



LETÍCIA MORENO VILHEGAS RODRIGUES

LAMINADOS CERÂMICOS: LENTES X FACETAS

CAMPO GRANDE

2021



LETÍCIA MORENO VILHEGAS RODRIGUES

CAMPO GRANDE

2021

## LAMINADOS CERÂMICOS: LENTES X FACETAS

Monografia apresentada para o curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para conclusão do Curso de Prótese Dentária.

Orientador: Aline Terra Biazon Jardim

CAMPO GRANDE

2021

Vilhegas Rodrigues, Letícia Moreno

Laminados cerâmicos: Lentes x Faceta/ Letícia Moreno Vilhegas Rodrigues -2021

24f.:il

Prof. Ms. Aline Terra Biazon Jardim

Prof. Ms. Oscar Mosele Junior

Monografia – Faculdade Sete Lagoas. 2021.

1. Laminados Cerâmicos

2. Lentes de Contato

I. Prof. Ms. Aline Terra Biazon Jardim



Monografia intitulada "Laminados Cerâmicos: Lentes x Facetas" de autoria do aluno Letícia Moreno Vilhegas Rodrigues, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

CD – Ms Aline Terra Biazon Jardim – Orientadora

AEPC – Associação de Ensino e Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

CD – Ms Oscar Mosele Junior – Coorientador

AEPC – Associação de Ensino e Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE – MS, 22/05 /2021

## **RESUMO**

Um sorriso esteticamente perfeito está diretamente relacionado ao bem-estar: físico, psicológico, socioeconômico, pessoal e profissional. Sendo assim, o cirurgião dentista tem se deparado com um alto grau de exigência por parte dos pacientes, principalmente no que se refere ao padrão estético exigido em relação aos procedimentos restauradores. Assim, a evolução da odontologia juntamente com suas técnicas e materiais, visam a satisfação dos requisitos mecânicos, funcionais e estéticos sem se afastar dos preceitos difundidos pela Odontologia contemporânea que visam a preservação da estrutura dental sadia. Para atender a essas exigências surgem a cada dia possibilidades e técnicas cada vez menos invasivas, como as “lentes de contato”, que se constituem de laminados cerâmicos de espessura ultrafina cimentados ao esmalte dental por técnicas de cimentação adesiva em dentes anteriores. Por outro lado, dentes que apresentam limitações e perdas extensas e que comprometem não apenas a estética, mas também a função, a escolha por facetas conservadoras acaba não sendo a indicação, sendo necessário uma abordagem mais invasiva e um material com maior espessura e resistência. A proposta da presente revisão de literatura foi de fazer uma análise dos aspectos clínicos correspondentes a diferença das técnicas restauradoras indiretas, enfatizando suas indicações e limitações.

### **Palavras-chave:**

Laminados Cerâmicos; Lentes de Contato; Indicações; Limitações;

## **ABSTRACT**

An aesthetically perfect smile is directly related to well-being: physical, psychological, socioeconomic, personal and professional. Thus, the dental surgeon has been faced with a high level of demand from patients, especially with regard to the aesthetic standard required in relation to restorative procedures. Thus, the evolution of dentistry, together with its techniques and materials, aim to satisfy mechanical, functional and aesthetic requirements without straying from the precepts spread by contemporary dentistry that aim to preserve healthy dental structure. To meet these requirements, increasingly less invasive possibilities and techniques arise every day, such as “dental veneers”, which consist of ultra-thin ceramic laminates cemented to dental enamel by adhesive cementation techniques on anterior teeth. On the other hand, teeth that have limitations and extensive losses and that compromise not only the aesthetics, but also the function, the choice for conservative veneers ends up not being the indication, requiring a more invasive approach and a material with greater thickness and resistance. The purpose of this literature review was to analyze the clinical aspects corresponding to the difference of indirect restorative techniques, emphasizing their indications and limitations.

### **Keywords:**

Ceramic Laminates; Dental Veneers; Indications; Limitations

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1	Abordagem Inicial.....	10
2.2	Indicações .....	11
3	LENTE DE CONTATO .....	14
4	LAMINADOS CERÂMICOS X LENTE DE CONTATO .....	16
5	DISCUSSÃO.....	17
6	CONCLUSÃO .....	19
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20



## 1 INTRODUÇÃO

A procura por tratamentos odontológicos estéticos vem crescendo muito nos últimos anos, e a busca por um sorriso perfeito tem sido um requisito da sociedade moderna, almejando dentes brancos e alinhados. Essa demanda juntamente com o acesso a esses procedimentos, impulsionaram a procura por laminados cerâmicos, sendo este, um material que satisfaz e proporciona um sorriso dentro dos respectivos padrões.

Atualmente o dentista dispõe de diversas opções restauradoras em dentes anteriores, técnicas diretas ou indiretas, como resinas compostas e cerâmicas. A filosofia da odontologia restauradora atual preconiza um tratamento mais conservador possível, isto é, com maior preservação da estrutura dentária (Higashi et al, 2006).

Ainda que as resinas proporcionem resultados satisfatórios e com valores mais acessíveis, as mesmas apresentam características de estabilidade de cor e resistência inferiores quando comparadas às cerâmicas, as quais podem ser confeccionadas de forma indireta e cimentadas na face vestibular do dente (RUCKER et al., 1990).

Seguindo com o avanço da odontologia estética, a utilização de laminados menos espessos, porém, com excelente resistência após sua cimentação em esmalte dentário, ganharam ainda mais força no mercado, além de não necessitar de grandes desgastes. Alguns autores intitulam esses laminados minimamente invasivos, pelo termo “lentes de contato” (HIGASHI et al., 2006).

Tendo se tornado o preferido entre os profissionais, esses laminados denominados lentes de contato apresentam as seguintes diferenças em relação as facetas convencionais: sua espessura que pode variar de 0,2 à 0,5mm, e um preparo minimamente invasivo nas faces dentárias. Já os laminados, são mais espessos e necessitam de um desgaste maior (Heymann, 1987; Malcmacher, 2003; Nash, 1998, 2003; Shuman, 2006). Levando em consideração o cuidado do procedimento, é necessário definir os casos com atenção e determinar os critérios de inclusão e as

suas limitações. De acordo com Magne e Belser (2002), existem 3 grupos principais de indicações para reabilitação com facetas.

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é fazer uma revisão da literatura abordando os dois tratamentos em pauta: facetas cerâmicas convencionais e lentes de contato, suas indicações e limitações, proporcionando ao leitor um maior entendimento sobre o tema.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Abordagem Inicial

Em um primeiro contato com o paciente que está em busca por um tratamento odontológico estético, o profissional deve ouvir atentamente suas queixas e problemas, identificando assim o que mais o incomoda. Desta forma, o dentista perfila o mesmo, identificando seus principais agravantes e também expectativas relacionadas ao tratamento que virá a ser proposto (Fradeani, 2006).

Antes de tomar qualquer decisão quanto ao uso de um material ou técnica, o dentista deve ter uma filosofia de tratamento baseada no padrão atual, que consiste em manter a saúde estrutural e a longo prazo do paciente, de maneira menos destrutiva, sempre atento às exigências estéticas do mesmo. O uso de técnicas adesivas permite preservar o máximo possível dessa estrutura dentária. A filosofia hoje é não remover qualquer estrutura dentária saudável, a menos que seja absolutamente necessário (MC LAREN, 2012).

Em um plano de tratamento individualizado, uma sequência de procedimentos devem ser realizados para a obtenção de informações essenciais, à começar por um exame clínico geral detalhado, que deve ser complementado com a requisição de radiografias, registros fotográficos e modelos de estudos articulados. (HIGASHI ET AL, 2006).

Segundo Magner em 2004, um enceramento de diagnóstico é indicado quando houver a necessidade de múltiplas intervenções, sendo ele confeccionado antes de um preparo dentário. A partir deste enceramento será construído uma simulação de como ficará o futuro sorriso, mais conhecido como mock-up, que deve ser testado e aprovado pelo paciente. Este procedimento orienta a confecção das porcelanas, além de auxiliar na preparação dos provisórios, que são importantes para prever a estabilidade oclusal e acomodação do tecido gengival ao material.

Para os pacientes com dificuldade de vislumbrar todas as possíveis alterações que

podem vir a ser realizadas em seu sorriso, este enceramento acaba se tornando muito interessante, pois possibilita que o paciente visualize a posição, forma e proporção das futuras restaurações. Sendo muito útil durante os procedimentos diretos e indiretos, e facilitando a comunicação entre profissional e paciente.( HIGASHI Et al, 2006).

Os procedimentos escolhidos para o tratamento estético são realizados com o objetivo de proporcionar um sorriso saudável, bonito e harmonioso. O resultado final está diretamente associado a um embasamento sólido da anatomia e proporções dentárias, morfologia dos tecidos moles, bem como a linha do sorriso e arquitetura óssea ( Pinto, et al, 2013).

## **2.2 Indicações**

Os protocolos reabilitadores que podem ser indicados como opções de tratamento são diversos, sendo alguns considerados mais conservadores e outros mais invasivos. A causa da interferência estética é determinante na escolha da técnica e do material a ser utilizado (Soares e colaboradores, 2012; Soares e colaboradores, 2014).

Segundo Mandarinó et al. (2003), e Touati et al. (2000), são indicações para facetas:, texturas anormais (atrição, erosão, abrasão), fechamento de diastemas, mal posicionamento, dentes conóides, correção no comprimento e microdontia, ectópicos, girovertidos (ou mal posicionados), alterações de forma, alinhamento de um ou vários dentes, restauração de dentes fraturados. O reparo estético de defeitos estruturais, sejam congênitos ou adquiridos, tais como: fraturas ou discrepâncias de tamanho, cáries extensas de esmalte, amelogenese imperfeita, restaurações múltiplas, podem ser realizadas com sucesso através das facetas laminadas.

Outras indicações de laminados são: apinhamentos discretos, dentes com leve escurecimento, inclinações vestibulo-palatinas, alterações de angulação mesio-distal, pequenas correções de bordo incisal, dentes com pequenas restaurações deficientes que envolvem a face vestibular, dentes anteriores que necessitam restabelecer guia anterior ou guia canina (Cardoso et al.2011)

As indicações para restaurações com facetas vêm evoluindo com o tempo e variam consoante os autores. De acordo com Magne e Belser (2002), os 3 grupos principais de indicações para reabilitação com facetas são:

<b>TIPO I</b> <b>DENTES RESISTENTES AO CLAREAMENTO</b>	
<b>TIPO IA</b>	Descoloração por tetraciclina de grau III e IV
<b>TIPO IB</b>	Ausência de resposta a clareamento internos e externos
<b>TIPO II</b> <b>ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS MAIORES</b>	
<b>TIPO IIA</b>	Dentes Conoides
<b>TIPO IIB</b>	Fechamento de diastemas e triângulos interdentários
<b>TIPO IIC</b>	Aumento do comprimento e proeminência incisal
<b>TIPO III</b> <b>RESTAURAÇÕES EXTENSAS (ADULTOS)</b>	
<b>TIPO IIIA</b>	Fratura coronária extensa
<b>TIPO IIIB</b>	Perda extensa de esmalte por erosão e desgastes
<b>TIPO IIIC</b>	Malformações generalizadas e defeitos adquiridos

**Tabela I. Indicações para facetas de porcelana** (Adaptado de Magne & Belser, 2002)

Fazendo um saldo referente a esta classificação, entendesse que condições do Tipo I e Tipo II, em um quesito estético, podem ser resolvidas com a indicação de facetas minimamente invasivas ou não invasivas. Já quando abordamos o Tipo III existe uma perda extensa de suporte dentário, que acaba comprometendo não só a estética, mas também a função. Aplicar facetas conservadoras nesse caso não seria a melhor indicação, sendo necessário uma abordagem mais invasiva e um material com maior espessura e resistência (Radz, 2011).

### 3 LENTES DE CONTATO

Na busca por um tratamento menos invasivo surgiram as lentes de contato, que são fragmentos cerâmicos finos, de espessura que podem variar de 0,2 à 0,5 mm, consideradas boas alternativas para obtenção de resultados mais estéticos (MORITA et al, 2016).

A popularização dessa técnica deve-se ao fato de tanto cirurgiões-dentistas quanto pacientes, terem hoje, mais acesso à informação, através de cursos, internet e outros meios de comunicação. Além disso, esta técnica conquista os pacientes não apenas por dispensar o uso de anestesia, mas também por preservar a estrutura dental, podendo também ser confeccionada de forma tradicional ou utilizando a tecnologia CAD/CAM para maior precisão de ajuste (FRANCCI et al., 2011).

Esses laminados proporcionam grande durabilidade e estética, permitindo melhorias na cor, forma e posicionamento do dente. É possível não somente o restabelecimento da estética dental, mas também a reabilitação da dimensão vertical de oclusão. Apesar de serem frágeis estruturalmente durante a etapa de laboratório, depois da cimentação passam a ter grande resistência, aptos a suportar as forças da mastigação, tendo assim uma ótima durabilidade (BERNADON et al, 2019; ZAVANELLI et al, 2017).

Estabelecer a espessura adequada para a aplicação de um laminado é a chave para o sucesso estético e funcional da mesma. O que determina esta espessura, basicamente é à coloração do substrato, quanto mais escurecido, maior a espessura necessária para mascarar a descoloração, e conseqüentemente maior o desgaste dental para à adequação da peça ( ANDRADE et al., 2012).

Quando a cor do substrato dental é clinicamente aceitável, lentes de contato dental são apropriadas para correção de leves distorções, recontorno dental, e também podem ser eficientes para mascarar restaurações classe III, IV ou V, e encobrir ligeiras descolorações causadas, por exemplo, pela hipoplasia ou alteração pulpar, malformação de esmalte localizadas ou fluorose sutil (STRASSLER et al., 2007;

MAZARO et al., 2009). A finalidade destes laminados é restabelecer o volume vestibular e anatomia adequada sem desgaste da estrutura dental, ou com desgaste mínimo de esmalte, de modo à complementar a anatomia dos dentes hígidos.

Entretanto, a aplicação de lentes de contato está contraindicada em determinadas situações. Dentes expostos à elevada carga oclusal, hábitos para-funcionais tais como: bruxismo, severa modificação de posicionamento dentário, grande destruição coronária, alterações importantes de cor, dentes salientes, restaurações extensas e presença de doença periodontal sendo condições que não favorecem o planejamento com tais laminados (CHRISTENSEN, 2006; FRANCCI et. al., 2011).

Kacker et al. (2011) salienta que a falha no diagnóstico e planejamento pode levar à resultados indesejados como dentes excessivamente salientes, com sobre contorno, monocromáticos e artificiais.

Magne et al. (2013) ressaltam que a técnica de mínimo preparo dental, limitado à estrutura em esmalte, atualmente é considerado o padrão-ouro para a reabilitação estética com laminados conservadores.

McLaren (2006) esclarece que o preparo dental deve ser determinado pelo estudo do sorriso do paciente, removendo a estrutura dental quando há necessidade de maior espessura de material restaurador para maquiar algum sombreamento, evitando-se assim um resultado volumoso. O autor relata que de maneira geral, a indicação é de que as margens do laminado sejam em esmalte, devido à melhor adesão e dispersão de tensão sobre o dente, aumentando a longevidade da restauração



#### 4 LAMINADOS CERÂMICOS X LENTES DE CONTATO

LAMINADOS CERÂMICOS	LENTE DE CONTATO
Maior desgaste da estrutura dentária	Menor desgaste da estrutura dentária
Peça protética mais espessa	Peça protética mais delgada
Para problemas de forma, posição, alinhamento, simetria e proporção, textura, cor	Para problemas estéticos relacionados com a cor
Para dentes muito escurecidos e/ou amplamente restaurados	Para dentes conóides ou com pequenos diastemas
Devem ser feitos sulcos de orientação na face vestibular com brocas diamantadas	Não é necessário produzirem-se sulcos, remove-se apenas imperfeições e ondulações do esmalte dentário
Boa adaptação marginal e estabilidade da cor	Boa adaptação marginal e estabilidade de cor

**Tabela II. Diferença entre laminados cerâmicos e lentes de contato**

## 5 DISCUSSÃO

A demanda por laminados cerâmicos mais resistentes às forças mecânicas, e com características óticas similares às dos dentes, resultou no aperfeiçoamento das cerâmicas. Propiciando assim a confecção de laminados mais sutis, proporcionando desgastes menos invasivos. (SOARES et al, 2012).

Restaurar dentes com laminados ultra finos é considerado uma técnica conservadora, pois prioriza o mínimo desgaste ou o não desgaste do dente (BRUGUERA, 2007.).

De acordo com os estudos, observa-se que o planejamento é um passo fundamental para qualquer tipo de trabalho restaurador, possibilita a previsibilidade permitindo que possíveis falhas sejam minimizadas. A primeira etapa é a seleção adequada do caso, é necessário atenção às indicações do tratamento para o seu sucesso (GONZALEZ et al., 2012).

Identificar as contraindicações para esse tipo de restauração é tão importante quanto conhecer as indicações, porém não devem ser estabelecidas de forma rígida e definitiva (BARATIERI et al., 2015).

Dessa forma, é importante reconhecer também os fatores críticos e suas limitações durante a confecção dos laminados, para os mesmos proporcionarem melhor desempenho do mascaramento, sendo alguns desses fatores: Limitada translucidez incisal, dificuldade em camuflar severas manchas e descolorações, dependência de técnicos qualificados e laboratórios especializados, fragilidade no manuseio. (BURKE, 2012; BURKE & LUCAROTTI, 2009).

Quando falamos em longevidade do procedimento, observou-se em vários estudos, resultados satisfatórios em relação à aceitação do paciente num período de dez anos e taxa superior a 95% num período de cinco à dez anos (PEUMANS et al., 2004; FRADEANI, REDEMAGNI & CORRADO, 2005; GRANELL-RUÍZ et al., 2010). Além disso, de acordo com Fradeani et al 2005, observou-se que a taxa de sobrevivência das restaurações em laminados de porcelana é mais do que 90% em 10 anos de serviço clínico. Entretanto, as falhas observadas no estudo, foram do adesivo (entre o

cimento e a superfície do dente) e fraturas nas cerâmicas (FRADEANI et al, 2005). Isso, pode ser atribuído à extensão da preparação dos dentes, pois quanto mais profundo os preparos na dentina, menos adesão teremos em relação ao esmalte ( DE MUNCK et al, 2005).

Segundo Baratieri et al. (2002) e Magne & Belser (2003), à princípio a união adesiva deve ficar restrita ao esmalte. Mas, em alguns casos, devido à melhora dos materiais adesivos, o desgaste poderá ser aprofundado até a dentina, principalmente, se o esmalte das margens for mantido.

Alguns dos outros motivos de falhas dos laminados se devem, pela espessura insuficiente de material restaurador, erro na escolha da cerâmica ou da técnica utilizada, incorreta seleção de dentes escurecidos ou no caso de parafunções como bruxismo, pelas fraturas acidentais da peça no momento da prova, pela posição e forma errada das margens, pelas restaurações provisórias mal ajustadas e cimentadas com o cimento incorreto, pela escolha de um cimento muito opaco, com grande espessura ou muito saturado, e, principalmente, pela má compreensão das necessidades do paciente ou pela má comunicação laboratorial (BARATIERI et al., 2002; HIRATA e CARNIEL, 1999; LANCY et al., 2002; MAGNE e BELSER, 2003; TOUAUTI et al., 2000).

Um dos preceitos da reabilitação oral é que a saúde periodontal deva ser estabelecida antes do tratamento restaurador, pois a estética depende da saúde periodontal, forma, contorno e cor da prótese (PEGORARO, 2004).

Sendo assim, com o periodonto inflamado, o profissional não terá referências para a correta colocação do término do preparo, além da ocorrência de sangramento que dificultará os procedimentos operatórios, incluindo a moldagem (ROMANELLI, 1980). O sucesso de tratamentos estéticos só é alcançado quando o paciente é instruído e motivado para manter a boa saúde oral. A contribuição do paciente e do dentista para o controle periódico é imprescindível para o sucesso a longo prazo do tratamento (CUNHA et al., 2013).

## 6 CONCLUSÃO

Comparando as facetas convencionais com as lentes de contato dentárias, as primeiras em questão, estão indicadas em casos de dentes meramente escurecidos ou com grandes cavidades, ou seja, quando há a necessidade de se efetuar uma restauração mais complexa. Por outro lado, as lentes de contato são uma boa opção quando o paciente deseja apenas fazer pequenas alterações.

A decisão na escolha de um dos tratamentos depende do estado em que se encontra a peça dentária. Quando nos deparamos com dentes com diastemas pequenos ou fraturas pequenas, o mais aconselhado é o tratamento com lentes de contato.

As facetas dentárias e as lentes de contato permitem solucionar problemas estéticos e funcionais e aumentar a confiança e a auto-estima, devolvendo ao paciente a vontade de sorrir.

Em suma, quando o dente se encontra quase íntegro, a primeira solução é a lente de contato dentária, por ser considerada minimamente invasiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01- HIGASHI, C.; GOMES, J. C.; KINA, S.; ANDRADE O.S.; HIRATA, R. Planejamento Estético em Dentes Anteriores. In: MIYASHITA, E. Odontologia Estética: Planejamento e técnica. 1ª ed. São Paulo: Editora Artes Médicas Brasil, 2006. p. 139-54.
- 02- RUCKER, L. M.; RICHTER, W.; MACENTEE, M.; RICHARDSON, A. Porcelain and resin veneers clinically evaluated: 2-year results. The Journal of the American Dental Association, v. 121, n. 5, p. 594-596, 1990.
- 03- HEYMANN, H. O. (1987). The artistry of conservative esthetic dentistry. The Journal of the American Dental Association, 115, 14E–23E.  
<https://doi.org/10.14219/jada.archive.1987.0319>
- 04- MALCMACHER, L. (2003). No-preparation porcelain veneers. Dent Today, 22(4), 66–71.
- 05- NASH, W. R. (1998). A 6-year follow-up on cerinate porcelain veneers. Compend Contin Educ Dent, 19, 664-69
- 06- SHUMAN, I. (2006). Simplified restorative correction of the dentition using contact lensthin porcelain veneers: A report of three cases. Dent Today, 25, 88-92.
- 07- MAGNE, P.; BELSER, U.C. Restaurações Adesivas de Porcelana na Dentição Anterior: Uma Abordagem Biomimética. São Paulo: Ed. Quintessence, p.406, 2003.
- 08- FRADEANI M. Estabelecendo comunicação com os pacientes. In: Fradeani M. Análise Estética: uma abordagem sistemática para o tratamento protético. Volume 1. São Paulo: Quintessence Ltda; 2006. p.21-33.
- 09- ROMANELLI, J.H. Periodontal considerations in tooth preparation for crowns and bridges. Dent. Clin. N. Amer., v.24, n.2, p.271-84, Apr 1980.

10- MAGNE P., BELSER U.C. Novel porcelain laminate preparation approach driven by a diagnostic mock-up. *J Esthet Restor Dent* 2004;16:7-18

11- PINTO, RC; CHAMBRONE, L; COLOMBINI, BL; ISHIKIRIAMA, SK; BRITTO, IM; ROMITO, GA. Minimally invasive esthetic therapy: a case report describing the advantages of a multidisciplinary approach. *Quintessence Int* 2013;44:385-391

12- SOARES, PV.; ZEOLA, LF.; PEREIRA, FA.; MILITO, GA.; MACHADO AC. Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Cerâmicas Reforçadas por Dissilicato de Lítio. *Ver Odontol Bras Central*, v. 21, n. 56, 2012.

13- SOARES, P. V.; SPINI, P. H.; CARVALHO, V. F.; SOUZA, P. G.; GONZAGA, R. C.; TOLENTINO, A. B.; MACHADO, A. C. Esthetic rehabilitation with laminated ceramic veneers reinforced by lithium disilicate. *Quintessence Int*, v. 45, n. 2, p. 129-133, fev. 2014.

14- MANDARINO, F. Facetas laminadas. 2003. Disponível em: . Acesso em 4 maio 2011.

15- TOUATI, B.; MIARA, P.; NATHANSON, D. *Odontologia estética e restaurações cerâmicas*. São Paulo: Santos, 2000.

16- CARDOSO, M. V.; DE ALMEIDA NEVES, A.; MINE, A.; COUTINHO, E.; VAN LANDUYT, K.; DE MUNCK, J.; VAN MEERBEEK, B. Current aspects on bonding effectiveness and stability in adhesive dentistry. *Aust Dent J*, v. 56, n.1, p. 31-44, jun. 2011.

17- RADZ, G. M. Minimum Thickness Anterior Porcelain Restorations. *Dent Clin N Am*, p. 353-370, 2011.

18- MORITA, R. K. et al. *Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedures*. Hindawi Publishing Corporation, v.2016, p.1-13, 2016.

- 19- FRANCCI, C. et al., Odontologia estética: soluções minimamente invasivas com cerâmicas. Rev. Fundecto, São Paulo, n.10, p.8-9, 2011
- 20- BERNADON P. Correction of Vertical Smile Discrepancy through Ceramic Laminate Veneers and Surgical Crown Lengthening. Hindawi Publishing Corporation, v.2019, p.1-8, 2019.
- 21- ZAVANELLI, A. C. Previsibilidade do tratamento estético com lentes de contato cerâmicas. Arch Health Invest, v.2017, p.598-603, 2017.
- 22- ANDRADE, O. S. de, et al. Ultimate ceramic veneers: a laboratory: guided ultraconservative preparation concept for maximum enamel preservation. Quintessence Dent. Technol., Hanover Park, v. 35, p. 29-42, 2012
- 23- STRASSLER, H. E. Minimally invasive porcelain veneers: indications for a conservative esthetic dentistry treatment modality. DentistryToday, Montclair, v.55, p. 686-94, mai./jul. 2007
- 24- MAZARO JVQ, ZAVANELLI AC, PELLIZZER EP, VERRI FR, FALCÓN-ANTENNUCCI RM. Considerações clínicas para a restauração da região anterior com facetas laminadas. Revista Odontológica deAraçatuba. 2009;30(1):51-4
- 25- CHRISTENSEN, G. J. (2006). Veneer mania. Journal of the American Dental Association, 137(8), 1161-3. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0357>
- 26- PEGORARO L. F. et al. Exame do Paciente. In: Prótese fixa. São Paulo: Artes Médicas, p. 1-22, 2004.
- 27- MAGNE, P. et al., The case for moderate guided prep indirect porcelain veneers in the anterior dentition. The pendulum of porcelain veneer preparations: from almost noprep to over-prep to no- prep. Eur. J. Esther Dent., Berlin, v.8, no.3, p.376-388, 2013
- 28- MCLAREN, E. A. Porcelain Veneer preparations: to prep. Or not to prep. Inside Dent. Technol., Pennsylvania, v.2, n.4, p. 76-79, mai. 2006

- 28- BRUGUERA, A.K.S. Invisível: Restaurações Estéticas Cerâmicas. Dental Press 2007.
- 29- GONZALEZ, M.R.; RITTO, F.P.; LACERDA, R.A.S.; SAMPAIO, H.R.; MONNERAT, A.F.; PINTO, B.D.; Falhas em restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos. Rev Bras Odontol 2012; 69: 43-48.
- 30- BARATIERI, L.N.; JUNIOR, S.M. Restaurações Cerâmicas Parciais-Lentes de Contato e Fragmentos. Odontologia Restauradora Fundamentos e Possibilidades. 2. ed. Florianópolis: Santos, 2015. Cap. 20. p. 785-831.
- 31- BURKE, F. J. T. Survival rates for porcelain laminate veneers with special reference to the effect of preparation in dentin: a literature review. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry, v. 24, n. 4, p. 257-265, Aug. 2012.
- 32- BURKE, F.J.; LUCAROTTI, P.S. Ten-year outcome of crowns placed within the General Dental Services in England and Wales. J Dent. 2009 Jan;37(1):12-24. doi: 10.1016/j.jdent.2008.03.017. Epub 2008 May 19.
- 33- PEUMANS, M.; DE MUNCK, J.; FIEUWS, S.; LAMBRECHTS, P.; VANHERLE, L.; VAN MEERBEEK, B. A prospective ten-year clinical trial of porcelain veneers. J Adhes Dent. 2004 Spring;6(1):65-76
- 34- FRADEANI, M.; REDEMAGNI, M.; CORRADO, M. Porcelain laminate veneers: 6- to 12-year clinical evaluation — a retrospective study. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, v. 25, n. 1, p. 8-17, Mar. 2005.
- 35- GRANELL-RUÍZ, M. et al. A clinical longitudinal study 323 porcelain laminate veneers. Period of study from 3 to 11 years. Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal, v. 15, n. 3, p. 531-537, May. 2010.



36- DE MUNCK, J. et al. A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue: methods and results. *Journal of Dental Research*, [S.l.], v. 84, n. 2, p. 118-132, fev. 2005.

37- LANCY, A.M. Porcelain veneers — Problems and Solutions. *Dent. Today, California*, v. 21, n. 8, p.46-51, Aug. 2002.

38- CUNHA, L.F. da et al., Ceramic veneers with minimum preparation. *Case Report. Roma*, p. 492-496. out. 2013.