

**Escola de Ciências
da Saúde**



Isabella Antunes

Joanna Helena Mangia

Juliana Salles

Facetas Cerâmicas

Duque de Caxias - RJ

2021

Isabella Antunes

Joanna Helena Mangia

Juliana Salles

Facetas Cerâmicas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Anna Paula Martins

Duque de Caxias - RJ

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

A636c Antunes, Isabella.
Facetas cerâmicas / Isabella Antunes, Joanna Helena Mangia, Juliana Salles. – Duque de Caxias, 2021.
19 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Odontologia) –
Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2021.
“Orientadora: Prof.^a Anna Paula Martins”.
Referências: f. 16-19.

1. Odontologia. 2. Estética dentária. 3. Facetas de cerâmica. I. Mangia, Joanna Helena. II. Salles, Juliana. III. Martins, Anna Paula. IV. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. V. Título.

CDD – 617.6

Isabella Antunes

Joanna Helena Mangia

Juliana Salles

Facetas Cerâmicas

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do
Grande Rio “Professor José de Souza
Herdy”, como parte dos requisitos
parciais para obtenção do grau de
bacharel em Odontologia

Aprovado em 23 de Junho de 2021.

Banca Examinadora



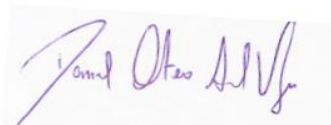
Prof. Anna Paula Martins

Universidade do Grande Rio



Prof. Cauli Capillé

Universidade do Grande Rio



Prof. Daniel Otero Amaral Vargas
Universidade do Grande Rio

RESUMO

A evolução dos materiais e o avanço técnico-científico da odontologia restauradora adesiva possibilitaram mudanças dos paradigmas preexistentes, modificando a Odontologia que causava temor e trauma para uma Odontologia que proporciona beleza e bem-estar. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre facetas cerâmicas, buscando descrever sobre origem, classificação, indicações, contraindicações, limitações, vantagens e desvantagens; e, as etapas clínicas para a confecção das facetas cerâmicas. Pode-se concluir que técnicas adesivas combinadas com materiais restauradores da cor do elemento dentário são uma das maiores conquistas da odontologia restauradora. Os laminados cerâmicos eram considerados somente instrumentos estéticos. Porém, sua gama de indicações aumentou expressivamente, tornando as facetas de cerâmica uma alternativa altamente viável às formas clássicas e muito mais invasivas de tratamento restaurador. Na atualidade, as facetas cerâmicas são utilizadas para a restauração da biomecânica da dentição, estabelecimento da função adequada e para fins estéticos.

Palavras-chave: Odontologia restauradora adesiva. Laminados. Função. Estética.

ABSTRACT

The evolution of materials and the technical and scientific advancement of adhesive restorative dentistry have enabled changes in pre-existing paradigms, changing dentistry that caused fear and trauma to a dentistry that provides beauty and well-being. This study aimed to perform a literature review on ceramic veneers, describing the origin, classification, indications, contraindications, limitations, advantages and disadvantages, and the clinical steps for the fabrication of ceramic veneers. It can be concluded that adhesive techniques combined with tooth colored restorative materials are one of the greatest achievements of restorative dentistry. Ceramic veneers used to be considered only aesthetic instruments. However, their range of indications has increased significantly, making ceramic veneers a highly viable alternative to the classical and much more invasive forms of restorative treatment. Today, ceramic veneers are used for restoring the biomechanics of the dentition, establishing proper function and for aesthetic purposes.

Keywords: Adhesive restorative dentistry. Laminates. Function. Aesthetics.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
3. DISCUSSÃO	13
4. CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS.....	16

1. INTRODUÇÃO

A evolução dos materiais e o avanço técnico-científico da odontologia restauradora adesiva possibilitaram mudanças dos paradigmas preexistentes, modificando a Odontologia que causava temor e trauma para uma Odontologia que proporciona beleza e bem-estar.^{1,2} Tais mudanças conceituais estão se propagando na sociedade ao longo das últimas décadas, simultaneamente a diversos progressos científicos no desenvolvimento de novos materiais e técnicas.^{3,4,5} A busca pela saúde bucal deixou de ser apenas à remoção da dor ou restabelecimento da função, mas, também, à devolução da forma, proporção, cor e características perdidas do dente. Os pacientes anseiam por dentes claros, alinhados e com formato adequado, refletindo muitas vezes na sua própria autoestima. Os parâmetros estéticos exigidos pela sociedade impulsionam os indivíduos a melhorarem a aparência física por meio de tratamentos que buscam a restauração da harmonia corporal, bem como da harmonia dental. Dessa maneira, cada dia mais os indivíduos buscam modificar seus sorrisos, por meio da odontologia estética. A estética dental se tornou essencial na aparência pessoal, tendo em vista que apresentar um belo sorriso revelou-se essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional.^{3,4,5} Com esse aumento da demanda estética, um tratamento que vem sendo muito procurado, que é uma das alternativas para tornar o sorriso mais estético são os laminados cerâmicos ou facetas cerâmicas, que representam uma alternativa restauradora para obtenção de resultados naturais e previsíveis.^{2,6}

Os laminados cerâmicos foram introduzidos pelo dentista americano Charles L. Pincus, em 1928, buscando atender a demanda de pacientes pela estética. Como a maioria da clientela de Charles era artistas de cinema, esses laminados tiveram a denominação de “laminados de Hollywood”. A princípio, a execução desses laminados era semelhante aos laminados de cerâmicas usados na atualidade, diferindo-se somente pela não existência de cimentação adesiva, dessa maneira, os laminados eram posicionados com adesivo para dentaduras, sendo uma solução temporária que os artistas utilizavam para filmagens e/ou fotografias.³

O desenvolvimento de sistema adesivo e condicionamento ácido, e alguns anos depois a adição do condicionamento com ácido hidrofluorídrico e silanização em alguns tipos de cerâmicas possibilitaram a cimentação desses laminados aos

dentes de forma definitiva. Por volta das décadas de 80 - 90 foi possível então, fazer uma reabilitação com laminados cerâmicos através do processo de adesão entre o cimento resinoso e a cerâmica.^{7,8,9}

A utilização de facetas cerâmicas tem sido uma estratégia de tratamento comum, sendo um método conservador para tratamento de problemas estéticos e funcionais em comparação a restaurações do tipo coroa total. As cerâmicas têm se destacado por ser um material com boas propriedades para restaurações dentárias, como a biocompatibilidade, estabilidade de cor e semelhança aos dentes.¹⁰

A faceta laminada é um procedimento estético totalmente cerâmico realizado com o recobrimento da face vestibular da estrutura dental, fortemente unido ao elemento dentário por meio de sistemas adesivos.^{2,11,12,13} Apresentam espessura entre 0,3 a 0,5 mm.¹⁴ Por serem menos espessas representam um tratamento restaurador estético que minimizam o desgaste do dente durante o preparo e propiciam uma modificação da estética, sendo ela duradoura e significativa.³ Além disso, apresentam maior durabilidade e resistência contra as forças da mastigação, e aspectos e texturas semelhantes aos dentes naturais, possibilitando a realização dos laminados em cerâmica cada vez menos espessa.^{15,16}

Com o melhoramento das técnicas referentes às aplicações e ao aperfeiçoamento dos materiais utilizados na odontologia, as facetas de cerâmica estão se tornando cada vez mais usadas como sendo uma opção referente à reabilitação oral de maneira minimamente invasiva, o que nos dias atuais, deve ser critério essencial para o planejamento da harmonização dental.¹⁷

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre facetas cerâmicas, buscando descrever sobre origem, classificação, indicações, contraindicações, limitações, vantagens e desvantagens; e, as etapas clínicas para a confecção das facetas cerâmicas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Desde 1930, as facetas dentais têm sido usadas para melhorar a estética e a proteção dos dentes, as indicações incluem: dentes descoloridos devido a fatores como a coloração de tetraciclina, fluorose, amelogenese imperfeita, idade e outros; restauração de dentes fraturados e desgastados; morfologia dentária anormal; correção de pequeno mau posicionamento; reparo intraoral de coroa fraturada.¹⁸

Com o advento dos tempos modernos, a exigência estética cada vez mais alta, possibilitou o desenvolvimento de materiais dentários com o intuito de simular a aparência dos dentes naturais. Nesse contexto, as cerâmicas odontológicas ganharam grande destaque, de forma que as facetas cerâmicas, antes restrita apenas às regiões anteriores, pudessem ser utilizadas também em regiões posteriores.^{19,20}

Vários estudos relataram resultados clínicos positivos com facetas cerâmicas, com taxa de sobrevivência de 91% em 20 anos,^{9,21} sendo considerada uma correção estética previsível.²²

As facetas cerâmicas são de porcelana bem finas indicadas para correção de problemas estéticos como fechamento de espaços interdentais (diastema), aumento do comprimento dos dentes quando eles são muito curtos, correção de dentes quebrados, redefinição do contorno dental, redesenho de dentes assimétricos bem como cobertura de dentes manchados.^{11,12}

As condições desfavoráveis incluem pacientes com hábitos parafuncionais, como bruxismo e aperto, higiene oral deficiente, esmalte insuficiente ou inadequado para retenção suficiente,²³ apinhamento severo, e grandes defeitos de Classe IV, que não devem ser restaurados com facetas cerâmicas em razão da grande quantidade de material sem suporte e da falta de revestimento da cor do dente.²⁴ Entende-se que pacientes com bruxismo e alguns hábitos parafuncionais irão apresentar fraturas e essa particularidade faz com que o índice de insucesso seja maior quando se compara com pacientes que não possuem essas parafunções.⁹

A principal característica que se deve saber é em relação à maneira como as facetas se adaptam à superfície dentária e a quantidade de superfície recoberta.¹⁴ São três as principais técnicas com facetas cerâmica, a lente de contato dental, a faceta laminada em porcelana e fragmento cerâmico. A lente de

contato dental é uma técnica popularizada no meio artístico para a transformação de sorrisos, ainda que não seja preponderante nos tratamentos. Trata-se de uma faceta cerâmica fina e delicada confeccionada para ser colada diretamente sobre os elementos dentários. Já a faceta laminada em porcelana é a técnica mais utilizada e multifuncional na correção de cor e forma dos elementos dentários. A diferença da faceta laminada para a lente de contato é a remoção de uma maior quantidade de estrutura do elemento dentário para promover uma lâmina dental mais consistente e espessa com capacidade de reabilitar dentes e sorrisos com problemas estéticos e funcionais mais graves.²⁵

O fragmento cerâmico é uma técnica ainda pouco usada em razão das dificuldades na sua execução, é uma maneira para a correção detalhada na forma e comprimento de dentes e ainda fechar espaços entre os dentes (diastemas). São equivalentes à lente de contato dental em espessura e na ausência de desgaste dentário, as desigualdades estão no tamanho reduzido e limitado somente às superfícies dos dentes que precisam de correções.²⁵

As cerâmicas utilizadas compreendem a feldspática, feldspática reforçada por leucita e reforçadas por dissilicato de lítio, sendo que as mais utilizadas são as feldspáticas e as reforçadas por dissilicato de lítio, podendo a aplicação ser realizada de duas maneiras: a técnica direta ou indireta. As diferenças na composição química e qualidade das cerâmicas utilizadas interferem diretamente no resultado final do tratamento com laminado cerâmico.^{2,13}

Os processos restauradores diretos são realizados e aplicados pelo Cirurgião Dentista e executados com resinas compostas. É uma técnica minimamente invasiva que objetiva especialmente os cuidados com as estruturas dentárias, resguardando o máximo possível.²⁶ As facetas indiretas compreendem além do trabalho do cirurgião dentista a parte laboratorial do técnico em prótese dentária e dos quais podem ser constituídas tanto de resinas compostas de forma indireta (cerômeros) quanto de porcelana,²⁷ são realizadas de forma menos conservadora, implicando em uma maior quantidade de perda das estruturas do tecido dental, em especial referente aos casos de escurecimento da coroa.²⁸

Diversas alternativas restauradoras existem no mercado levando em consideração as várias imposições e perspectivas dos indivíduos como resistência e duração da reparação, retirada da parte estrutural dental íntegra, quantidade de sessões indispensáveis para o final da restauração; e, por fim, mas não menos

importante o valor do tratamento que deverá ser descrito na elaboração do plano de tratamento.²⁹

As facetas cerâmicas vêm se sobressaindo por mostrarem uma excelente capacidade para restabelecer restaurações dentárias. As facetas cerâmicas apresentam como vantagens: ser um procedimento muito conservador na preparação, pois a redução do esmalte de 0,5 mm ou menos é suficiente; biocompatibilidade; aparência e textura semelhantes aos dentes naturais em comparação às resinas compostas; tolerância do tecido ser excelente por causa da superfície de porcelana altamente vitrificada, que fornece menos acúmulo de placa; resistência às manchas; ainda que o folheado de porcelana seja frágil, é forte quando colado ao dente; durabilidade e resistência se apresentam bastante superiores quando é levada em consideração a força de tração no processo de mastigação.^{15,24}

Destaca-se ainda que a demanda contínua pela utilização em reparações está cada vez maior, tendo em vista os excelentes aspectos estéticos apresentados, constituindo uma disposição ideal e empregando técnicas corretas na acomodação do condicionamento ácido e nos sistemas adesivos e na hora da cimentação, porém existe um elevado problema correspondente ao grande número de trincas e fraturas;¹⁵ e ainda não podem ser reparados, sendo difícil modificar a cor, uma vez que são cimentados em posição na superfície do esmalte; incapacidade de testar as restaurações e o alto custo.²⁴

O método usual para restaurações estéticas é remover certa quantidade de tecido dentário e substituir o espaço por restaurações de cerâmica.³⁰ As facetas de cerâmica têm propriedades superiores tanto na preservação estética quanto na dentária e considerada tratamento minimamente invasivo.³¹

Inicialmente se deve criteriosamente analisar o conjunto "sorriso" da paciente. Isso compreende o exame de altura e amplitude do sorriso, corredores bucais, posicionamento labial e linha média dos dentes. Cabe salientar a importância do protocolo fotográfico registrando o sorriso natural da paciente, e sorriso amplo.³²

As técnicas de faceta de cerâmica odontológica proporcionam uma espessura de cerca de 0,3 a 0,7 mm, devendo o dente preparado pela faceta de cerâmica ter < 0,7 mm no terço incisal, < 0,5 mm no terço médio e < 0,3 mm no

terço cervical. Devendo-se tentar diminuir a quantidade de redução do dente e garantir que ele ficasse dentro da estrutura do esmalte e uma adesão eficaz.³²

Cuidado deve ser tomado na invasão excessiva nas preparações dentárias para facetas, ou seja, quando os planos de acabamento preparados durante as operações clínicas excedem a junção esmalte-dentina ocorrendo à exposição da dentina, pois em longo prazo, ocorre aumento da sensibilidade da dentina e microinfiltração em razão da diminuição da força de colagem. Dessa maneira, para obter estabilidade em longo prazo, a polpa deve ser protegida, a quantidade de preparo dentário deve ser reduzida e a superfície de corte do preparo dentário dentro do esmalte dentário deve ser controlada com precisão. Este é o conceito predominante de preparo dentário minimamente invasivo.³³

De acordo com a posição da margem gengival, a margem da restauração pode ser classificada em três tipos: margem supragengival, margem equigengival e margem subgengival. Como as facetas cerâmicas são escolhidas principalmente para dentes anteriores, recomenda-se o uso de margens supragengival e equigengival, o mini-chanfro de 0,3-0,5 mm para garantir a saúde do colo do dente e dos tecidos periodontais. Consequentemente, o projeto da linha de acabamento é essencial para a restauração estética, estabilidade de colagem e saúde periodontal. Portanto, é fortemente recomendado reter mais esmalte, tentar usar uma margem equigengival ou desenho de margem subgengival, e contra o preparo profundo excessivo da zona da borda.³⁴

Existem basicamente dois tipos de brocas para preparação de dentes, dependendo do material: brocas diamantadas e brocas carboneto. As brocas diamantadas têm alta eficiência de corte e são adequadas para grandes quantidades de preparação de dentes. As superfícies preparadas são arranhadas e depois polidas. Os grãos são revestidos no corpo da broca de aço inoxidável e podem se desgastar durante o corte, resultando em uma redução na eficiência e na qualidade do corte. As brocas de carboneto são capazes de preparar superfícies dentais com uma impressão precisa.³⁵

Devido ao seu material e forma, as brocas de carboneto são mais duráveis e têm desempenhos de corte estáveis, mesmo após várias aplicações clínicas. No geral, as brocas de carboneto são mais aconselháveis para preparações dentárias de facetas cerâmicas, especialmente adequadas para a preparação de linhas de acabamento de alta qualidade, podendo se usar as brocas redondas para

preparações labiais e linguais; de corte para preparação de superfícies labial e vestibular; e, as cilíndricas para corte de interface proximal.³⁴

De acordo com Yu et al., o selamento imediato da dentina refere-se ao tratamento do agente de ligação no tecido dentinário exposto imediatamente após a preparação. O processo é o seguinte: 1) distinguir as regiões de exposição da dentina; 2) gravar a região alvo por 5-15 s; 3) enxaguar e secar; 4) aplicar agente de ligação, soprar em uma camada fina; 5) fotopolimerização preliminar; e 6) aplicação de antioxidante e fotopolimerização adicional. O selamento imediato da dentina é necessário para o preparo dentário em facetas cerâmicas, aliviando diretamente a sensibilidade da dentina e otimizando os efeitos de adesão. O tratamento do esmalte e da dentina com métodos de colagem separados também aumenta indiretamente a resistência final da colagem.³⁴

Enfim, as chaves do sucesso das facetas cerâmica dependem, em grande parte, de profissionais bem treinados e experientes. Buscar conhecimento dos tipos e técnicas de preparação de facetas cerâmica para os cirurgiões-dentistas e aumentar a conscientização sobre os tipos de materiais, técnicas de fabricação e novos dispositivos para os técnicos de laboratório são passos muito importantes para obter excelentes resultados finais.³⁶

3. DISCUSSÃO

Os procedimentos restauradores têm como objetivo devolver não somente a forma e a função dos elementos dentários, mas também a qualidade estética e sorrisos cada vez mais harmônicos segundo os padrões de beleza atuais; e, com a evolução dos materiais odontológicos, as cerâmicas tem se tornado uma ótima opção nesse contexto, segundo descreveram Aguiar et al.²⁰, Alothman e Bamasoud²², Baratieri e Monteiro Junior², Blun e Ozcan⁵, Calamia e Calamia⁷, Conceição³, Feldens⁶, Kelly e Benetti⁸, Layton e Walton²¹, Machado et al.⁴, Peumans et al.¹⁰, Silva Neto et al.⁹, Soares et al.¹, Vargas, Bergeron e Diaz-Arnold¹⁹.

As cerâmicas mais utilizadas compreendem as feldspáticas e as reforçadas por dissilicato de lítio, podendo a aplicação ser realizada pela técnica direta²⁶ ou indireta^{2,13,27}. Oliveira²⁸ apontou que as indiretas são realizadas de maneira menos conservadora, perdendo maior quantidade de estrutura do tecido dental, especialmente nos casos de escurecimento da coroa.

Para Sheets e Taniguchi²³ as contraindicações para a utilização de facetas cerâmicas são pacientes com bruxismo e aperto, higiene oral deficiente, esmalte insuficiente ou inadequado para retenção suficiente. Ahmed²⁴ cita ainda que nos casos de apinhamento severo, e grandes defeitos de Classe IV em razão da grande quantidade de material sem suporte e da falta de revestimento da cor do dente. Silva Neto et al.⁹ justificaram que não deve-se usar facetas cerâmicas em pacientes com hábitos parafuncionais, pois poderá ocorrer fraturas levando ao insucesso do procedimento.

As vantagens apresentadas pelas facetas compreendem ter um preparo bastante conservador, pois a redução do esmalte em 0,5 mm ou menos é suficiente^{32,34}; biocompatibilidade; aparência e textura semelhantes aos dentes naturais; menor acúmulo de placa; durabilidade e resistência, excelente estética³⁰, considerado tratamento minimamente invasivo,^{15,24,29,31} entretanto para Ahmed²⁴ e Pacheco et al.¹⁵ existe grande possibilidade de trincas e fraturas; dificuldade de modificar a cor, pois são cimentados em posição na superfície do esmalte e o alto custo. De acordo com Tuğcu et al.³³ e Yu et al.³⁴, deve-se ter cuidado com o excesso de invasão nas preparações dentárias para não exceder a junção

esmalte-dentina expondo a dentina, pois em longo prazo, poderá ocorrer aumento da sensibilidade e microinfiltração.

Clavijo e Kabbach¹⁴ apontaram três principais técnicas com facetas cerâmica, a lente de contato, a faceta laminada em porcelana e o fragmento cerâmico, sendo a faceta laminada em porcelana a mais utilizada e multifuncional na correção de cor e forma dos elementos dentários, apresentando como diferencial somente uma maior remoção de estrutura do dente para proporcionar uma lâmina dental mais consistente e espessa, conforme descreveram Goyatá et al.²⁵

Dessa maneira, a popularidade dos laminados cerâmicos se dá em razão de sua baixa espessura^{11,12}, porém de acordo com Soares et al.¹ admite-se que a preservação máxima de estrutura dentária e técnicas de preparo com adesão em esmalte seja mais importante do que a espessura do laminado cerâmico. Nesse sentido, Cardoso et al.¹² concluíram que a inter-relação da Periodontia e Dentística e a obediência a um protocolo reabilitador previsível, possibilita a obtenção de resultados estéticos e funcionais satisfatórios, devolvendo harmonia, naturalidade e jovialidade para face e sorriso dos pacientes submetidos a reabilitações com facetas cerâmicas. Corroborando, Machado et al.⁴ apontaram que a interação do material com adequado planejamento e domínio da técnica leva ao sucesso dos resultados, tanto em relação a função como estética. Ashwag e Ahmed³⁶ acrescentaram ainda que o profissional envolvido na reabilitação deve realizar um bom planejamento para a obtenção de bons resultados.

4. CONCLUSÃO

Técnicas adesivas combinadas com materiais restauradores da cor do elemento dentário são uma das maiores conquistas da odontologia restauradora. Os laminados cerâmicos eram considerados somente instrumentos estéticos. Porém, sua gama de indicações aumentou expressivamente, tornando as facetas de cerâmica uma alternativa altamente viável às formas clássicas e muito mais invasivas de tratamento restaurador. Na atualidade, as facetas cerâmicas são utilizadas para a restauração da biomecânica da dentição, estabelecimento da função adequada e para fins estéticos.

REFERÊNCIAS

1. Soares PV, Santos Filho PCF, Menezes MS, Simamoto VRN, Quagliatto PS, Soares CJ, Raposo LHA. Facetas cerâmicas minimamente invasivas lentes de contato: fundamentos e protocolos. *Pro-odonto prótese e Dentística*. 2015;6(2):9-46.
2. Baratieri LN, Monteiro Junior S. Restaurações cerâmicas parciais lentes de contato e fragmentos. *In: Baratieri LN, Monteiro Junior S. Odontologia restauradora fundamentos e possibilidades*. 2. ed. Florianópolis: Santos, 2015. p. 785-831.
3. Conceição EN. Laminados Cerâmicos. *In: Conceição. (Org.). Dentística: Saúde e Estética*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 478- 501.
4. Machado AC, Reinke ACMA, Moura GF, Zeola LF, Costa MM, Reis BR, Soares PV. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. *Rev Odontol Bras Central*. 2016;25(74):154-61.
5. Blum IR, Ozcan M. Reparative dentistry: possibilities and limitations. *Current Oral Health Reports*. 2018;5(4):264-9.
6. Feldens TT. Laminados cerâmicos em diferentes espessuras: uma opção conservadora. 2011. 27f. Monografia (Especialização). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
7. Calamia JR, Calamia CS. Porcelain laminate veneers: reasons for 25 years of success. *Dent Clin North Am*. 2007;51(2):399-417.
8. Kelly JR, Benetti P. Ceramic materials in dentistry: historical evolution and current practice. *Aust Dent J*. 2011;56(Suppl 1):84-96.
9. Silva Neto JMA, Souza SVP, Farias MPC, Almeida Barros JVBAR, Santos JKB, Brandão Medeiros MLB, Cavalcante TC. Facetas cerâmicas: uma análise

minimamente invasiva na odontologia. Rev Elet Acervo Saúde. 2020;48(48):e3374 (1-10).

10. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vanherle G. Porcelain veneers: a review of the literature. J Dent. 2000;28(3):163-77.

11. Aquino APT, Cardoso PC, Rodrigues MB, Takano AE, Porfírio W. Facetas de porcelana: solução estética e funcional. Clin Int J Braz Dent. 2009;5(2):142-52.

12. Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro LJE. Restabelecimento estético funcional com laminados cerâmicos. ROBRAC. 2011;20(52):88-93.

13. Medeiros MF. Facetas estéticas de porcelanas: uma revisão de literatura. 2016. 29f. Monografia (Graduação). Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba.

14. Clavijo V, Kabbach W. Restaurações cerâmicas parciais-lentes de contato e fragmentos. In: Baratieri LN, Monteiro Junior S. Odontologia restauradora fundamentos e possibilidades. 2. ed. Florianópolis: Santos, 2015. p. 785-831.

15. Pacheco AF, Ferreira MG, Decurcio RA, Luz CA, Maffra PET, Gonçalves MMC, Cardoso PC. Técnica indireta-direta para resinas compostas – coroas leves. Int J Braz Dent. 2014;10(1):448-55.

16. Dias RM. Restaurações parciais cerâmicas em dentes anteriores. 2015. 48f. Monografia (Graduação). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

17. Oliveira CHO. Aplicação dos cimentos resinosos associados a sistemas cerâmicos condicionáveis: revisão de literatura e relato de caso. 2018. 70f. Monografia (Graduação). Brasília: Universidade de Brasília.

18. Tjan AHL, Dunn JR, Sanderson IR. Microleakage patterns of porcelain and castable ceramic laminate veneers. J Prost Dent. 1989;61(3):276-82.

19. Vargas MA, Bergeron C, Diaz-Arnold A. Cementing all-ceramic restorations. recommendations for success. J Am Dent Assoc. 2011;142(Suppl 2): 20S-4S.
20. Aguiar EMG, Rodrigues RB, Lopes CCA, Silveira Junior CD, Soares, CJ, Novais VR. Diferentes sistemas cerâmicos na reabilitação oral: relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central 2016;25(72):31-36.
21. Layton DM, Walton TR. The up to 21-year clinical outcome and survival of feldspathic porcelain veneers: accounting for clustering. Int J Prosthodont. 2012;25(6):604-12.
22. Alothman Y, Bamasoud MS. The success of dental veneers according to preparation design and material type. Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(12):2402-8.
23. Sheets CG, Taniguchi T. Advantages and limitations in the use of porcelain veneer restorations. J Prosthet Dent. 1990;64(4):406-11.
24. Ahmed T. Porcelain laminate veneers: a minimally invasive esthetic procedure. J Evol Med Dent Sci. 2013;2(45):8856-59.
25. Goyatá FR, Costa HV, Marques LHG, Barreiros ID, Lanza CRM, Novaes Júnior JB, Moreno A. Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso. Arch Health Invest. 2017;6(9):408-13.
26. Persch DL, Souza NP. Avaliação das vantagens e desvantagens de facetas indiretas em porcelana. 2017. 19f. Artigo (Graduação). Porto Velho – RO: Universidade Federal de Santa Catarina.
27. Gregorini CM. Facetas de cerâmica ou resina composta: qual, por que e como indicar? 2018. 85f. Monografia (Graduação). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

28. Oliveira CHO. Aplicação dos cimentos resinosos associados a sistemas cerâmicos condicionáveis: revisão de literatura e relato de caso. 2018. 70f. Monografia (Graduação). Brasília: Universidade de Brasília.
29. Calixto R, Massing N. Longevidade das restaurações cerâmicas anteriores. Parte 1. Rev Dental Press Estét. 2015;12(1):18-28.
30. Romeo G, Bresciano M. Diagnostic and technical approach to esthetic rehabilitations. J Esthet Restor Dent. 2003;15(4):204-16.
31. Vanlıoğlu BA, Kulak-Özkan Y. Minimally invasive veneers: current state of the art. Clin Cosmet Investig Dent. 2014;28(6):101-7.
32. Layton DM, Clarke M. A systematic review and meta-analysis of the survival of non-feldspathic porcelain veneers over 5 and 10 years. Int J Prosthodont. 2013;26(2):111-24.
33. Tuğcu E, Vanlıoğlu B, Özkan YK, Aslan YU. Marginal Adaptation and Fracture Resistance of Lithium Disilicate Laminate Veneers on Teeth with Different Preparation Depths. Int J Periodontics Restorative Dent. 2018;38(Suppl):s87–s95.
34. Yu H, Zhao Y, Li J, Luo T, Gao J, Liu H, Liu W, Liu F, Zhao K, Liu F, Ma C, Setz JM, Liang S, Fan L, Gao S, Zhu Z, Shen J, Wang J, Zhu Z, Zhou X. Minimal invasive microscopic tooth preparation in esthetic restoration: a specialist consensus. Int J Oral Sci. 2019;11(3):1-11.
35. Ayad MF. Effects of tooth preparation burs and luting cement types on the marginal fit of extracoronary restorations. J Prosthodont. 2009;18(2):145-51.
36. Ashwag AS, Ahmed ME. Ceramic laminate veneers: a minimally invasive approach for tooth esthetic restoration. Oral Health Dental Sci. 2017;1(1):1-5.