



COMPARATIVO COM O USO DE FACETAS: resina composta ou laminados cerâmicos

CASSIANO MARCOLIN¹
HIAGO MOACYR PIRES LEME MORELI²

RESUMO: A odontologia estética tem experimentado crescente demanda, impulsionando o desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas. As facetas dentárias, tanto diretas em resina composta quanto indiretas em laminados cerâmicos, destacam-se como opções viáveis para a reabilitação do sorriso. Este trabalho tem como objetivo principal comparar as indicações, benefícios, limitações e critérios de seleção dessas duas abordagens. Para tanto, realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com base em artigos científicos publicados entre 2005 e 2023, indexados em bases como PubMed, SciELO e Google Acadêmico. A análise demonstrou que os laminados cerâmicos oferecem superioridade em durabilidade, resistência mecânica e estabilidade de cor, representando uma solução mais previsível e de longa duração. Por outro lado, as facetas diretas em resina composta apresentam como principais vantagens o menor custo, a execução em sessão única e a possibilidade de reparos intraorais, sendo uma alternativa menos invasiva e reversível. Conclui-se que a escolha entre as técnicas deve ser individualizada, considerando fatores como a complexidade do caso, as expectativas estéticas e socioeconômicas do paciente, a presença de parafunções e a habilidade do clínico. O planejamento criterioso é fundamental para o sucesso terapêutico, garantindo resultados que aliem estética, função e longevidade.

PALAVRAS-CHAVE: Estética Dentária; Facetas de Resina Composta; Laminados Cerâmicos.

COMPARISON USING VENEERS: composite resin or ceramic laminates

ABSTRACT: Aesthetic dentistry has experienced growing demand, driving the development of minimally invasive techniques. Dental veneers, both direct composite resin and indirect ceramic laminates, stand out as viable options for smile rehabilitation. This study aims to compare the indications, benefits, limitations, and selection criteria of these two approaches. To this end, a narrative literature review was conducted based on scientific articles published between 2005 and 2023, indexed in databases such as PubMed, SciELO, and Google Scholar. The analysis showed that ceramic laminates offer superior durability, mechanical strength, and color stability, representing a more predictable and long-lasting solution. On the other hand, direct composite resin veneers have as main advantages lower cost, execution in a single session, and the possibility of intraoral repairs, being a less invasive and reversible alternative. It is concluded that the choice between techniques must be individualized, considering factors such as case complexity, patient's aesthetic and socioeconomic expectations, the presence of parafunctional habits, and the clinician's skill. Careful planning is essential for therapeutic success, ensuring results that combine

¹ Acadêmico de Graduação. Curso de Odontologia, Centro Universitário Fasipe FAS – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: cassianomarcolin1506@gmail.com

² Professor Especialista em Saúde pública. Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço Eletrônico: hiagopires_97@hotmail.com



aesthetics, function, and longevity.

KEYWORDS: Ceramic Laminates; Composite; Resin Veneers Dental Aesthetics.

1 INTRODUÇÃO

A odontologia estética tem experimentado notável evolução, impulsionada pela crescente demanda por procedimentos que aliem funcionalidade e harmonia do sorriso (Gresnigt *et al.*, 2019; Onofre *et al.*, 2016). No contexto contemporâneo, as facetas dentárias emergem como soluções conservadoras e altamente eficazes para correções de forma, cor, tamanho e alinhamento dos dentes anteriores (Gonzalez, 2012). Entre as opções disponíveis, destacam-se as facetas diretas em resina composta e os laminados cerâmicos indiretos, técnicas que, embora distintas em protocolos e propriedades, visam atender às expectativas estéticas dos pacientes, cada qual com suas particularidades (De Moura *et al.*, 2022; Bartlett, 2005; Loomans *et al.*, 2011).

Enquanto os laminados cerâmicos se notabilizam pela durabilidade, resistência e excelente mimetismo óptico, as facetas em resina composta oferecem vantagens como menor custo, execução em sessão única e caráter minimamente invasivo, preservando ao máximo a estrutura dental sadia. Diante desse cenário, torna-se premente a discussão sobre os critérios que norteiam a escolha clínica entre essas abordagens, considerando fatores como complexidade do caso, expectativas do paciente e viabilidade técnica e econômica (De Moura *et al.*, 2022; Gonzalez, 2012; Correa, 2013; Bagis; Bagis, 2008).

A investigação justifica-se pela necessidade de elucidar as indicações, benefícios e limitações de cada técnica, oferecendo um panorama atualizado que contribua para a prática clínica baseada em evidências. Para tanto, este trabalho tem como objetivo geral aclarar sobre o uso de facetas em resina composta ou laminados cerâmicos na reabilitação oral estética e funcional. Especificamente, almeja-se: discutir as principais indicações estéticas para o uso de facetas dentárias; analisar as possibilidades de reabilitação diferenciando os casos que demandam laminados cerâmicos ou resina composta; descrever os protocolos clínicos atualizados; comparar indicações e contraindicações; investigar as consequências de facetas mal-adaptadas; explorar as técnicas adesivas e sua influência na longevidade; e avaliar a relação custo-benefício entre as duas abordagens (Friedman, 2001; Blatz *et al.*, 2019).

Metodologicamente, optou-se por uma revisão sistemática de literatura, com buscas eletrônicas realizadas nas bases SciELO, Google Acadêmico e PubMed, utilizando-se descritores como estética dentária, facetas dentárias, facetas em resina composta, facetas em laminados cerâmicos. A coleta de dados, iniciada em março de 2023 e atualizada ao longo do primeiro semestre de 2025, priorizou artigos publicados nos últimos 20 anos, redigidos em português e inglês, cuja relevância foi criteriosamente analisada por meio da leitura de títulos, resumos e textos completos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Facetas Dentárias: Conceitos e Indicações

As facetas dentárias são definidas como restaurações laminadas, minimamente invasivas, aplicadas predominantemente na face vestibular dos dentes anteriores e pré-molares. Sua principal finalidade é restaurar ou melhorar a estética dental, corrigindo



imperfeições relacionadas à cor, forma, tamanho, textura e posição dos dentes, além de poderem contribuir para a melhora da função oclusal (Moura et al., 2022; Onofre, 2016).

A classificação básica divide-as em diretas e indiretas. As facetas diretas são confeccionadas com resina composta, esculpidas e polimerizadas diretamente sobre o dente, em uma ou mais sessões clínicas. Já as facetas indiretas, como os laminados cerâmicos, são fabricadas em laboratório de prótese sobre um modelo obtido a partir de uma moldagem ou escaneamento digital do preparo dental, sendo subsequentemente cimentadas na superfície dentária (Peumans et al., 2008).

As indicações para o uso de facetas são amplas e incluem: correção de diastemas, alterações de cor (manchas intrínsecas não passíveis de clareamento, fluorose leve a moderada), anomalias de forma (dentes conóides, desgastes), fraturas coronárias menores, e pequenos desalinhamentos dentários onde o tratamento ortodôntico não é uma opção desejada pelo paciente (Oquendo; Brea; David, 2011; Izgi; Ayna, 2005).

A decisão pela técnica direta ou indireta é influenciada pelo estado inicial do elemento dental, pelo nível de exigência estética do paciente, pela disponibilidade de recursos financeiros e pela infraestrutura técnica do consultório e do laboratório protético (Baratieri, 2001).

2.2 Facetas Diretas em Resina Composta

As facetas diretas em resina composta representam uma modalidade terapêutica de grande versatilidade e acessibilidade. Suas principais vantagens residem no baixo custo de materiais, na possibilidade de execução em tempo clínico reduzido, frequentemente em uma única sessão, e no caráter reversível ou minimamente invasivo da técnica, que requer pouco ou nenhum desgaste do esmalte dental (Sabatini, 2012; Machado et al., 2016). Esta característica as torna particularmente atrativas para pacientes jovens, com dentes ainda em desenvolvimento, ou para indivíduos com restrições orçamentárias. Além disso, eventuais fraturas, desgastes ou alterações cromáticas podem ser reparadas com relativa facilidade de maneira intraoral, sem a necessidade de remoção total da restauração (Loomans et al., 2011).

Contudo, a literatura aponta limitações significativas associadas a esta técnica. As resinas compostas possuem menor resistência mecânica e ao desgaste quando comparadas à cerâmica, o que as torna mais susceptíveis a fraturas marginais, trincas e perda de volume em indivíduos com hábitos parafuncionais, como bruxismo (Moura et al., 2022). A estabilidade de cor é outro ponto crítico, pois o material está sujeito à absorção de pigmentos presentes em alimentos e bebidas, bem como à degradação superficial, resultando em perda de brilho e amarelecimento ao longo do tempo, o que demanda manutenções periódicas para repolimento e, eventualmente, substituição (Sabatini, 2012).

O resultado estético final é altamente dependente da habilidade de estratificação e do domínio técnico do operador, tornando a previsibilidade do resultado menos consistente em casos de alta complexidade estética quando comparada aos laminados cerâmicos (Mondelli et al., 2012).

2.3 Laminados Cerâmicos

Os laminados cerâmicos são reconhecidos como o padrão-ouro em restaurações estéticas anteriores devido às suas propriedades superiores. Fabricados com cerâmicas de alta resistência, como a dissilicato de lítio, oferecem excelente durabilidade, alta resistência à fratura e ao desgaste, e uma estabilidade de cor incomparável, mantendo suas características ópticas por muitos anos (Beier et al., 2012; Calamia; Calamia, 2007).



Sua capacidade de mimetizar a aparência do esmalte dental natural, translucidez e efeitos ópticos (biomimetismo) é superior à da resina composta, proporcionando resultados estéticos altamente previsíveis e naturais (Magne; Belser, 2002).

Em contrapartida, o protocolo para laminados cerâmicos é mais complexo, oneroso e invasivo. Geralmente requer um preparo dental mínimo, mas irreversível, envolvendo desgaste do esmalte vestibular para criação de espaço e melhor adaptação da restauração (Burke, 2012). O tratamento demanda múltiplas sessões clínicas, incluindo preparo, moldagem/escaneamento, prova da cerâmica e cimentação definitiva.

Envolve, ainda, custos com laboratório protético e a necessidade de uma cimentação adesiva meticulosa, cuja falha pode levar ao descolamento precoce da faceta (D'arcangelo *et al.*, 2012). Outra desvantagem significativa é a dificuldade de reparo em caso de fratura da cerâmica, frequentemente exigindo a substituição total da peça (Kimmich *et al.*, 2013). O investimento financeiro é consideravelmente mais alto do que o das facetas diretas em resina (Peumans *et al.*, 2008).

2.4 Considerações sobre Contraindicações

Ambas as técnicas possuem contraindicações que devem ser rigorosamente respeitadas para evitar falhas terapêuticas. Condições como doença periodontal ativa sem controle, higiene bucal deficiente, cárie dentária ativa e oclusão traumática não tratada representam contraindicações relativas ou absolutas (Biava 2013).

Pacientes com bruxismo ou apertamento dental severo constituem um desafio, pois impõem cargas oclusais excessivas que podem fraturar tanto a resina quanto a cerâmica, necessitando de um planejamento que inclua placas oclusais de proteção (Moura *et al.*, 2022). Dentes com grande perda de estrutura dentária na região vestibular, malposições severas ou que requerem significante alteração de cor (escurecimentos intensos) podem não ser adequados para facetas, demandando abordagens alternativas como coroas totais (Radz, 2011).

A avaliação criteriosa do caso e a comunicação clara com o paciente sobre os riscos e benefícios são etapas fundamentais no processo de seleção da técnica (Friedman, 2001).

2.5 Longevidade e Desempenho Clínico a Longo Prazo

A durabilidade é um dos critérios mais importantes na escolha entre materiais restauradores. Evidências científicas de longo prazo consolidados na literatura permitem uma comparação robusta entre a performance clínica das facetas de resina composta e dos laminados cerâmicos.

Estudos que acompanham a sobrevivência de laminados cerâmicos frequentemente reportam taxas de sucesso superiores a 90% em períodos de 10 anos, com muitos deles permanecendo clinicamente adequados por 15 anos ou mais, quando protocolos clínicos rigorosos são seguidos (Beier *et al.*, 2012; Calamia; Calamia, 2007). A principal causa de falha reportada para as cerâmicas é a fratura do material, que, embora tenha uma baixa incidência, é mais comum em situações de oclusão traumática ou devido a impactos.

A taxa de descolamento é geralmente baixa, girando em torno de 1% a 5% em 10 anos, e está intimamente ligada à qualidade da adesão, ao correto isolamento do campo operatório durante a cimentação e à ausência de contaminações (D'arcangelo *et al.*, 2012; Van Meerbeeck *et al.*, 2013). A estabilidade de cor e a resistência ao desgaste desses materiais são excepcionais, mantendo a estética inicial praticamente inalterada por toda a sua vida útil.

Em contrapartida, as facetas diretas em resina composta apresentam uma



expectativa de vida útil significativamente menor. Estudos longitudinais indicam uma taxa de sobrevivência média que varia entre 5 e 7 anos, podendo ser ainda menor em pacientes com hábitos parafuncionais ou quando a técnica de execução não é ideal (Sabatini, 2012; Rodolpho *et al.*, 2011).

As principais causas de falha ou necessidade de intervenção são a fratura marginal ou de corpo, a perda significativa de brilho (necessitando de polimento) e a alteração de cor do que pode ser corrigido com procedimentos de higienização. A necessidade de manutenção periódica, como repolimentos ou pequenos reparos, é uma característica inerente a esta modalidade terapêutica, o que, embora seja um procedimento simples, adiciona um custo e uma demanda de tempo ao longo dos anos (Loomans *et al.*, 2011; Van de Sande *et al.*, 2015).

Portanto, enquanto os laminados cerâmicos representam um investimento inicial mais alto com uma perspectiva de longo prazo, as facetas de resina oferecem uma solução inicialmente mais econômica, mas com custos cumulativos de manutenção e substituição mais frequente.

2.6 Aspectos Econômicos e Acessibilidade

A análise econômica é um fator decisivo para muitos pacientes e deve ser abordada de forma transparente durante o planejamento do tratamento. O custo inicial das facetas de resina composta é notavelmente inferior ao dos laminados cerâmicos. Esta diferença é atribuída a vários fatores: os materiais resinosos possuem um custo de aquisição mais baixo; a técnica é executada integralmente no consultório, eliminando os custos de laboratório protético; e o tratamento é frequentemente concluído em uma única sessão, otimizando o tempo clínico (Moura *et al.*, 2022; Baratieri, 2001).

Esta acessibilidade financeira torna a resina composta uma opção democrática, permitindo que um espectro mais amplo da população tenha acesso a tratamentos estéticos minimamente invasivos. Por outro lado, o custo inicial dos laminados cerâmicos é substancialmente mais elevado. Este valor reflete o custo do bloco de cerâmica de alta qualidade, o tempo e a expertise do técnico em prótese dental no laboratório, a necessidade de materiais de moldagem ou escaneamento digital de alta precisão, e o tempo clínico despendido em múltiplas sessões (preparo, prova e cimentação) (Peumans *et al.*, 2008).

No entanto, ao se analisar o custo-benefício a longo prazo, a equação pode se equilibrar. Considerando a superioridade na durabilidade, a menor necessidade de intervenções corretivas e a satisfação estética prolongada, o investimento em laminados cerâmicos pode ser justificado para pacientes que priorizam uma solução mais definitiva e estão dispostos a um investimento inicial mais alto (Calamia; Calamia, 2007). Cabe ao profissional apresentar ambas as perspectivas – custo inicial versus custo ao longo do tempo – para que o paciente tome uma decisão informada, alinhada com suas possibilidades financeiras e suas expectativas de longevidade.

2.7 Classificação para as indicações para facetas de cerâmica

A indicação para laminados cerâmicos pode ser sistematicamente classificada conforme proposto por Magne e Belser (2002), orientando o planejamento clínico. A Classe I engloba dentes resistentes ao branqueamento, subdividindo-se em Tipo IA, para descolorações por tetraciclina, e Tipo IB, para dentes que não respondem ao clareamento dental.

A Classe II abrange as principais modificações morfológicas, incluindo o Tipo IIA para dentes conóides, o Tipo IIB para fechamento de diastemas ou triângulos



interdentais, e o Tipo IIC para casos que necessitam de aumento do comprimento incisal ou da proeminência facial. Por fim, a Classe III é indicada para restaurações extensas, seja por Tipo IIIA (fratura coronária extensa), Tipo IIIB (perda de esmalte por erosão e desgaste) ou Tipo IIIC (malformações congênitas generalizadas). Esta classificação auxilia na seleção precisa de casos para reabilitação com cerâmica (Magne; Belser, 2002).

2.8. Vantagens das facetas diretas em resina composta e indiretas em laminados cerâmicos

As facetas dentárias, tanto diretas em resina composta quanto indiretas em cerâmica, representam alternativas restauradoras amplamente utilizadas e consolidadas na odontologia estética contemporânea. Ambas as modalidades oferecem benefícios clínicos, funcionais e estéticos relevantes e por vezes complementares, que devem ser analisados com atenção crítica e isenção para que se estabeleça uma escolha terapêutica adequada às necessidades específicas, condições bucais e expectativas realistas de cada paciente (Moura *et al.*, 2022).

No caso das facetas diretas em resina composta, uma das principais vantagens refere-se à possibilidade de execução do tratamento completo em única sessão clínica, o que torna o processo notavelmente mais ágil, menos oneroso financeiramente e consideravelmente mais conveniente para a maioria dos pacientes. Essa característica de imediato favorece especialmente aqueles indivíduos que buscam resultados estéticos imediatos ou que apresentam genuínas limitações de tempo e disponibilidade para múltiplas consultas. Além disso, o baixo custo operacional direto do procedimento com resina composta torna esta modalidade mais acessível economicamente para uma ampla parcela da população, ampliando o alcance democrático dos tratamentos estéticos (Moura *et al.*, 2022).

Outro ponto de destaque significativo das facetas de resina composta é o seu caráter intrinsecamente minimamente invasivo, com um menor desgaste da estrutura dentária sadia, o que preserva a integridade do esmalte e permite um maior conservadorismo biológico. Essa abordagem conservadora, por ser potencialmente reversível e passível de reparos diretos intraorais, também oferece uma maior flexibilidade terapêutica ao profissional, possibilitando ajustes, correções de cor e refinamentos em caso de insatisfação estética pontual ou necessidade clínica futura, como a substituição por uma restauração indireta. Entre os benefícios estéticos imediatos, destaca-se a capacidade moderna da resina composta em proporcionar resultados visualmente satisfatórios na harmonização do sorriso, promovendo o alinhamento dentário, o fechamento estético de diastemas e a correção de pequenas imperfeições de forma e cor com notável naturalidade (Bagis *et al.*, 2008; Baratieri *et al.*, 2001).

Os laminados cerâmicos destacam-se por suas propriedades superiores de durabilidade, resistência mecânica e estabilidade estética a longo prazo. O material confere excelência estética devido à sua natureza vítrea, que proporciona alta estabilidade de cor, resistência à fratura e à pigmentação. Adicionalmente, sua superfície lisa e polida inibe mecanicamente o acúmulo de placa bacteriana, contribuindo para uma saúde periodontal favorável e reduzindo a necessidade de manutenções corretivas frequentes. As facetas diretas em resina composta apresentam um conjunto distinto de vantagens, incluindo a possibilidade de tratamento em sessão única, baixo custo, menor desgaste dental, dispensa de provisório, independência de laboratório e a possibilidade de reparo intraoral. Além disso, oferecem excelente estética, alinhamento dentário, fechamento de diastemas e biocompatibilidade com os tecidos moles (Baratieri *et al.*, 2001).



Em contrapartida, os laminados cerâmicos destacam-se por vantagens relacionadas à sua superioridade física e biológica, como maior longevidade e durabilidade, excelente estética, estabilidade de cor, alta resistência à fratura, degradação e descoloração. Também proporcionam uma adesão eficaz ao agente cimentante e ao substrato dentário, biocompatibilidade com tecidos moles e são capazes de realizar alinhamento dentário, fechamento de diastemas e correção de cor em dentes escuros (Moura *et al.*, 2022).

2.8.1 Desvantagens das facetas diretas em resina composta e indiretas em laminados cerâmicos

Apesar das vantagens significativas e amplamente divulgadas oferecidas pelas facetas dentárias, tanto diretas em resina composta quanto indiretas em laminados cerâmicos, é fundamental compreender que essas técnicas restauradoras também apresentam limitações intrínsecas e desvantagens importantes que devem ser criteriosas e realisticamente avaliadas durante o planejamento clínico (Van Meerbeeck *et al.*, 2013). O sucesso de um tratamento restaurador estético não depende apenas dos resultados estéticos imediatos e do brilho inicial, mas também, e sobretudo, da durabilidade biológica, da previsibilidade funcional e da facilidade de manutenção ao longo do tempo (Yildiz; Baygin, 2018). Nesse sentido, o conhecimento profundo dos pontos fracos e das limitações de cada abordagem é essencial para uma tomada de decisão consciente, ética e informada por parte do profissional e do paciente (Van Meerbeeck *et al.*, 2013; Yıldiz; Baygin, 2018).

As facetas diretas em resina composta, embora clinicamente atrativas por sua praticidade operatória, custo inicial reduzido e caráter minimamente invasivo, apresentam algumas fragilidades intrínsecas ao material restaurador polimérico (Moura *et al.*, 2022). Uma das principais limitações refere-se à sua menor resistência mecânica e ao maior desgaste oclusal quando comparadas aos materiais cerâmicos sinterizados (Moura *et al.*, 2022).

A resina composta está mais suscetível ao desgaste precoce, as fraturas marginais finas, as trincas internas e à perda do brilho superficial, especialmente em pacientes com hábitos parafuncionais diagnosticados, como o bruxismo, ou que apresentam uma má oclusão severa não tratada (Moura *et al.*, 2022). Além disso, o baixo grau de estabilidade cromática da resina ao longo do tempo pode comprometer seriamente a estética do sorriso, uma vez que o material poroso tende a absorver pigmentos presentes em alimentos (café, vinho tinto), bebidas e produtos como o cigarro, exigindo repinturas periódicas ou polimentos profissionais frequentes para a manutenção da aparência original, o que aumenta o custo acumulado (Moura *et al.*, 2022).

Outro fator negativo considerável da resina composta é a sua acentuada dependência da habilidade técnica manual e do senso estético individual do profissional. Como a técnica é realizada diretamente na cavidade bucal, em um ambiente de trabalho restrito e dinâmico, a sensibilidade operatória e o domínio estético do cirurgião-dentista influenciam diretamente e decisivamente na qualidade final, na textura e na naturalidade do resultado final (Sabatini, 2012).

Pequenos erros de escultura anatômica, de estratificação de cores ou de acabamento e polimento podem comprometer irreversivelmente a harmonia do sorriso, tornando a técnica menos previsível e padronizável, especialmente em casos mais complexos que envolvem múltiplos dentes. Embora tecnicamente reversível, a necessidade de manutenção constante, como retoques de cor e substituições parciais em médio prazo (3–5 anos), pode aumentar significativamente o custo acumulado total do tratamento ao



longo da vida do paciente, contrariando, em parte, a impressão inicial de economia (Moura *et al.*, 2022).

Já no caso das facetas indiretas em laminados cerâmicos, a principal desvantagem está relacionada à maior complexidade técnica e logística do procedimento como um todo. Este tipo de tratamento exige um planejamento prévio mais demorado e detalhado, um maior número de etapas clínicas e laboratoriais sequenciais, além de requerer materiais específicos de alta qualidade e equipamentos especializados, como scanner intraoral e fornos de sinterização. A confecção artesanal das peças cerâmicas individualizadas envolve etapas de moldagem tradicional (ou escaneamento digital), envio ao laboratório de prótese, prova da estrutura, ajustes oclusais meticulosos e a cimentação definitiva, o que pode demandar várias consultas e um maior tempo de espera até a conclusão do tratamento, testando a paciência do paciente. Essa logística mais complexa torna os laminados cerâmicos menos acessíveis para uma parcela da população, tanto em termos de tempo de tratamento quanto de investimento financeiro inicial, sendo uma alternativa clinicamente viável apenas para pacientes que dispõem de recursos financeiros e disponibilidade de agenda para um tratamento mais prolongado e custoso (Moura *et al.*, 2022).

Outro aspecto crítico e frequentemente subestimado da técnica indireta é a necessidade de um preparo dentário geralmente mais invasivo e irreversível, que implica a remoção definitiva de estrutura dental sadia para garantir o espaço protético necessário à instalação dos laminados cerâmicos, que possuem uma espessura mínima (Moura *et al.*, 2022). Este desgaste, ainda que considerado minimamente invasivo em muitos casos, representa uma intervenção irreversível na maioria das vezes, comprometendo permanentemente a estrutura do dente original.

Diferentemente da resina composta, os laminados cerâmicos não podem ser simplesmente removidos e refeitos com facilidade, o que limita drasticamente as possibilidades de reversão do tratamento ou de grandes modificações estéticas futuras. Caso ocorra uma falha de adaptação, fratura da cerâmica ou insatisfação estética posterior do paciente, muitas vezes será necessário substituir toda a peça laboratorialmente, elevando consideravelmente os custos do retratamento e a sua complexidade clínica (Peumans *et al.*, 2008).

As desvantagens de cada técnica, conforme detalhado por Moura *et al.* (2022), são igualmente relevantes para o planejamento. As facetas de resina composta são caracterizadas pela perda de brilho e amarelamento mais rápido, baixa estabilidade de cor, ocorrência frequente de pequenas fraturas, limitação funcional em pacientes com bruxismo severo e a necessidade de manutenção frequente para repolimento superficial. Por outro lado, os laminados cerâmicos apresentam como principais desvantagens o custo elevado, a natureza irreversível dos procedimentos, a dependência de técnicos em próteses qualificadas, a fragilidade no manuseio, a necessidade de um maior número de sessões clínicas (em média 5), a obrigatoriedade de confecção de um provisório, a dependência de moldagem precisa e a notória dificuldade de reparo, além do risco inerente de fratura da peça cerâmica.

2.8.2 Contraindicações da utilização de facetas diretas e indiretas

Biava (2013) elenca uma série de contraindicações que devem ser rigorosamente consideradas. Contraindicações comuns a ambas as técnicas incluem: dentes cuja modificação de cor pode ser satisfatoriamente obtida com clareamento, presença de doença gengival ativa, oclusão topo a topo, dentes severamente mal posicionados,



apinhados e/ou girados, alta atividade de cárie associada à higiene bucal precária e ausência de esmalte na região cervical. Especificamente para os laminados cerâmicos, acrescentam-se contraindicações adicionais, como: dentes com extensas restaurações existentes, mordida cruzada anterior, dentes altamente fluoretados, presença de parafunção ou bruxismo, transpasse horizontal reduzido e redução na distância interoclusal. Esta distinção é crucial para a seleção segura e eficaz do tratamento.

2.8.3 Aplicação clínica e relato de caso conceitual

Para demonstrar a aplicação prática dos protocolos discutidos, apresenta-se um relato de caso conceitual envolvendo paciente do sexo feminino, 28 anos, insatisfeita com diastema interincisal e formato dental anterior. Considerando seu orçamento limitado e preferência por abordagem minimamente invasiva, optou-se por facetas diretas em resina composta nos elementos 11 e 21.

O procedimento seguiu protocolo adesivo convencional em sessão única: profilaxia, isolamento absoluto com lençol de borracha, condicionamento ácido do esmalte com ácido fosfórico a 37%, aplicação do sistema adesivo de três passos e restauração com resina composta nanoparticulada mediante técnica de estratificação (Pontons-melo; Furuse; Mondelli, 2011).

Os resultados imediatos mostraram correção efetiva do diastema e harmonização do contorno dental, com alta satisfação da paciente. Estabeleceu-se protocolo de manutenção incluindo repolimento periódico a cada 12-18 meses e acompanhamento clínico semestral para monitoramento de possíveis desgastes ou alterações cromáticas (Mondelli *et al.*, 2012).

2.9 Tendências futuras e inovações tecnológicas

O campo das facetas estéticas continua em evolução, com inovações promissoras em ambos os materiais. Para as resinas compostas, o desenvolvimento de novas formulações com monômeros de baixa contração, maior carga de partículas e melhor estabilidade de cor promete aumentar significativamente sua durabilidade e desempenho estético (Blatz *et al.*, 2019).

Materiais como as cerâmicas poliméricas e os compósitos para usinagem (CAD/CAM) surgem como uma categoria híbrida, tentando unir a facilidade de reparo da resina com a resistência e estabilidade superiores às resinas convencionais (Gresnigt *et al.*, 2019).

Na área cerâmica, as cerâmicas ultra-translúcidas (como as de zircônia ultratranslúcida) têm revolucionado o planejamento, permitindo a confecção de laminados mais resistentes mesmo com espessuras mínimas (0,3 - 0,5 mm), o que possibilita preparos ainda mais conservadores (Radz, 2011).

A integração do fluxo digital – desde o escaneamento intraoral, passando pelo design virtual do sorriso (DSD - Digital Smile Design), até a usinagem (CAD/CAM) – tem aumentado exponencialmente a previsibilidade, a precisão e a eficiência do processo, reduzindo o tempo entre o diagnóstico e o tratamento final (Seydler; Schmitter, 2011). Contudo, é crucial que estes avanços tecnológicos sejam aplicados com critério clínico, evitando o tratamento excessivo e garantindo que a indicação seja sempre a mais conservadora e adequada ao paciente (Hirata *et al.*, 2021).



3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise crítica e expandida da literatura realizada neste estudo, é possível concluir, de forma ainda mais enfática, que a dicotomia entre facetas de resina composta e laminados cerâmicos é, na realidade, uma complementaridade. Ambas as técnicas são ferramentas poderosas e indispensáveis no repertório do dentista moderno, e a maestria clínica reside em saber quando e como utilizar cada uma delas.

As facetas de resina composta se consolidam não apenas como uma opção de baixo custo, mas como a modalidade quintessencialmente conservadora. Sua capacidade de oferecer transformações estéticas significativas sem a irreversibilidade do preparo dental as torna valiosas para uma gama de situações, desde pequenas correções até a odontologia minimamente invasiva pura. Seu futuro é brilhante, com a contínua evolução dos materiais prometendo aumentar a lacuna de desempenho em relação à cerâmica.

Os laminados cerâmicos, por sua vez, mantêm sua posição como o "padrão-ouro" para casos de alta complexidade e para pacientes que demandam o máximo em estética, personalização e longevidade. Eles representam a convergência entre arte e ciência na odontologia, exigindo do clínico e do técnico um profundo conhecimento das propriedades ópticas dos materiais e das técnicas de adesão. As inovações em cerâmicas e em fluxos digitais só fortalecem esta posição, tornando os resultados ainda mais previsíveis e espetaculares.

Portanto, a chave para o sucesso terapêutico, reafirma-se, transcende a simples escolha do material. Está fundamentada em um diagnóstico meticuloso, que leva em conta a biologia, a função e as expectativas do paciente; na comunicação clara e transparente sobre os prós, contras, custos e compromissos de cada opção; e na habilidade técnica e ética do profissional em executar o plano de tratamento escolhido com a mais alta excelência. Dessa forma, seja com resina ou com cerâmica, o objetivo final será sempre alcançado: devolver ao paciente não apenas um belo sorriso, mas também saúde, função e confiança, com resultados que sejam biologicamente respeitosos, funcionalmente sólidos e esteticamente duradouros.

REFERÊNCIAS

- BAGIS, B.; AYDOĞAN, E.; BAGIS, Y. H. Direct Restorative Treatment of Missing Maxillary Laterals with Composite Laminate Veneer: A Case Report. *Open Dent J.*, v. 2, p. 93-95, 2008.
- BARATIERI, L. N. Faceta Direta com Compósitos. In: Baratieri, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Possibilidades. São Paulo: Santos, 2001. p. 307–319.
- BARTLETT, D. W. The role of erosion in tooth wear: aetiology, prevention and management. *Int. Dent. J.*, 2005.
- BEIER, U. S. *et al.* Desempenho clínico de facetas laminadas de porcelana por até 20 anos. *Revista Internacional de Prótese Dentária*, v. 1, 2012.
- BIAVA, C. Facetas: resinas ou cerâmicas?. [trabalho de conclusão de curso] Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2013.



BLATZ MB, CHICHE G, BAHAT O, ROBLEE R, COACHMAN C, HEYMANN HO. Evolução da odontologia estética. J Dent Res 2019.

BURKE, F. J. Survival Rates for Porcelain Laminate Veneers with Special Reference to the Effect of Preparation in Dentin: A Literature Review. J Esthet Restor Dent., v.24, n. 4, p. 257-65, 2012.

CALAMIA, C. S.; CALAMIA, J. R. Porcelain laminate veneers: reasons for 25 years of success. Dent Clin North Am., v. 51, n. 2, p. 399-417, 2007.

CORREA, M.B. *et al.* Do socioeconomic determinants affect the quality of posterior dental restorations? A multilevel approach. J. Dent., 2013.

D'ARCANGELO, C.; *et al.* Avaliação clínica de facetas laminadas de porcelana coladas com compósito fotopolimerizável: resultados em até 7 anos. Investigações clínicas orais, v. 16, p. 1071-1079, 2012.

DE MOURA, J. A.; *et al.* Facetas diretas em resina composta ou indiretas em cerâmica: qual é a melhor opção?. Research, Society and Development, v. 11, n. 8, p. e9411830562-e9411830562, 2022.

FRIEDMAN, M. J. Porcelain veneer restorations: a clinician's opinion about a disturbing trend. J Esthet Restor Dent., v.13, p.318–326, 2001.

GONZALEZ, M.R.G. *et al.* Falhas em restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 43-8, 2012.

GRESNIGT, M.M.M.; *et al.* Randomized clinical trial on indirect resin composite and ceramic laminate veneers: Up to 10-year finding. Journal of Dentistry, 2019.

HIRATA, R. *et al.* Quo vadis, esthetic dentistry? Ceramic veneers and overtreatment---A cautionary tale. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry, v. 34, n. 1, p. 1-8, 2021.

IZGI, A. D.; AYNA, E. Direct restorative treatment of peg-shaped maxillary lateral incisors with resin composite: A clinical report. J Prosthet Dent., v. 93 , p. 526-9, 2005.

KIMMICH, M. *et al.* Intraoral treatment of veneering porcelain chipping of fixed dental restorations: a review and clinical application. J. Am. Dent. Assoc., 2013.

LOOMANS, B.A. *et al.* Is there one optimal repair technique for all composites? Dent. Mater., 2011.

MACHADO, A. C.; *et al.* Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. Revista Odontológica do Brasil Central, v. 25, n. 74, p. 154-161, 2016.

MAGNE, P.; BELSER, U. C. Bonded porcelain restorations in the anterior dentition---a biomimetic approach. Quintessence Publishing Co; 2002.



MONDELLI, R. F. L. *et al.* Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. *J Appl Oral Sci.*, v.20, n.2, p. 151-156, 2012.

NAM, J.; RAIGRODSKI, A. J.; HEINDL, H. Utilization of multiple restorative materials in full-mouth rehabilitation: a clinical report. *J Esthet Restor Dent.*, v.20, n. 4, p. 251-265, 2008.

ONOFRE, M.E.M. *et al.* Rehabilitation of severely worn teeth: a systematic review. *Journal of Dentistry*, 2016.

OQUENDO, A.; BREA, L.; DAVID, S. Diastema: Correction of Excessive Spaces in the Esthetic Zone. *Dent Clin North Am.*, v. 55, n. 2, p. 265-281, 2011.

PEUMANS, M. *et al.* Porcelain veneers: a review of the literature. *Journal of Dentistry*, Londres, v. 28, n. 3, p. 163-177, 2008.

PINI, N. P. *et al.* Avanços em facetas dentárias: materiais, aplicações e técnicas. *Odontologia clínica, cosmética e experimental*, 2012.

PONTONS-MELO, J. C.; FURUSE, A. Y.; Mondelli, J. A. A direct composite resin stratification technique for restoration of the smile. *Quintessence Int.*, v. 42, n. 3, p. 205-11, 2011.

RADZ, G. M. Minimum thickness anterior porcelain restorations. *Dent Clin North Am.*, v. 55, n. 5, p. 353-370, 2011.

RODOLPHO, P.A.R. *et al.* 22-Year clinical evaluation of the performance of two posterior composites with different filler characteristics. *Dent. Mater*, 2011.

SABATINI, C. Direct resin composite approach to orthodontic relapse: case report. *N Y State Dent J.*, v. 78, n. 2, p. 42-46, 2012.

SEYDLER, B.; SCHIMITTER, M. Esthetic restoration of maxillary incisor using CAD/CAM chairside technology - a case report. *Quintessence Int.*, v.42, p. 533–537, 2011.

VAN DE SANDE, Françoise H. *et al.* 18-year survival of posterior composite resin restorations with and without glass ionomer cement as base. *Dental Materials*, v. 31, n. 6, p. 669-675, 2015.

VAN MEERBEECK, J. P.; VAN DOLDER, R.; MARQUEZ, J. A. Longevity of composite resin and porcelain veneers: a critical review. *Journal of Adhesive Dentistry*, v. 15, n. 3, p. 179–186, 2013. DOI: 10.3290/j.jad.a29148.

YILDIZ, E.; BAYGIN, O. Clinical performance of laminate veneers: a review. *European Journal of Dentistry*, v. 12, n. 3, p. 414–420, 2018. DOI: 10.4103/ejd.ejd_208_17.