



CURSO DE ODONTOLOGIA

NICOLAS ANDRADE NELLI

**LAMINADOS CERÂMICOS X FACETAS DIRETAS EM
RESINA NA ESTÉTICA ORAL: revisão de literatura**

**CERAMIC LAMINATES X DIRECT FACETS ON RESIN IN
ORAL AESTHETICS: literature review**

SALVADOR
2020.2

NICOLAS ANDRADE NELLI

**LAMINADOS CERÂMICOS X FACETAS DIRETAS EM
RESINA NA ESTÉTICA ORAL: revisão de literatura**

CERAMIC LAMINATES X DIRECT FACETS ON RESIN IN
ORAL AESTHETICS: literature review

Artigo apresentado à Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública, como requisito
parcial para obtenção do título de Cirurgião
dentista.

Orientador: Prof. Me. Paulo César Pinheiro
Feitosa.

SALVADOR
2020.2

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA.....	7
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	7
3.1 ESTÉTICA BUCAL	7
3.2 FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA	7
3.2.1 Vantagens.....	8
3.2.2 Desvantagens	8
3.2.3 Indicação	9
3.2.4 Contraindicação.....	9
3.3 LAMINADOS CERÂMICOS.....	10
3.3.1 Vantagens.....	11
3.3.2 Desvantagens	11
3.3.3 Indicação	11
3.3.4 contraindicação	11
4. DISCUSSÃO	12
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
REFERÊNCIAS	15
ANEXO 1	

RESUMO

A presença de alterações faciais que fujam ao padrão estético estabelecido pode influenciar no aspecto psicológico e social do indivíduo independentemente da idade, do nível social ou cultural. Cáries, escurecimento dental, envelhecimento, bruxismo, erosão química, traumas e má-oclusão, provocam modificações na arcada dentária e comprometem a estética do sorriso. As facetas dentárias são restaurações laminadas utilizadas para o recobrimento total ou parcial da face vestibular dos dentes. As facetas em resina composta são chamadas de facetas diretas e os laminados cerâmicos e de cerômero são as facetas indiretas. Este trabalho tem o objetivo de apresentar diferentes aspectos no uso das técnicas para restauração/reabilitação bucal, identificando os materiais, custo e benefício, vida útil, resistência e aspectos positivos e negativos através de uma revisão bibliográfica, conduzida nas bases de dados MEDLINE – PubMed, Google acadêmico, Scopus e Web of Science no período entre 2010 a 2020. As duas modalidades de facetas estéticas abordadas neste trabalho garantem sucesso na reabilitação do sorriso, mas a escolha para cada paciente deve ser feita avaliando-se os aspectos clínicos e as vantagens e desvantagens de tal tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação bucal, Facetas dentárias, cerâmica.

ABSTRACT

The occurrence of facial changes that escape the established aesthetic pattern can influence the individual's psychological and social aspect regardless of age, social or cultural level. Caries, dental darkening, aging, bruxism, chemical erosion, trauma and malocclusion, cause changes in the dental arch and compromise the smile's aesthetics. Dental veneers are laminated restorations used to fully or partially cover the buccal surface of teeth. Composite resin veneers are named direct veneers and ceramic laminates are indirect veneers. This work aims to show different aspects in the use of techniques for oral restoration / rehabilitation, identifying the materials, cost and benefit, useful life, resistance and positive and negative aspects through a bibliographic review, conducted in the MEDLINE - PubMed databases , Google Scholar, Scopus and Web of Science in the period from 2010 to 2020. The two types of aesthetic facets covered in this work guarantee success in smile rehabilitation, but the choice for each patient must be made by evaluating the clinical aspects and the advantages and disadvantages of such treatment.

KEYWORDS: Oral rehabilitation, Dental veneers, ceramics.

1. INTRODUÇÃO

O referencial de saúde e sucesso é pautado nos padrões impostos pela sociedade e quanto mais bela for a aparência da pessoa, maiores são as suas perspectivas de oportunidades sociais e profissionais¹. Os padrões ideais de estética facial estão bem estabelecidos pela sociedade e amplamente divulgados pela mídia². Diante de tantas exigências, a procura por tratamentos de reabilitação estética oral com previsibilidade, longevidade e obtenção de excelência nos resultados cresce rapidamente,¹ impulsionando o desenvolvimento de novas técnicas e materiais odontológicos.

Frequentemente a estética do sorriso é comprometida por modificações na arcada dentária como cáries, escurecimento dental, envelhecimento, bruxismo, erosão química, traumas e má-oclusão. Também é frequente que os dentes anteriores, principalmente os superiores, apresentem apenas alteração de cor, mantendo a forma, contorno, alinhamento e textura superficial inalterados. Em algumas situações, alterações de forma, cor ou posição são ocasionadas por problemas anatômicos, diastemas, traumatismos e até ausência de contatos interproximais que podem levar à formação de triângulos negros³.

Do mesmo modo, a fluorose, hipoplasia, desmineralização e pigmentação por uso de medicamentos, podem provocar manchas e defeitos no esmalte⁴, e para recuperar a estética, são sugeridos procedimentos de clareamento, micro-abrasão, confecção de facetas diretas e indiretas e restauração.

O uso de facetas estéticas tornou-se indicado a fim de evitar a utilização de tratamentos mais invasivos que resultam em desgaste ou perda tecidual excessiva. A Odontologia restauradora atual, associada ao grau de exigência e expectativa dos pacientes, tem proporcionado avanços nas propriedades físicas e ópticas dos materiais odontológicos e no desenvolvimento de técnicas mais conservadoras, gerando resultados cada vez mais satisfatórios e previsíveis esteticamente⁵.

Portanto, o presente estudo tem o objetivo de mostrar diferentes aspectos no uso das técnicas para restauração/reabilitação estética no sentido de identificar se existe um material mais adequado, o custo e benefício de cada um

deles, vida útil, aspectos positivos e negativos da sua utilização através de uma revisão bibliográfica.

2. METODOLOGIA

A revisão bibliográfica foi conduzida nas bases de dados MEDLINE – PubMed, Google acadêmico, Scopus e Web of Science, no período entre 2010 a 2020, utilizando como palavras-chave os termos: laminados cerâmicos, facetas dentarias, estética oral e reabilitação, oral ceramic laminates, dental veneers, oral aesthetics and oral rehabilitation.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ESTÉTICA BUCAL

A estética é um dos fatores necessários para o bem estar humano, influenciando a autoestima. A presença de alterações faciais que fujam ao padrão estético estabelecido, pode influenciar no aspecto psicológico e social do indivíduo independentemente da idade, do nível social ou cultural.

Marson e Kina⁷ afirmaram que a aparência do sorriso interfere na imagem dos indivíduos perante a sociedade, influenciando na sua vida pessoal e profissional. Nos dias atuais, a Odontologia voltada à estética está em destaque devido ao grande apelo dos meios de comunicação e pelo padrão de beleza imposto pela própria sociedade.

Para Soares et al⁹, esses parâmetros também influenciam na análise de um sorriso estético ideal, com dentes brancos e alinhados. Esses devem estar em harmonia com as outras estruturas presentes, respeitando suas devidas proporções anatômicas e funcionais, sem apresentar alterações de cor, forma, anormalidades estruturais ou de posição dos dentes anteriores.

3.2 FACETAS DIRETAS EM RESINA COMPOSTA

A faceta em resina composta tornou-se muito popular nos últimos anos com uma maior conservação de estrutura dental em relação aos laminados de cerâmica e excelentes resultados estéticos^{10, 11, 12}. Outros autores^{13, 14} apontam que essas facetas também são: versáteis, apresentam baixo custo e menor tempo de trabalho.

A seleção correta de materiais é fundamental para o sucesso da técnica, uma vez que a resina composta possui propriedades mecânicas e físicas semelhantes à estrutura dentária, porém, é difícil selecionar as opções que se assemelham à cor natural dos dentes como, opacidade, translucidez, textura e brilho¹⁵. Faz-se necessário também que sejam utilizados compósitos de boa qualidade, que haja colaboração e cuidados do paciente com a manutenção e seja realizada uma técnica adequada durante a confecção¹⁵.

De acordo com D'Souza et al.¹⁶, a opacificação é um desafio para confecção de facetas diretas em dentes escurecidos, mas o uso de opacificadores (resinas fluidas capazes de impedir a passagem de luz) permite mascara-lo¹⁷.

3.2.1 Vantagens

As grandes vantagens das facetas diretas de resina composta em relação às facetas indiretas de cerâmica são: maior preservação dental, menor tempo de execução, baixo custo em relação às facetas de cerâmica e excelente estética¹⁸. Outra vantagem desse tipo de tratamento, é que em algumas situações, essas facetas podem ser executadas sem qualquer tipo de preparo, além de ser uma opção de reparo rápido, seguro e eficaz e não exigir moldagem nem provisórios. Em adição, as facetas diretas em resina composta dispensam etapas de laboratório e o seu preparo é geralmente mais conservador que o necessário para as facetas indiretas^{19, 20}.

3.2.2 Desvantagens

Neste tipo de procedimento, também existem desvantagens consideráveis quando comparadas às facetas cerâmicas, como a propensão ao manchamento e degradação, perda de lisura superficial e fraturas em especial, quando empregados em áreas de alto estresse. Há também a hipótese de se formarem bolhas de ar e caso essas bolhas sejam expostas pelo desgaste superficial da faceta (provocado pela escovação, profilaxias e/ou consumo de alimentos abrasivos) irá deixar à mostra uma capa de resina não polimerizada. Uma outra desvantagem seria o fato de que o uso de opacificadores pode tornar as restaurações com aparência excessivamente artificial^{19, 21}.

A confecção perfeita da faceta em resina composta e o tempo necessário para execução dependem da habilidade e competência do cirurgião dentista em relação a escultura dos dentes. Se o tempo de confecção for longo, este procedimento é contraindicado em situações em que todos os dentes anteriores tiverem de ser facetados. Por fim, as facetas em resina possuem menor resistência que as facetas de porcelana²².

Vale destacar que o uso de facetas em resina em pacientes com hábitos nocivos como por exemplo morder cachimbo, caneta, unhas²³ constitui-se como uma desvantagem. Principalmente um hábito involuntário como o bruxismo têm um potencial de exceder os limites das propriedades do material, seja aderindo à subestrutura de metal ou ao esmalte e dentina²⁴.

3.2.3 Indicação

As facetas diretas em resina composta são indicadas em casos de alterações da cor dos dentes ou por grandes alterações provocada pelo uso da tetraciclina ou que não respondem ao tratamento de clareamento, incluindo dentes desvitalizados. Também em casos de dentes conóides, fechamento de diastemas, fechamento de triângulos interdentais, aumento do comprimento e proeminência dos incisivos, dentes com múltiplas restaurações e também em casos de restaurações extensas (fratura coronal extensa, perda de esmalte extensa, malformações congênitas e adquiridas)²⁵.

3.2.4 Contraindicação

Esse tipo de tratamento não é indicado para pacientes com hábitos parafuncionais como bruxismo, além de casos onde o esmalte dentário a ser facetado, esteja sadio. Este, por sua vez, também não é indicado para transformações marcantes na forma e cor do sorriso²³.

3.3 LAMINADOS CERÂMICOS

Os laminados cerâmicos foram propostos inicialmente em 1975 por Rochete na França. Porém, essa técnica só foi descrita em 1980 por Buonocore e Bowen²⁶. Também chamados de facetas estéticas em cerâmica ou simplesmente, facetas de cerâmica, são lâminas ou veneers de cerâmica com espessura de aproximadamente 0,5 a 0,8 mm, cimentadas sobre a estrutura dentária por meio de técnicas adesivas, utilizando-se sistemas adesivos e resinas compostas para cimentação²⁷.

Esse tratamento apresenta propriedades satisfatórias referentes à biocompatibilidade, estabilidade de cor, lisura superficial, longevidade, biomecânica e aparência semelhante à do dente natural, sendo bem recomendado^{14,29}.

Os laminados cerâmicos são uma opção de tratamento com sucesso clínico bem aceito pelos profissionais e pacientes³⁰. No entanto, o profissional deve selecionar o mais indicado para o seu caso clínico dentre os diferentes sistemas cerâmicos disponíveis.

Existem quatro maneiras de confeccionar faceta em cerâmica: (1) em modelos refratários, (2) sobre lâmina de platina, (3) pela volatilização do padrão de cera com "fundição" e inclusão da cerâmica, e (4) com a ajuda do computador (por meio da fresagem) pelo processo CAD-CAM - *Computer-aided design and computer-aided manufacture*, essa tecnologia se baseia no desenho de uma estrutura protética em um computador seguido da sua confecção por uma máquina de fresagem²⁷.

O primeiro método refere-se à confecção da faceta de cerâmica realiza-se em modelo refratário, obtido com a duplicação do modelo de gesso²². A técnica dos modelos refratários é uma das mais empregadas junto com o método

CAD-CAM na atualidade para a execução de restaurações cerâmicas livres de metal¹⁹, graças à descoberta dos materiais de revestimento refratários que facilitam o processo de fabricação³¹.

3.3.1 Vantagens

As cerâmicas são mais semelhantes ao esmalte nos quesitos de elasticidade, resistência, dureza e expansão térmica. Além disso, tem a capacidade de manter sua cor por mais tempo, apresentam excelente durabilidade e maior longevidade que as facetas diretas em resina composta e não afetam o periodonto quando bem executados¹⁹.

3.3.2 Desvantagens

As facetas de cerâmica apresentam maior dificuldade técnica de preparo onde há uma necessidade de desgaste maior que são irreversíveis. Os procedimentos de preparo e cimentação são críticos. Além disso, essas facetas são frágeis quando ainda não estão cimentadas¹⁹, podendo necessitar de recobrimento incisal, o que aumenta o seu custo e em caso de falha, geralmente será necessária a substituição completa da faceta²².

3.3.3 Indicação

Os laminados cerâmicos são recomendados quando há alteração de cor e ou dentes multi-restaurados. Porém, devido à sua espessura delgada, são indicados para promover pequenas alterações de cor e não para mascarar dentes escurecidos. Considerando as indicações individuais de cada técnica, a faceta cerâmica tem se destacado em função de suas excelentes propriedades ópticas, durabilidade, longevidade e previsibilidade de resultado; tendo em vista tratar-se de um material que mais se assemelha à aparência natural dos dentes²⁶.

3.3.4 contraindicações:

Esse tratamento é contraindicado em casos de redução significativa da estrutura dental sadia, além de hábitos nocivos como bruxismo ou apertamento dental, e dentes com alguma patologia periodontal grave além de vestibularização severa².

4. DISCUSSÃO

As resinas compostas são mais semelhantes à estrutura de dentina e as cerâmicas são semelhantes ao esmalte dental³⁵. Para Peumans et al³⁶ os laminados cerâmicos são restaurações duráveis, mas precisam ser indicados de maneira adequada.

Oliveira et. Al³⁷ constataram que as facetas diretas são excelentes alternativas restauradoras, que além de apresentarem bons resultados estéticos, têm ótima relação custo-benefício, quando comparadas com restaurações indiretas. Aranha et al¹⁸ relatam que ambas as técnicas adesivas são muito eficazes tanto para a estética quanto para a funcionalidade.

Meneses et al³⁹ afirmaram que se houver domínio da técnica e conhecimento acerca dos materiais restauradores, os laminados cerâmicos garantem bons resultados. A durabilidade e a qualidade do material utilizado garantem o sucesso das restaurações cerâmicas⁴⁰.

De acordo com Bergoli et. Al⁴¹, o preparo dos dentes para confecção de facetas cerâmicas pode apresentar variações, desde extremamente conservadores até muito semelhantes às de coroas totais. A faceta sem preparo preserva a estrutura do dente, portanto é considerada a melhor opção, mas esta modalidade tem sido frequentemente criticada por apresentar algumas limitações, incluindo resultados estéticos e complicações periodontais.

D'Arcangelo et.al⁴² apresentaram um novo protocolo para otimizar restaurações de facetas sem preparo baseado na identificação das posições ideais das margens: a margem é posicionada no ponto de máxima convexidade dos dentes, evitando o sobrecontorno das facetas sem preparo tradicionais. Estes pesquisadores concluíram que o procedimento garante precisão marginal e estabilidade estética. E que o sucesso deste novo protocolo depende da

combinação entre uma boa seleção de casos, posição das margens, princípios de boa aderência, experiência clínica e laboratorial.

Em um trabalho de Gurel et al.⁴³, notou-se uma taxa de sobrevivência de laminados de 99% quando os preparos estavam em esmalte, e de 94% quando somente as margens do preparo eram em esmalte. Concluiu-se, então, que laminados cerâmicos possuem segurança e previsibilidade quando cimentados em esmalte. Entretanto, Blank³⁴ alerta para a necessidade de avaliar primeiro o plano oclusal, pois pacientes que apresentam mordida profunda, cúspides rasas ou função de grupo que ofereça mínima proteção aos incisivos centrais e laterais na execução de movimentos excursivos podem apresentar forças que excedam as propriedades físicas dos compósitos, durante a função, nesses casos não é indicado o uso de facetas.

Os casos clínicos relatados na literatura^{37, 38, 39, 40, 44, e 45}, mostram que tanto a faceta direta quanto a indireta são capazes de satisfazer o desejo de reabilitação oral dos pacientes, mas para tanto é necessária obediência aos protocolos reabilitadores, um bom planejamento e escolha de materiais adequados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os exames clínicos e o relato (queixa) do paciente são importantes no planejamento do caso e para indicar a melhor alternativa para restabelecer um sorriso harmônico. As duas modalidades de facetas estéticas abordadas neste trabalho, garantem sucesso na reabilitação do sorriso, mas a escolha para cada paciente deve ser feita avaliando-se os aspectos clínicos e as vantagens e desvantagens de cada tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Coelho GD, Santos GO, Linhares LD, Vieira Filho AC, Delbons FB, Alto RV. Previsibilidade e segurança na reabilitação estética anterior usando-se laminados cerâmicos: relato de caso clínico. *Clín Int J Braz Dent*. 2013;164-177.
2. Soares PV, Zeola LF, Pereira FA, de Almeida Milito G, Machado AC. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. *Revista Odontológica do Brasil Central*. 2012 Oct 9;21(58): pag-pag
3. Follak AC, Ilha BD, Ribeiro DS, Mielke JC, Buligon MP, David SC. Reanatomização e fechamento de triângulo negro em dentes ânterossuperiores. *Revista Dentística on line-ano*. 2012;11(23): pag-pag.
4. Matos AB, Turbino ML, Matson E. Efeito das técnicas de microabrasão no esmalte: estudo em microscopia eletrônica de varredura. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*. 1998 Apr;12(2):105-12.
5. Goldstein RE. Study of need for esthetics in dentistry. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 1969 Jun 1;21(6):589-98.
6. Kammann M, Quirós O. Análisis facial en ortodoncia interceptiva. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. 2013;1(1):1-1.
7. Marson FC, Kina S. Restabelecimento estético com laminados cerâmicos. *Revista Dental Press de Estética*. 2010 Jul 1;7(3): pag-pag.
8. Seixas MR, Muniz L. Facetas dentárias, Ortodontia e bom senso. *Rev Clin Ortod Dental Press*. 2017 Dez-2018 Jan;16(6):22-8.
9. Vinicius Soares P, Barbosa Faria NF, Oliveiros Cardoso I, Faria Moura G, Giovani Pereira A. Abordagem multidisciplinar para reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos minimamente invasivos. *Journal of Clinical Dentistry & Research*. 2017 Jan 1;14(1): pag-pag.
10. Albers HF. Tooth colored restoratives, Cotati. Alto Books. 1985;7:31-2.

11. Baratieri LN, De Andrada MA, Arcari GM, Ritter AV. Influence of post placement in the fracture resistance of endodontically treated incisors veneered with direct composite. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2010 Aug 1;84(2):180-4.
12. Felipe LA, Baratieri LN. Direct resin composite veneers: masking the dark prepared enamel surface. *Quintessence International*. 2010 Sep 1;31(8): pag-pag.
13. Lima RB, Leite JT, França RM, Brito MC, Uchôa RD, Andrade AK. Reabilitação estética anterior pela técnica do facetamento—relato de caso. *Rev bras ciênc saúde*. 2013;17(4):363-70.
14. Da Cunha LF, Coesta PT, da Escóssia Jr J, Mondelli J. Interrelação Periodontia e Dentística Restauradora na lapidação de facetas cerâmicas. *Revista Dental Press de Estética*. 2013; 10(1): 64-76
15. Narciso BL, Sylvio Jr M. *Odontología Restauradora: Fundamentos y Técnicas*. Editorial Livraria Santos. 2011;2:591.
16. D'Souza DS, Kumar M. Esthetics and biocompatibility of composite dental laminates. *Medical Journal Armed Forces India*. 2010 Jul 1;66(3):239-43.
17. Hickel R, Peschke A, Tyas M, Mjör I, Bayne S, Peters M, Hiller KA, Randall R, Vanherle G, Heintze SD. FDI World Dental Federation: clinical criteria for the evaluation of direct and indirect restorations—update and clinical examples. *Clinical oral investigations*. 2010 Aug 1;14(4):349-66.
18. Conceição EN. *Restaurações estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes*. Artmed Editora; 2011.
19. Baratieri LN, Monteiro Junior S, Andrada MA, Vieira LC, Ritter AV, Cardoso AC. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. In *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades 2012* (pp. 739-739).
20. Mangani F, Cerutti A, Putignano A, Bollero R, Madini L. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. *Eur J Esthet Dent*. 2017;2(2):188-209.

21. Kim SJ, Son HH, Cho BH, Lee IB, Um CM. Translucency and masking ability of various opaque-shade composite resins. *Journal of dentistry*. 2010 Feb 1;37(2):102-7.
22. Suliano LC, Correia Filho R, Santos PCG. Facetas estéticas diretas em resina composta. *JBC* 1998; 2(8):34-37.
23. Kenedy WC. Faceta laminada de porcelana. *RGO (Porto Alegre)*. 1991:134-40.
24. Friedman MJ. A 15-year review of porcelain veneer failure--a clinician's observations. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ: 1995)*. 1998 Jun;19(6):625-636.
25. Strassler HE. Minimally invasive porcelain veneers: indications for a conservative esthetic dentistry treatment modality. *General Dentistry*. 2017 Nov;55(7):686-95.
26. Magne P, Belser U. Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: uma abordagem biomimétrica. *Quintessence*; 2013.
27. Della Bona A. Facetas estéticas em eel-arnica. In: Busato ALS et al. *Dentística: restaurações em dentes anteriores*. São Paulo: Artes Médicas, 1997, p.418-441.
28. Meyer Filho A, Souza CN. Desmistificando a cimentação adesiva de restaurações cerâmicas. *Clín int j braz dent*. 2015:50-7.
29. Fialho FP, Fialho MP, Nogueira RP, Firoozmand LM. Restaurações diretas podem ser uma opção de tratamento para a substituição de restaurações indiretas de cerâmica? *Revista Dental Press de Estética*. 2014 Apr 1:11(2).82-9.
30. Kina S. *Equilibrium: Cerâmicas adesivas case book*. Artes médicas; 2010.
31. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vuylsteke-Wauters M, Vanherle G. Five-year clinical performance of porcelain veneers. *Quintessence international*. 1998;29(4):211-21.

32. Souza EM et al. Facetas estéticas indiretas em porcelana. *Jornal Brasileiro de Dentística & Estética*. 2012;1(3):156-62.
33. Garone GM, Garone Netto N. Facetas Cerâmicas do planejamento à cimentação. In: Macedo MCS, Callegari A, Bombana AC. (Org.). *Atualização Clínica em Odontologia Clínica do dia-a-dia*. Artes Médicas. 2010: 1. 504-517.
34. Blank JT. Case selection criteria and a simplified technique for placing and finishing direct composite veneers. *Compendium of continuing education in dentistry* (Jamesburg, NJ: 1995). 2012 Sep;23(9 Suppl 1):10-7.
35. Magne P, Belser UC. Novel porcelain laminate preparation approach driven by a diagnostic mock-up. *Journal of Esthetic and restorative dentistry*. 2014 Jan;16(1):7-16.
36. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vanherle G. Porcelain veneers: a review of the literature. *Journal of dentistry*. 2010 Mar 1;28(3):163-77.
37. da Silva Oliveira A, de Oliveira LE, de Lacerda Oliveira H, da Silveira PV, Peralta SL. Mascaramento de dentes escurecidos utilizando restaurações diretas: relato de caso. *Revista Diálogos Acadêmicos*. 2020 Jan 31;8(2): pag-pag.
38. Aranha ACC, Mitsui FHO, Marchi GM. Composite resin veneer after microabrasion procedure – Clinical case report. *J Bras Dent Estet*, 2013 2(5):72-8.
39. de Sousa Menezes M, Carvalho EL, Silva FP, Reis GR, Borges MG. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: Relato de caso clínico. *Revista Odontológica do Brasil Central*. 2015 Apr 28;24(68):37-43.
40. Higashi C, Sakamoto Junior AS, Gomes GM, Calixto AL, Gomes OM, Gomes JC. Laminados cerâmicos minimamente invasivos. *Full dent sci*. 2012:166-75.
41. Bergoli CD, Meira JB, Valandro LF, Bottino MA. Survival rate, load to fracture, and finite element analysis of incisors and canines restored with ceramic veneers having varied preparation design. *Operative dentistry*. 2014 Sep;39(5):530-40.

42. D'Arcangelo C, Vadini M, D'Amario M, Chiavaroli Z, De Angelis F. Protocol for a new concept of no-prep ultrathin ceramic veneers. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 2018 May;30(3):173-9.
43. Gurel G, Sesma N, Calamita MA, Coachman C, Morimoto S. Influence of enamel preservation on failure rates of porcelain laminate veneers. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 2013 Jan 1;33(1):31-9.
44. Cardoso PC, de Almeida Decurcio R, Pacheco AF, Júnior LJ, de Lima PL, da Silva RF. Facetas diretas de resina composta e clareamento dental: estratégias para dentes escurecidos. *Revista Odontológica do Brasil Central*. 2011; 20(55): pag-pag.
45. Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Junior LM. Restabelecimento estético funcional com laminados cerâmicos. *Revista Odontológica do Brasil Central*. 2011 Mar 17;20(52):88-93.

ANEXO 1

NORMAS DA REVISTA DA BAHIANA

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela

comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico:
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS
PELO CORPO EDITORIAL