

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM BRUXISMO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E ESTRATÉGIA RESTAURADORA – CASO CLÍNICO

Oral rehabilitation in a patient with bruxism: multidisciplinary approach and restorative strategy – Clinical case

Access this article online	
Quick Response Code:	Website: https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/69986
	

Autores:**Dinalaiany Caroline Nascimento Baraúna**

Cirurgiã dentista - Centro Universitário Uninassau | Salvador - Bahia

Rebeca Da Silva Dos Santos

Cirurgiã dentista - Centro Universitário Uninassau | Salvador - Bahia

Shanana Barreto Barbosa

Cirurgiã dentista - Centro Universitário Uninassau | Salvador - Bahia

Mayra dos Reis Barreto de Oliveira

Especialista em Prótese Dentária – Instituto Prime e Especialista em Harmonização Orofacial - IOA | Salvador - Bahia

Paula Milena Melo Casais Moreira

Mestre e Doutora em Ciências da Saúde - Universidade Federal da Bahia | Salvador - Bahia

Docente do Centro Universitário Uninassau | Salvador - Bahia

Instituição: : Centro Universitário Uninassau Salvador**Autor correspondente:** Rua dos Maçons, nº 364, Pituba, Salvador. Telefone: +55 71 981120900**Email:** dinalaianycaroline@gmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo consiste em descrever um relato de caso de reabilitação oral em paciente com bruxismo, destacando as estratégias terapêuticas. Paciente M.R.M.S., sexo masculino, 61 anos, melanoderma, industrial, natural de Salvador (BA), com histórico de graduação completa e sem comorbidades relevantes relatadas no prontuário. Compareceu à clínica odontológica relatando dificuldade mastigatória e insatisfação estética com seu sorriso. Durante a primeira avaliação, após uma anamnese detalhada, exames clínicos, físicos e radiográficos, observaram-se desgastes dentários acentuados, comprometimento estético anterior e ausência de suporte oclusal posterior, ocasionando redução da dimensão vertical de oclusão (DVO) e sinais compatíveis com o diagnóstico de bruxismo. Foram realizados múltiplos procedimentos, como implantes unitários, instalação de facetas em cerâmica, coroas e coroas sobre implante, além da confecção da placa miorelaxante. A interação e o sequenciamento desses procedimentos foram cuidadosamente planejados para oferecer uma reabilitação efetiva e personalizada, de modo a restaurar a funcionalidade e a estética, além de promover a saúde bucal e o bem-estar do paciente a longo prazo. A reabilitação oral estética com implantes, coroas estéticas e facetas é viável em pacientes com bruxismo. Entretanto, isso deve ser feito em conjunto com a utilização de placas miorelaxantes para proteção das facetas em cerâmica e das coroas sobre implante. Além disso, é importante que o paciente incorpore outros tipos de tratamento com uma equipe multiprofissional, haja vista que o bruxismo possui etiologia multifatorial.

Palavras-chave: Bruxismo; Reabilitação Bucal; Implantes dentários; Facetas dentárias.

ABSTRACT

The objective of this study is to describe a case report of oral rehabilitation in a patient with bruxism, highlighting the therapeutic strategies employed. The patient, M.R.M.S., a 61-year-old melanoderma male, industrial worker, born in Salvador (BA), with a history of completing higher education and no relevant comorbidities recorded in his chart, presented to the dental clinic reporting masticatory difficulty and dissatisfaction with his smile's esthetics. During the first evaluation, following a detailed anamnesis and clinical, physical, and radiographic examinations, the patient exhibited marked dental wear, compromised anterior esthetics, and lack of posterior occlusal support, resulting in reduced vertical dimension of occlusion (VDO) and signs consistent with the diagnosis of bruxism. Multiple procedures were performed, including single

dental implants, ceramic veneers, crowns and implant-supported crowns, in addition to the fabrication of a stabilizing (myorelaxant) occlusal splint. The integration and sequencing of these procedures were carefully planned to provide an effective and personalized rehabilitation, restoring function and esthetics while promoting long-term oral health and patient well-being. Esthetic oral rehabilitation with implants, esthetic crowns, and veneers is viable in patients with bruxism; however, this must be accompanied by the use of an occlusal splint to protect ceramic veneers and implant-supported crowns. Additionally, it is essential that the patient engages in other forms of treatment with a multidisciplinary team, considering that bruxism has a multifactorial etiology.

Keywords: Bruxism; Oral Rehabilitation; Dental Implants; Dental Veneers.

INTRODUÇÃO

O bruxismo, definido como uma alteração parafuncional, é caracterizado pelo ranger ou apertamento dos dentes, com origem multifatorial, incluindo fatores psicológicos como a ansiedade - uma das principais causas dessa condição (MENDONÇA, ALBUQUERQUE e MEDEIROS, 2022). O bruxismo acarreta diversos problemas estéticos e funcionais, tais como desgastes dentários, inclusive em próteses fixas ou removíveis; sensibilidade dentária; dores de cabeça, pescoço e face; má oclusão; perda de estruturas dentárias e ósseas; e possível potencialização da doença periodontal (VIEIRA, 2020).

O bruxismo do sono (BS) pode ser definido como o ranger e/ou apertamento dos dentes de forma inconsciente, geralmente acompanhado da produção de sons (LIBERATO *et al.*, 2022). Já o bruxismo de vigília (BV) ocorre durante o dia, quando o indivíduo está acordado, sendo caracterizado por uma ação semivoluntária da mandíbula, geralmente sem o ranger dos dentes. Pode ainda manifestar-se por meio de hábitos parafuncionais, como mascar objetos, morder canetas e lápis, roer unhas e morder bochechas ou a língua, entre outros (SILVA, 2019).

Quanto à etiologia, dois grupos são mais evidentes no bruxismo, como os de ordem periférica ou morfológica (desarmonias oclusais) e os de ordem central (patofisiológica e psicológica, como disfunções no sistema dopaminérgico e estresse). Atualmente, os fatores periféricos são considerados de menor relevância (AHLBERG *et al.*, 2004).

A ansiedade e o estresse estão diretamente relacionados ao desenvolvimento do bruxismo, levando o paciente a descarregar tensões involuntárias no sistema

estomatognático. Esses movimentos parafuncionais podem ocorrer tanto durante o sono quanto na vigília, com intensidade variável de acordo com o perfil do paciente (CARVALHO et al., 2020).

O plano de tratamento deve atender a objetivos, como a redução da tensão física e psicológica, tratamento dos sinais e sintomas, minimização de interferências oclusais e rompimento do padrão neuromuscular habitual (MIKAMI, 1977; TRAVELL E SIMONS, 1983; PAVONE, 1985; OKESON, 1992; TEIXEIRA *et al.*, 1994) do bruxismo, como o uso de placa oclusal, abordagens comportamentais e manejo farmacológico. A placa oclusal é considerada a primeira escolha para proteger os dentes e próteses contra danos (VAN DER ZAAG et al., 2005).

Reabilitar um paciente com bruxismo é desafiador devido aos fatores biomecânicos, funcionais e comportamentais que afetam diretamente o planejamento, execução e longevidade do tratamento restaurador ou protético. Como essa parafunção impõem forças oclusais excessivas e repetitivas, pode aumentar o risco de fraturas de dentes, restaurações, cerâmicas e próteses; desgastes acelerados dos materiais restauradores; perda de estrutura dentária e alteração da DVO, alterando a estética facial, função mastigatória e o espaço protético disponível; desafio clínico e psicológico; além da manutenção constante para o controle do bruxismo (MENDONÇA et al., 2022; SIMÕES, 2025; MARTINS et al., 2025).

Portanto, este estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente com diagnóstico de bruxismo associado à perda de dimensão vertical de oclusão, submetido a uma reabilitação oral completa. A partir desse relato, busca-se destacar os principais fatores relacionados à etiologia do bruxismo, descrever os procedimentos realizados ao longo do processo reabilitador, evidenciar o uso da placa oclusal como uma das estratégias terapêuticas adotadas e, por fim, discutir a viabilidade do uso de facetas em dissilicato de lítio (porcelana) em pacientes que fazem uso contínuo de placas miorreloxantes, considerando os aspectos funcionais e estéticos envolvidos no tratamento.

Este estudo foi conduzido em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salvador (UNIFACS) e aprovado sob o parecer consubstanciado de número CAAE 90860025.9.0000.5033.

RELATO DE CASO

Paciente M.R.M.S, sexo masculino, 61 anos, industrial, natural de Salvador - BA, com histórico de graduação completa e sem comorbidades relevantes relatadas no prontuário, compareceu à clínica odontológica relatando dificuldade mastigatória e insatisfação estética com seu sorriso, afetando sua autoestima. Durante a primeira avaliação, após uma anamnese detalhada, exames clínicos, físicos e radiográficos, observou-se desgastes dentários acentuados, comprometimento estético anterior e ausência de suporte oclusal posterior, ocasionando redução da dimensão vertical de oclusão (DVO) e sinais compatíveis com o diagnóstico de bruxismo (Figura 1).



Figura 1. Radiografia panorâmica inicial.

Diante desses achados foi realizada a documentação fotográfica inicial e escaneamento digital para o devido acompanhamento, fundamentais para o planejamento cirúrgico e protético. Com base nas condições apresentadas, elaborou-se um plano de tratamento que se adequasse às necessidades e condições do paciente, buscando assim uma reabilitação integrada, com: implantes dentários, coroas, facetas laminadas, confecções de provisórios, ajustes oclusais, polimento e confecção de placa miorrelaxante. Observou-se o aspecto intraoral inicial, contemplando a avaliação dos desgastes dentários e desarmonia estética (Figura 2), além do perfil facial (Figura 3).



Figura 2. Aspecto intraoral inicial: desgastes dentários e desarmonia estética.



Figura 3. Perfil facial inicial.

Na etapa inicial foi realizada a adequação do meio bucal, retirada da ponte e confecção de um dente provisório para a unidade 35, cimentado com hidróxido de cálcio. Posteriormente, executou-se a prova do mock-up (Figura 4), permitindo a avaliação do formato e proporção dentária, além da simulação do aumento da DVO e da Guia de Interferência Gnatólógica (JIG) (Figura 5), que são determinantes para estabelecer a nova posição mandibular e o correto relacionamento intermaxila, buscando melhor harmonia do sorriso (Figuras 4 e 5).



Figura 4. Prova de Mockup.



Figura 5. Prova de JIG.

Em mais um encontro, foram realizadas duas etapas cirúrgicas, que incluíram a exodontia das unidades 37 e 38, associada à cirurgia de implantes nas unidades 36 (gm mini pilar 0.8mm), 37 (Epikut mini 1.5mm) e 46 (Epikut pilar 2.5 mm), buscando oferecer suporte e estabilidade protética posterior para reabilitação funcional e redistribuição das cargas mastigatórias.

Na consulta seguinte, realizou-se a cirurgia dos implantes das unidades 16 (Epikut pilar 1.5 mm), 24 (Epikut pilar 2.5mm) e 25 (gm mini pilar 0.8 mm) (Figura 6). Visando melhorar a estética do sorriso e criar dentes mais proporcionais e harmoniosos, foi realizado aumento de coroa nas unidades 14 e 15.



Figura 6: Implantes dentários instalados.

Após o período de osseointegração e cicatrização tecidual, foi iniciada a etapa restauradora com o preparo dos elementos dentários e confecção das facetas cerâmicas nas unidades 11,12,13,21,22,23,31,32,33,34,41,42,43,44 e 45. Adicionalmente, foram confeccionadas coroas sobre dentes nas unidades 14, 26, 34 e 35 e sobre implante na unidade 17. Realizou-se também a moldagem de transferência dos pilares protéticos.

Posteriormente realizou-se a instalação das facetas laminadas e coroas cerâmicas com cimento resinoso All Cem Venner A1 (Figura 7), seguida de todos os ajustes oclusais finos em laboratório e intraorais, garantindo assim a correta relação de DVO e guia anterior funcional (JIG). Realizamos o polimento final e as fotos finais para registro no prontuário (Figura 8). Além da montagem dos arcos superior e inferior para confecção da placa miorelaxante.



Figura 7. Facetas laminadas e coroas cerâmicas instaladas



Figura 8: Resultado final após instalação das coroas, facetas e ajustes funcionais.

Na fase final, foi confeccionada a placa miorelaxante, com orientações quanto ao uso noturno e à higiene bucal, a fim de proteger as estruturas reabilitadas e manter a estabilidade da nova DVO (Figura 10).

Sendo assim o tratamento resultou em restabelecimento funcional, estético, oclusal, harmonia do sorriso e proteção adicional das estruturas dentárias e protéticas. O resultado proporcionou satisfação ao paciente e otimização da qualidade de vida, com ganhos tanto na mastigação quanto na autoestima (Figura 9).



Figura 9. Sorriso em repouso/leve contração.



Figura 10. Paciente em uso da placa miorreloxante.

DISCUSSÃO

Conforme observado no relato do caso, o paciente cursava com bruxismo que relatava impactos negativos na estética do sorriso e da mastigação. Na literatura o bruxismo é uma condição que ultrapassa o simples hábito de apertar ou ranger os dentes, trata-se de uma atividade parafuncional que, dependendo de sua intensidade, pode provocar desgastes dentários severos, cefaleias frequentes e desconfortos articulares. Os movimentos involuntários característicos desta condição podem ocorrer tanto durante o dia quanto à noite, sendo classificados como bruxismo diurno ou noturno. No primeiro caso, o apertamento dentário

costuma funcionar como uma válvula de escape para o estresse cotidiano. Já o bruxismo noturno, muitas vezes identificado por quem convive com o paciente, envolve tanto o apertamento quanto o ranger dos dentes, com forças significativamente superiores às da função mastigatória normal (TAN, JANKOVIC e ONDO, 2000; LAVIGNE e MANZINI, 2000; SHETTY, 2010; OKESON, 1992).

Embora sua origem ainda não seja totalmente compreendida, diversos estudos sugerem que fatores como ansiedade, estresse, uso de substâncias como drogas e cafeína podem estar associados ao desenvolvimento do bruxismo. Além disso, alterações nos níveis de dopamina, neurotransmissor relacionado ao prazer e à motivação, também parecem desempenhar um papel relevante na manifestação dessa disfunção. Os impactos dessa condição não se limitam aos dentes, condições clínicas como retração gengival, reabsorção óssea, estalidos na articulação temporomandibular (ATM) e hipertonia dos músculos mastigatórios são algumas das consequências que comprometem diretamente a qualidade de vida do paciente (AHLBERG *et al.*, 2004; RANG, DALE e RITTER, 2001).

Apesar de não haver cura definitiva para o bruxismo, existem abordagens terapêuticas que visam aliviar os sintomas e melhorar o bem-estar do paciente. Entre elas, destacam-se a higiene do sono, a prática de acupuntura, exercícios de relaxamento e atividades físicas. Em casos mais severos, o uso de medicamentos pode ser necessário, embora seus efeitos estejam condicionados ao uso contínuo, o que pode acarretar riscos de dependência (MAZZETTO, PONTES e PARDINI, 1995; INGRASSIA TONELLI, RIVAROLA, BONGIOVANNI, 2005; PEREIRA *et al.*, 2006; MULLER *et al.*, 1982; MONTGOMERY, 1986).

No contexto desse relato de caso, os dispositivos interoclusais, como as placas oclusais, desempenham um papel fundamental na proteção contra o desgaste dentário provocado pelo ranger ou apertar dos dentes. No entanto, segundo a literatura, sua indicação deve ser criteriosa, considerando a diversidade de modelos disponíveis e suas diferentes funções. É importante ressaltar que essas placas não promovem a cura do bruxismo, mas atuam como uma forma de manejo clínico, aliviando a dor, favorecendo uma mordida mais funcional e promovendo o equilíbrio da força muscular (PORTERO *et al.*, 2009).

As placas oclusais descritas neste relato de caso foram confeccionadas em acrílico rígido e são conhecidas na literatura como placas convencionais rígidas ou placas de estabilização. Essas são consideradas o padrão ouro para o aumento da dimensão vertical. Klasser, Greene e Lavigne (2010) realizaram um

estudo sobre Placas Oclusais (OAs) em pacientes com Bruxismo do sono, com o intuito de verificar as alterações no apertamento com estes dispositivos. Como conclusão geral, os autores constataram que as placas oclusais têm a finalidade básica de proteger os dentes e, ao mesmo tempo, reduzir a atividade muscular durante o sono.

Paralelamente, as facetas dentárias surgem como uma solução estética e funcional na odontologia moderna. Elas consistem em revestimentos aplicados na face vestibular dos dentes, podendo ser confeccionadas por meio de técnicas diretas, com resina composta em sessão única, ou indiretas, que envolvem etapas laboratoriais e o uso de materiais cerâmicos. Ambas as abordagens oferecem excelentes resultados estéticos, desde que haja uma avaliação criteriosa para a correta indicação (PERES, 2010; ALMIHATTI *et al.*, 2002; MACHADO *et al.*, 2016).

Os laminados cerâmicos, por sua vez, também são amplamente utilizados na reabilitação estética e podem ser classificados em metálicos, compostos por dissilicato de lítio e zircônia, e não metálicos, que incluem elementos como boro, oxigênio, flúor e silício. Esses materiais apresentam duas fases distintas: a cristalina, que influencia nas propriedades mecânicas e ópticas, e a vítrea, relacionada à expansão térmica e à viscosidade. Apesar de sua alta durabilidade, estabilidade de cor e resistência, seu custo elevado e o tempo de execução prolongado devem ser considerados (DELLA BONA *et al.*, 2004; CRAIG, 2004; GARCIA *et al.*, 2011).

No caso do paciente foi planejado a reabilitação com facetas em cerâmicas reforçadas com dissilicato de lítio, pois oferecem vantagens como biocompatibilidade, preservação da forma, resistência a fraturas e aparência semelhante aos dentes naturais, tornando-se uma excelente escolha em tratamentos estéticos (GOMES *et al.*, 2008).

Para que a reabilitação desse relato de caso fosse bem-sucedido, diversos fatores foram considerados, como a manipulação correta do material restaurador, o formato, espessura, processo de adesão, fotopolimerização e a habilidade técnica do profissional. A literatura destaca a adesão como um dos principais pilares para garantir a durabilidade e resistência das facetas, uma vez que falhas podem surgir com o tempo. Por isso, a manutenção periódica é essencial. Um planejamento cuidadoso e uma execução precisa são indispensáveis para alcançar um resultado estético satisfatório e que atenda às expectativas do paciente (MONTAGNER *et al.*, 2018).

Diante disso, a associação entre placas oclusais e facetas dentárias tem se mostrado uma abordagem eficaz na reabilitação de pacientes bruxistas. Essa combinação não apenas protege as estruturas dentárias contra fraturas e desgastes, como também previne lesões nos tecidos moles da cavidade oral. Além de reduzir os sintomas do bruxismo, essa estratégia devolve ao paciente a função mastigatória e a estética comprometidas pela parafunção. Para garantir a longevidade do tratamento e evitar futuras intervenções, é fundamental orientar o paciente quanto à manutenção adequada das facetas e ao uso correto dos dispositivos interoclusais.

CONCLUSÃO

O presente relato de caso permitiu evidenciar a complexidade multifatorial da reabilitação oral do paciente bruxista, destacando a importância de um diagnóstico preciso e de um planejamento terapêutico individualizado.

A utilização da placa oclusal demonstrou ser uma estratégia importante na proteção das estruturas dentárias e na redução dos sintomas associados à parafunção. Além disso, a reabilitação estética com facetas de dissilicato de lítio mostrou-se viável e segura para pacientes bruxistas, desde que acompanhada de critérios clínicos rigorosos e manutenção adequada.

A associação entre controle funcional e abordagem estética reforçam a necessidade de uma visão integrada e multidisciplinar no tratamento desses pacientes, visando não apenas a preservação da saúde bucal, mas também a restauração da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendonça MPR, Albuquerque IS, Medeiros RPR. Reabilitação oral em pacientes bruxistas: revisão de literatura. RSBO. 2022;19(1):160-70.
2. Vieira RTR. O uso da toxina botulínica no tratamento do bruxismo [Monografia]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2020.
3. Liberato FMG, et al. Bruxismo e DTM: o que dentistas e fisioterapeutas sabem a respeito? Res Soc Dev. 2022;11(4):1-13.



4. Silva TC. Fatores etiológicos relacionados ao bruxismo infantil [Monografia]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2019.
5. Ahlberg J, et al. Reported bruxism and biopsychosocial symptoms: a longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(4):307-11.
6. Carvalho GAO, et al. Ansiedade como fator etiológico do bruxismo: revisão de literatura. *Res Soc Dev*. 2020;9(7):e95973925.
7. Mikami DB. A review of psychogenic aspects and treatment of bruxism. *J Prosthet Dent*. 1977;37(4):411-9.
8. Travell JG, Simons DG. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. Williams & Wilkins; 1983.
9. Pavone BW. Bruxism and its effects on the natural teeth. *J Prosthet Dent*. 1985;53(5):692-6.
10. Okeson JP. *Fundamentos de Oclusão e Desordens Temporomandibulares*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1992.
11. Teixeira M, Ribeiro CP, Queiroz A, Perdomo GW. Bruxismo: desgaste dental em resposta à interferência oclusal. *ROBRAC*. 1994;4(13):8-13.
12. Van der Zaag J, et al. Efficacy of occlusal stabilization splints on sleep bruxism: controlled assessment. *J Orofac Pain*. 2005;19(2):151-8.
13. Mendonça MPR, Albuquerque IS, Medeiros RPR. Reabilitação oral em pacientes bruxistas: revisão de literatura. *RSBO*. 2022;19(1):160-70.
14. Simões KCR. *Desafios da reabilitação oral de pacientes bruxistas e importância da abordagem multidisciplinar: uma revisão integrativa [Trabalho de Conclusão de Curso]*. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2025.
15. Martins EVS, Pereira JTM, Carvalho LP, Aquino FS, Souza GS. Reabilitação oral em paciente com bruxismo severo: relato de caso. *Braz J Biol Sci*. 2025;6(12):342-50.



16. Tan EK, Jankovic J, Ondo W. Bruxism in Huntington's disease. *Mov Disord.* 2000;15(1):171-3.
17. Lavigne GJ, Manzini C. Sleep bruxism and concomitant motor activity. In: Kryger, Roth, Dement. *Principles and Practice of Sleep Medicine.* Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 773-85.
18. Shetty S, Pitti V, Satish Babu CL, Surendra Kumar GP, Deepthi BC. Bruxism: a literature review. *J Indian Prosthodont Soc.* 2010;10(3):141-8.
19. Okeson JP, Phillips BA, Berry DT, Baldwin RM. Nocturnal bruxing events: normative data and cardiovascular response. *J Oral Rehabil.* 1992;21:623-30.
20. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. *Farmacologia.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
21. Mazzetto MM, Pontes AP, Pardini LC. Tratamento da hipertrofia do músculo masseter com terapias conservadoras. *Rev Bras Prótese Periodontia Oclusão.* 1995;1:28-33.
22. Ingrassia Tonelli ME, Rivarola EM, Bongiovanni I. Bruxismo nocturno. *Rev Assoc Odontol Argent.* 2005;93(1):21-3.
23. Pereira RPA, et al. Bruxismo e qualidade de vida. 2006:186-9.
24. Muller E, et al. Bruxismo: revisión bibliográfica. *Acta Odontol Venez.* 1982;20(2):115-42.
25. Montgomery MT, et al. Effects of diazepam on nocturnal masticatory muscle activity. *J Dent Res.* 1986;65:452-64.
26. Portero PP, Kern R, Kusma SZ, Grau-Grullón P. Placas oclusais no tratamento da DTM. 2009:36-8.
27. Klasser GD, Greene CS, Lavigne GJ. Oral appliances and the management of sleep bruxism in adults. *Int J Prosthodont.* 2010;23(5):453-62.



28. Peres R. Facetas laminadas: revisão de literatura. Montes Claros: Instituto de Ciências da Saúde – Funorte/Soebras; 2010.
29. Almilhatti HJ, Giampaolo ET, Machado AL, Pavarina AC, Vergani CE. Infiltração marginal em facetas estéticas de resina composta em próteses parciais fixas. PGR Pós-Graduação em Revista. 2002;5(1):58-63.
30. Machado AC, et al. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após traumatismo. Rev Odonto Bras Central. 2016.
31. Della Bona A. Work of adhesion of resin on treated lithia disilicate-based ceramic. Dent Mater. 2004;20(4):338-44.
32. Craig RG. Materiais dentários restauradores. 11^a ed. São Paulo: Santos; 2004.
33. Garcia LDFR, et al. Análise crítica do histórico e desenvolvimento das cerâmicas odontológicas. Rev Gaúcha Odontol. 2011;29(1):67-73.
34. Gomes EA, Assunção WG, Rocha EP, Santos PH. Cerâmicas odontológicas: o estado atual. Cerâmica. 2008;54:319-25.
35. Montagner AF, Sande FHV, Müller C, Cenci MS, Susin AH. Survival and failure of composites. Braz Dent J. 2018;29(6):547-54.