diagnóstico para confeccionar a barreira palatina e o guia de silicone transparente. As restaurações antigas foram removidas e as novas restaurações foram confeccionadas em resina composta com auxílio da barreira palatina, gerando a concha palatina, assim como do guia de silicone transparente, que deu forma às cristas marginais e à face vestibular. Essa técnica se mostrou bastante eficiente, reduzindo o tempo clínico e facilitando o procedimento, uma vez que minimiza a demanda de habilidade manual por parte do operador para obter excelência estética.

Palavras-chave: Estética dentária. Resinas compostas. Restauração dentária permanente.

ABSTRACT

There is a growing demand for esthetic improvement among patients seeking a harmonious smile, which leads dentists to a constant need for professional development and mastery of techniques that can be employed to achieve satisfactory and more predictable results. This article aims to present a clinical case of anterior esthetic restorations, combining the use of a palatal barrier and a transparent silicone guide. A 22-year-old male patient, who is a smoker, sought treatment at the Dental Clinic of the State University of Maringa (UEM) dissatisfied with his previous restorations. Upon clinical examination, discoloration of all teeth and a visible contrast in the tooth-restoration line of elements 11 and 21 were observed. The patient was initially subjected to at-home bleaching treatment, followed by diagnostic wax-up to fabricate the palatal barrier and the transparent silicone guide. The old restorations were removed and a new restoration was made, with the aid of the palatal barrier, which shaped the palatal shell, as well as the transparent silicone guide, which shaped the marginal ridges and the buccal surface. This technique proved to be highly effective, reducing clinical time and facilitating the procedure, as it minimizes the manual skill required by the operator to achieve esthetic excellence.

Keywords: Composite resins. Dental esthetics. Permanent dental restoration.



INTRODUÇÃO

A definição de belo sempre esteve presente em diversos debates, sendo um conceito subjetivo e em constante evolução. Atualmente, subjugado às tendências culturais, torna-se crescente a demanda por procedimentos estéticos, o que de certa forma coloca o cirurgião-dentista como protagonista no seguimento da beleza (Ding, 2021; Sisti, Aryan & Sadeghi, 2021).

A odontologia restauradora evoluiu muito desde o surgimento das primeiras resinas compostas e dos primeiros sistemas adesivos, exigindo do dentista constante aperfeiçoamento profissional, domínio de variadas técnicas e especificidades de cada material restaurador. Técnicas dificultadas e uso incorreto de opacificadores e compósitos opacos podem levar o profissional a acrescentar maior quantidade de resina, acarretando volume e sobre contorno excessivos, deixando o dente com aparência artificial (Cardoso et al., 2011; Wittmann, Giacomelli, Longo & Sene, 2013).

Em se tratando de restaurações classe IV, uma técnica amplamente difundida é a chamada “buco-lingual”, em que se utiliza uma barreira palatina feita de silicone confeccionada a partir de modelos encerados. A primeira camada de resina composta de esmalte é então colocada diretamente sobre a guia de silicone, de modo a obter o perfil lingual, a largura e a posição da borda incisal da futura restauração. Em seguida, as camadas de dentina e de efeito (quando necessário) podem ser adaptadas tridimensionalmente de forma precisa, fornecendo condições para um resultado estético satisfatório (Dietschi, 2008).

Outra técnica que pode ser usada para guiar a confecção da parede vestibular em procedimentos restauradores é a utilização de uma matriz feita em resina acrílica ou acetato para cópia da superfície externa do modelo de gesso ou de seu enceramento para que se possa reproduzir com mais facilidade a superfície vestibular. Essa técnica aumenta a precisão e assertividade do cirurgião-dentista. A elasticidade e a precisão do silicone transparente (Scan Translux, Yllor) facilitam a inserção do guia, assim como a reprodução correta da anatomia vestibular (Sá & Pascotto, 2004; D’Alto, 2012).

O crescimento da busca por procedimentos estéticos odontológicos cresce concomitantemente aos avanços e à ampliação das técnicas e de materiais destinados a esse fim (Barbosa, Neres & Amaral, 2021). Assim sendo, é de extrema importância que o cirurgião-dentista possua o domínio dessas técnicas e, ainda, busque atentar-se a detalhes imprescindíveis como tamanho, forma, contorno, textura superficial e escolha criteriosa da cor (Basting, Carlini, Serra & Pimenta, 2000; Sá & Pascotto, 2004). Em meio a esse contexto, o presente trabalho objetiva apresentar a resolução de um caso clínico, em que os incisivos anteriores apresentavam restaurações classe IV insatisfatórias, tanto esteticamente como funcionalmente.

Para tanto, realizou-se a associação da muralha palatina e do guia de silicone transparente. As técnicas foram utilizadas em sinergia para obter resultados estéticos satisfatórios, a fim de reduzir a necessidade de habilidade manual e de otimizar o tempo clínico.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, de 22 anos, fumante, buscou atendimento na Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá (UEM) por estar insatisfeito com suas restaurações anteriores, que se apresentavam bastante escurecidas. O paciente relatou que as restaurações foram feitas quando muito jovem, após fraturar os incisivos em um acidente. Ao exame clínico, averiguou-se presença de lesões cariosas, inflamação gengival devido à presença de biofilme e cálculo dental, pigmentações em esmalte e escurecimento dentário devido ao uso de cigarro. Verificou-se também restaurações anteriores classe IV insatisfatórias nos elementos 11 e 21 (Figura 1).

Figura 1

Fotografia extrabucal.



Fonte: Os autores.

Nota. A: Vista frontal. B: Vista lateral direita. C: Vista lateral esquerda.

Após algumas tomadas radiográficas (Figura 2), foi feito um plano de tratamento em que se buscou restabelecer a saúde bucal do paciente permitindo assim a resolução de sua queixa inicial. Efetuou-se tratamento periodontal inicial e básico de todos os elementos dentários para reduzir a inflamação gengival. Terminado o tratamento periodontal, iniciou-se o tratamento restaurador dos elementos com lesões cariosas ativas e foi realizada a profilaxia em todos os tempos clínicos. Devido ao relato de fratura, os dentes 11 e 21 foram submetidos ao teste de vitalidade pulpar, o qual apontou vitalidade para ambos. O paciente foi instruído com relação à higiene oral e sobre a importância de se manter a saúde bucal para seguimento e sucesso do tratamento proposto.

Após finalizar os procedimentos, foi feita a moldagem de ambas arcadas dentárias com alginato (Avagel, Dentsply Sirona) para confecção das placas de acetato, visando ao clareamento dental. Instruiu-se o paciente a realizar o clareamento caseiro com peróxido de carbamida a 22% durante uma hora por dia por 15 dias. Ele, então, foi informado sobre a importância de se cessar o uso do cigarro, em especial durante essa etapa do tratamento. O paciente foi dispensado até que o clareamento fosse concluído.

Figura 2
Radiografia inicial.



Fonte: Os autores.

Com o tratamento clareador concluído (Figura 3), o paciente foi novamente moldado, utilizando-se um alginato (Hydrogum 5, Zhermack) que permitisse uma cópia mais fidedigna e com menor distorção da área desejada. A partir desses moldes, realizou-se a confecção dos modelos de estudo com gesso especial tipo IV (Vênus, Yamay) que auxiliaram no planejamento do caso. Esses modelos foram utilizados para o enceramento diagnóstico, nos quais foram feitos desgaste em gesso da área correspondente às restaurações antigas e à escultura das futuras restaurações em cera. Ainda em cera e com o auxílio de um esculpidor holleback 3 (Quinelato), deu-se forma à anatomia, com linhas de desenvolvimento, áreas de reflexão e periquimácias (Figura 4).

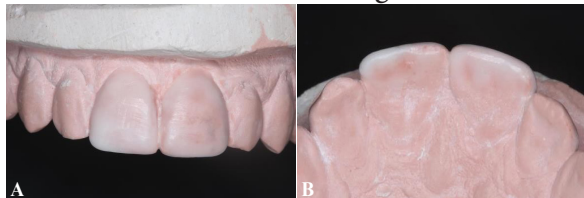
Figura 3
Fotografia intrabucal.



Fonte: Os autores.

Nota. A: Dentes anteriores superiores clareados em fundo preto. B: Paciente em MIH (vista direita, dentes clareados). C: Paciente em MIH (vista esquerda, dentes clareados).

Figura 4
Enceramento em modelo de gesso.



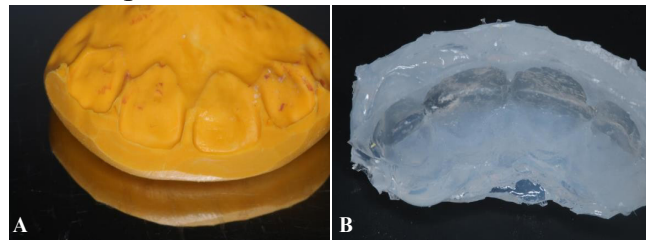
Fonte: Os autores.

Nota. A: Vista anterior. B: Vista incisal.

Com os modelos encerados, realizou-se a moldagem da face palatina com silicone de adição (Express XT, 3M) e confeccionou-se a barreira palatina (Figura 5A). Realizou-se também a moldagem dos dentes anteriores com silicone transparente (Scan Translux, Ylller) em toda a extensão da coroa, obtendo-se, com isso, um guia que posteriormente foi utilizado para dar forma e contorno às faces vestibular,

mesial e distal da restauração (Figura 5B). É importante dizer que, neste caso, tanto a barreira palatina quanto a guia de silicone transparente auxiliaram o cirurgião-dentista a restaurar de forma eficiente e seguindo a anatomia do modelo encerado, eliminando a necessidade de grandes modificações na restauração final em todas as faces.

Figura 5
Moldagem da face palatina com silicone de adição (Express XT, 3M) e confecção da barreira palatina.



Fonte: Os autores.

Nota. A: barreira palatina. B: guia de silicone transparente.

Assim, o paciente foi chamado para realizar o procedimento restaurador propriamente dito. A técnica restauradora iniciou-se com profilaxia e a seleção da cor de acordo com a escala Vita (VITA Classical). Após o clareamento, o matiz mais aproximado da coloração dos incisivos centrais superiores foi A1 (Figura 6). Selecionada a cor, iniciou-se a remoção da restauração antiga do dente 11. Esse processo foi feito sob isolamento absoluto (Figuras 7A e 7B) com auxílio de uma ponta diamantada esférica 1014 (KG Sorensen) e cilíndrica 1091 (KG Sorensen) (Figuras 7C e 7D). O acabamento, assim como a realização de um bisel alongado, foi realizado com auxílio de uma ponta diamantada 1111 (KG Sorensen) (Figura 7E). Devido ao grau de escurecimento do substrato, o bisel realizado foi mais profundo e menos conservador do que o de restaurações convencionais, pois haveria ali a necessidade de uma camada mais espessa de resina para conseguir mascarar esse escurecimento de forma efetiva (Figura 7F). A barreira palatina foi levada em posição para avaliar sua adaptação (Figura 8A).

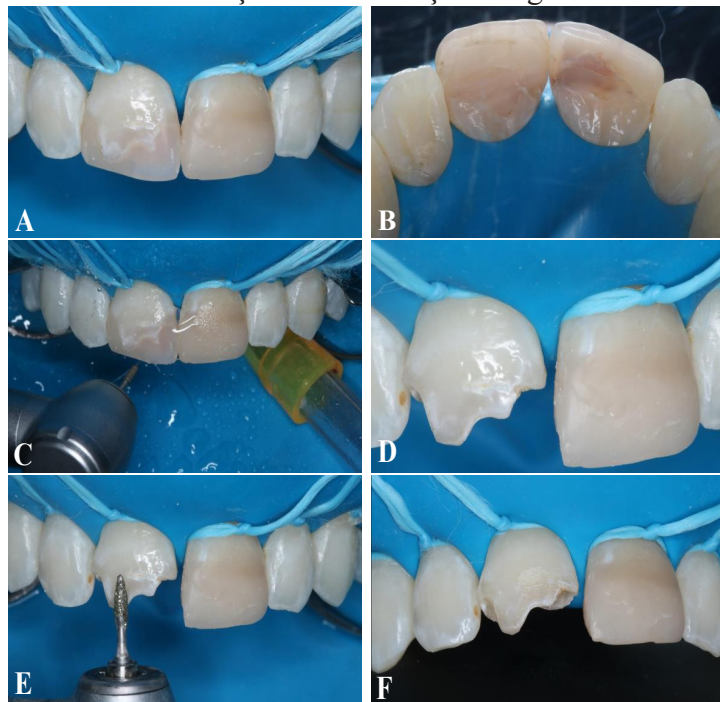
Figura 6
Seleção da cor.



Fonte: Os autores.

Figura 7

Processo de remoção da restauração antiga do dente 11.



Fonte: Os autores.

Nota. A: isolamento absoluto. B: isolamento absoluto (vista palatina). C: remoção da restauração antiga. D: dente sem a restauração antiga. E: confecção do bisel. F: dente com o bisel.

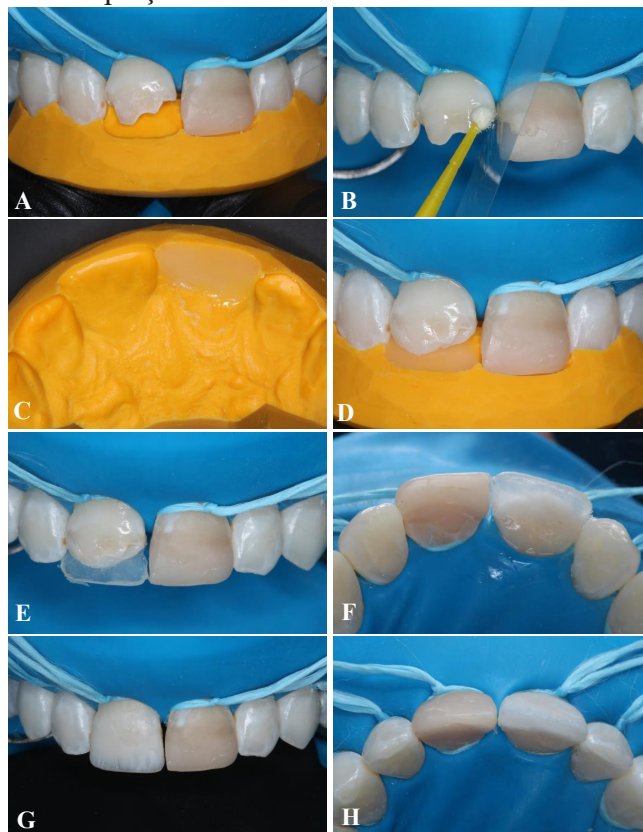
Dessa forma, realizou-se o condicionamento do esmalte com ácido fosfórico 37% (Ataque Gel, Biodinâmica) por 30 segundos e da dentina por 15 segundos. Posteriormente, foi realizada lavagem com água em abundância e secagem com jatos de ar protegendo a dentina. Os dentes adjacentes foram protegidos utilizando-se matriz de poliéster (Bandecá et al., 2010). Deu-se início à aplicação do adesivo convencional de dois passos (Ambar, FGM) com auxílio de um *microbrush* de forma ativa (Figura 8B). Foram efetuados jatos de ar a longa distância para evaporar os solventes e o adesivo foi fotopolimerizado. Na sequência, a resina foi posicionada na barreira palatina, levada em posição e fotopolimerizada de forma a mimetizar a concha palatina (Figuras 8C, 8D, 8E e 8F). A fotopolimerização foi realizada com o aparelho Poly Wireless (Kavo) de 1100 mW/cm² durante 20 segundos. A resina utilizada foi a Forma WE (Ultradent). Depois de alguns ajustes com a lâmina de bisturi, porções de resina de dentina foram repousadas sobre a concha já confeccionada (Figuras 8G e 8H); a resina escolhida para essa função foi a *Light Dentin LD* (GC).

Finalizada essa etapa, os dentes adjacentes foram isolados utilizando isotape TDV (Figura 9A). No interior do guia de silicone transparente, no que condiz à face vestibular, foram posicionadas as resinas Palfique LX5 cor WE (Tokuyama) e Grandia Direct CT da (GC), nessa ordem, uma sobre a outra e um pequeno orifício foi feito no guia permitindo o escoamento da resina (Figura 9B). Por conseguinte, o guia de silicone transparente foi levado em posição e pressionado, já a resina excedente extravasou por meio do orifício (Figura

9C). A fotopolimerização foi feita com o auxílio do guia (Figura 8D) por 20 segundos e complementada por mais 20 segundos por vestibular e lingual sem o guia. As resinas foram aplicadas diretamente na parte interna do guia de silicone transparente na parte vestibular. O guia de silicone foi uma cópia do enceramento. Após a polimerização (Figuras 9E e 9F), o guia foi removido e o fragmento de resina que fotopolimerizou no interior da perfuração foi desgastado, utilizando-se pontas diamantadas 3216 F e FF.

Figura 8

Barreira palatina colocada em posição para avaliar sua adaptação.

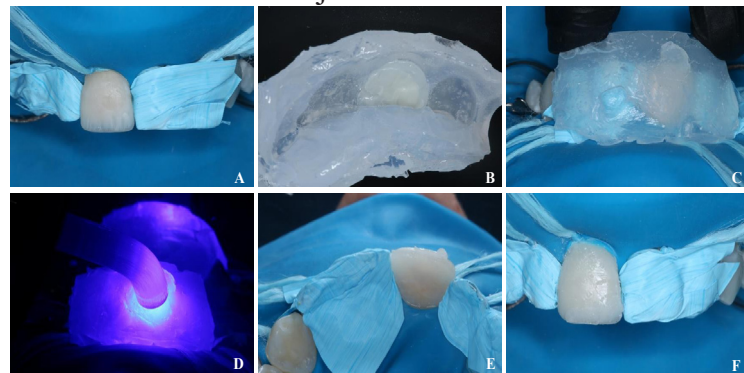


Fonte: Os autores.

Nota. A: barreira palatina em posição. B: aplicação do adesivo. C: barreira palatina + resina de esmalte. D: barreira palatina em posição. E: concha palatina de resina (vista palatina). F: porção de resina composta de dentina finalizada. G: porção de resina composta de dentina finalizada (vista incisal). H: porção de resina composta de dentina finalizada (vista palatina).

Figura 9

Isolamento de dentes adjacentes.



Fonte: Os autores.

Nota. A: dentes adjacentes isolados com Isotape TDV. B: guia de silicone transparente com as resinas. C: posicionamento do guia. D: fotopolimerização. E: última porção de resina composta de dentina fotopolimerizada (vista vestibular). F: última porção de resina composta de dentina fotopolimerizada (vista palatina).

O primeiro acabamento à restauração recém-terminada foi dado com o auxílio de discos de lixa e pontas diamantadas 4132 e 3216 FF (KG Sorensen), as rebarbas provenientes de pequenos defeitos no interior do guia de silicone transparente foram removidas e um polimento inicial foi feito utilizando discos de feltro (Figura 10). Foram verificadas oclusão e interferências oclusais. O paciente foi dispensado e solicitou-se que retornasse na semana seguinte para dar início à restauração do dente 21.

Figura 10

Restauração após primeiro acabamento e polimento.

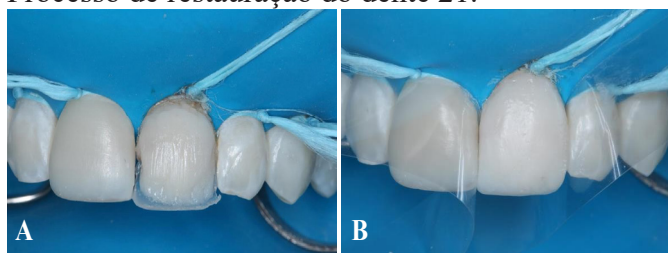


Fonte: Os autores.

Ao retornar, iniciou-se restauração do dente 21, que seguiu a mesma sequência clínica do dente anterior, a barreira palatina e o guia de silicone transparente foram guardados. Em contraste ao dente 11, o dente 21 apresentou o substrato muito mais escurecido; após a remoção da restauração antiga, foi possível observar uma grande quantidade de dentina esclerosada. Para contornar esse problema, confeccionou-se um bisel mais longo e profundo, para que se pudesse obter uma camada mais espessa de resina de dentina (opaca), escondendo o substrato (Figuras 11A e 11B).

Figura 11

Processo de restauração do dente 21.



Fonte: Os autores.

Nota. A: primeiro incremento de resina de dentina do dente 21. B: último incremento de resina de dentina do dente 21.

Após terminadas as duas restaurações, prosseguiu-se para o acabamento e polimento final das mesmas. Para tal, foram utilizados discos de lixa (3M) de diversas granulações, discos de feltro e pasta de polimento. Com auxílio do grafite, foram demarcadas as áreas planas e convexas, assim como os sulcos de desenvolvimento da face vestibular (Figura 12A). Utilizando uma ponta diamantada 3145F, foram confeccionados os sulcos de desenvolvimento (Figura 12B). Por meio dos discos de lixa e de feltro com pasta de polimento, foram finalizados o acabamento e o polimento das restaurações.

Figura 12

Acabamento e polimento final das restaurações.



Fonte: Os autores.

Nota. A: demarcação das áreas convexas e planas e utilização dos discos de lixa. B: demarcação dos sulcos de desenvolvimento e utilização da ponta diamantada 3145f.

Em comparação entre o pré-procedimento e o pós-procedimento (Figuras 13A e 13B), nota-se melhora significativa na estética do sorriso. A restauração final deu naturalidade e devolveu tanto a forma quanto o contorno natural dos dentes (Figura 13C).

Figura 13

Comparação entre as etapas.



Fonte: Os autores.

Nota. A: pré-procedimento. B: pós-procedimento. C: resultado imediato.

DISCUSSÃO

Para a confecção de facetas diretas, faz-se necessária, além do domínio de uma boa técnica, a escolha criteriosa do material restaurador a ser utilizado, ponderando, igualmente, suas propriedades físicas e seus aspectos estéticos. Esse planejamento consiste em observar diversos elementos visuais produzidos por determinado tipo de resina, para que essa, após ser fotopolimerizada na restauração, mimetize adequadamente a anatomia e a incidência da luz de forma semelhante ao dente natural. Matiz, croma e valor são elementos visuais presentes em uma resina composta e a escolha dessas precisa ser assertiva para que o caso seja conduzido com excelência (Baratieri & Monteiro, 2002; Hirata & Carniel, 2004; Sá & Pascotto, 2004).

Em se tratando de dentes que possuem seu substrato escurecidos, o uso de compósitos opacificadores se torna bastante eficaz e deve ser levado em conta na escolha da resina (Cabral & Trauth, 2017; Reis, Olivera, Vilela & Menezes, 2018). Nesses casos, a presença de um substrato escurecido pode acabar interferindo de forma negativa no aspecto final da restauração, aparecendo por meio das resinas translúcidas. Para evitar que isso ocorra, o cirurgião-dentista precisa escolher materiais que possuam em sua composição elementos que os tornem opacos, ou seja, impeça que os raios de luz cheguem ao substrato escurecido e sejam refletidos aos olhos, fazendo com que a cor da resina se sobreponha à cor do substrato (Silva, Pezzini, Lopes & Andrada, 2006).

Neste caso, é desnecessário lançar mão de opacificadores, pois há excelente grau de opacidade somente com a resina *light dentin* LD (GC), sendo suficiente para esconder o substrato sem produzir um aspecto artificial pelo excesso de elementos opacificadores.

Em todos os casos, o cirurgião-dentista precisa buscar a máxima preservação da estrutura dentária, porém, em alguns casos, o desgaste dentário se faz necessário para que a restauração final seja adequada aos padrões estéticos (Marques, 2005). Neste atendimento, após a remoção total da restauração antiga, foi possível observar grande escurecimento das estruturas subjacentes a ela. Assim, para poder atingir uma espessura de resina de dentina que fosse o bastante para esconder o substrato, foi necessário utilizar um bisel alongado mais aprofundado e com maior desgaste de estrutura dentária.

O guia de silicone transparente forneceu boa ideia de quanta estrutura deveria ser removida, já que esse possuía o formato final da restauração. Caso deixasse de ser utilizado, haveria maior propensão de se errar na quantidade de desgaste, levando o CD a compensar a falta de desgaste com o acréscimo excessivo de resina na face vestibular, o que acarretaria um formato arredondado da face vestibular não condizente com a anatomia dentária (Baratieri & Monteiro, 2002).

O uso de guias na confecção de facetas diretas foi preconizado por Baratieri e Monteiro (2002), em que se utilizava um guia de resina acrílica para a mesma finalidade. Uma das principais desvantagens desse material é a possibilidade de formação de bolhas e sua opacificação, além de ser rígido e inflexível, o que dificulta a inserção do guia no local de interesse. Para evitar esses problemas, é necessário utilizar acrílico incolor e com paredes delgadas.

Uma variante dessa técnica é a utilização de um guia feito em acetato (Sá & Pascotto, 2004), entretanto um ponto negativo dessa técnica é a necessidade de interação com o laboratório para realização da prensagem a vácuo.

A técnica deste trabalho com o emprego do silicone transparente para a realização do guia apresenta peculiaridades positivas. A primeira é que, por se tratar de um silicone transparente, a luz pode passar sem muita dificuldade no momento da fotopolimerização. Outra vantagem é o fato de o silicone possuir ótima elasticidade, precisão e resiliência, isto é, mesmo após deformado, volta ao seu formato inicial. Isso proporciona maior facilidade no momento da inserção do guia e permite que contorne regiões de interferência mais facilmente, sem perder a informação copiada (D'Altoé, 2012). Além disso, o guia pode ser facilmente confeccionado em consultório odontológico, dispensando a necessidade de auxílio laboratorial.

Os resultados obtidos pelas três técnicas são bastante semelhantes (guia de resina acrílica, acetato e silicone transparente), visto que todas possibilitam maior previsibilidade do resultado final e facilitam a realização

da restauração nas dimensões adequadas, acarretando em um resultado final bastante satisfatório. Levando em conta todas as vantagens apresentadas, é possível afirmar que a associação de técnicas utilizadas (barreira palatina e guia de silicone transparente) funcionam em sinergia na obtenção de facetas diretas com bom grau de detalhes até mesmo para dentistas menos experientes, facilitando o manuseio e a modelagem da resina composta em proporções adequadas.

A associação das técnicas apresentadas, neste trabalho, pode ser vista como mais uma possibilidade e, em especial, uma alternativa que poderá ajudar profissionais menos experientes a conseguirem atingir maior resolutividade em seus casos clínicos, como também profissionais que se deparam com casos em que há a necessidade de uma caracterização anatômica mais rebuscada e a dificuldade técnica em reproduzir determinadas minúcias intrínsecas ao paciente acabam afetando o tempo clínico.

Em relação à barreira palatina em silicone, já é sabido que essa possibilita ao profissional reproduzir de forma mais rebuscada e com maior previsibilidade a anatomia da concha palatina quando comparada à técnica da mão livre. Além disso, é por meio dessa que a primeira camada de resina de esmalte é posicionada e fotopolimerizada, formando a base que facilitará a deposição das outras camadas de resina e ocasionará maior qualidade e reprodução das proporções estéticas em todas as etapas seguintes da estratificação. Todas essas vantagens culminarão na redução do tempo clínico, pois haverá menor dificuldade no momento do acabamento e do polimento, assim como no ajuste oclusal.

O guia de silicone transparente possibilita a visualização do que será a restauração finalizada, sendo mais fácil identificar e realizar todas as etapas que precedem a restauração propriamente dita. A exemplo, destacar-se a quantidade de desgaste dentário e a espessura da camada de dentina. Outro ponto a ser ressaltado é a possibilidade de se copiar com maior precisão a anatomia vestibular e interproximal que havia sido definida no momento do enceramento, reduzindo a complexidade técnica que o profissional teria caso escolhesse definir esses detalhes no momento da restauração. Ainda, é possível definir em proporções adequadas a quantidade de resina de esmalte vestibular, pois o excedente é extravasado pelo orifício feito no guia e poderá ser facilmente removido com o acabamento imediato (Felippe et al., 2005).

Em sinergia, há a possibilidade de afirmar que essas duas técnicas são capazes de reduzir significativamente o tempo clínico despendido pelo operador durante o procedimento restaurador e apresentam satisfatório resultado estético e funcional. A capacidade que a associação proposta possui em reproduzir a anatomia, já antevista no enceramento, torna o acabamento e polimento final mais rápido e intuitivo, gerando um ajuste oclusal

sem maiores dificuldades.

CONCLUSÃO

A partir do caso clínico apresentado e da literatura consultada, pode-se concluir que a técnica apresentada

constitui um importante recurso para casos de alta demanda estética anterior, uma vez que aumenta a previsibilidade dos resultados das restaurações diretas e diminui o tempo clínico e a necessidade de habilidade manual por parte do operador.

REFERÊNCIAS

- Bandecá, M. C., Calixto, L. R., Pinto, S. C. S., Clavijo, V. R. G., Tonetto, M. R., Oliveira, O. B., Jr., & Saad, J. R. C. (2010). Clareamento e restauração adesiva direta para correção de desarmonias estéticas. *Clínica International Journal of Brazilian Dentistry*, 6(3), pp. 324-334. Recuperado de <http://docplayer.com.br/17275061-Clinica-international-journal-of-brazilian-dentistry-florianopolis-v-6-n-3-p-324-334-jul-set-2010.html>
- Baratieri, L. N., & Monteiro, S., Jr. (2002). *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. (2.^a ed., p. 739). São Paulo, SP: Santos.
- Barbosa, J. S., Neres, A. L. A. D., & Amaral, S. A. S. (2021). Abordagem restauradora direta em dentes escurecidos: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(15), pp. 1-7. doi: 10.33448/rsd-v10i15.23130
- Basting, R. T., Carlini, B., Jr., Serra, M. C., & Pimenta, L. A. F. (2000). Como procedimentos restauradores diretos podem melhorar o sorriso? *Revista Brasileira de Odontologia*, 57(5), pp. 297-299.
- Cabral, D. G. M., & Trauth, K. G. S. (2017). *Avaliação in vitro da técnica de mascaramento de substratos escuros com facetas de cerâmica através da estratificação sobre refratário* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do Extremo Sul Catarinense]. Unesc. <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/5352/1/Daiany%20Grassi%20Maravai%20Cabral.pdf>
- Cardoso, P. C., Decurcio, R. A., Pacheco, A. F. R., Monteiro, L. J. E., Jr., Lima, P. L. A., & Silva, R. F. (2011). Facetas diretas de resina composta e clareamento dental: estratégias para dentes escurecidos. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 20(55), pp. 341-347. doi: 10.36065/robrac.v20i55.622
- D'Altoé, L. F. (2012). Espessura das camadas de esmalte e dentina nas reconstruções com resinas compostas em dentes anteriores. *Revista Dental Press de Estética*, 9(4), pp. 88-96. Recuperado de <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/gfep2>
- Dietschi, D. (2008). Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the “natural layering concept”. *British Dental Journal*, 204(4), p. 181. doi: 10.1038/bdj.2008.100
- Ding, A. (2021). The ideal lips: lessons learnt from the literature. *Aesthetic Plastic Surgery*, 45(4), pp. 1520-1530. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33649926/>
- Felippe, L. A., & Baratieri, L. N. (2000). Direct resin composite veneers: masking the dark prepared enamel surface. *Quintessence International*, 31(8), pp. 557-562. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11203977/>
- Felippe, L. A., Monteiro, S., Andrada, C. A. C., & Ritter, A. V. (2005). Clinical strategies for success in proximoincisor composite restorations. Part II: composite application technique. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 17(1), pp. 11-21. doi: 10.1111/j.1708-8240.2005.tb00077.x
- Hirata, R., & Carniel, C. Z. (1999). Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: uma visão ampla. *Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia*, 3(15), pp. 7-17. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=415755&indexSearch=ID>
- Marques, S. M. L. (2005). *Estética com resinas compostas em dentes anteriores: percepção, arte e naturalidade*. São Paulo, SP: Santos.
- Reis, G. T., Olivera, L. P. M., Vilela, A. L. R., & Menezes, M. S. (2018). Mock-up: previsibilidade e facilitador das restaurações estéticas em resina composta. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 27(81), pp. 105-111. Recuperado de <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1131>
- Sá, M. P. N., & Pascotto, R. C. (2004). Faceta direta em resina composta com recurso de uma matriz de acetato-relato de caso clínico. *Revista Dental Press de Estética*, 1(1), pp. 101-111. Recuperado de <https://docplayer.com.br/16360885-Faceta-direta-em-resina-composta-com-recurso-de-uma-matriz-de-acetato-relato-de-caso-clinico.html>
- Silva, S. B., Pezzini, R., Lopes, G. C., & Andrada, M. A. C. (2006). Facetas estéticas: breve discussão sobre as técnicas direta e indireta. *Clínica International Journal of Brazilian Dentistry*, 2(1), pp. 14-21. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-526003>
- Sisti, A., Aryan, N., & Sadeghi, P. (2021). What is beauty?. *Aesthetic Plastic Surgery*, 45(5), pp. 2163-2176. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33987698/>
- Wittmann, K., Giacomelli, R. N., Longo, R. E., & Sene, F. (2013). Restauração estética do sorriso por meio da integração de técnicas de clareamento e restauração direta de resina composta. *Clínica International Journal of Brazilian Dentistry*, 9(4), pp. 456-467. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-786189>