

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**NATALIA DE CASSIA DEGA**

**RECONSTRUINDO O SORRISO COM FACETAS INDIRETAS  
DE PORCELANA**

BAURU  
2015

**NATALIA DE CASSIA DEGA**

**RECONSTRUINDO O SORRISO COM FACETAS INDIRETAS  
DE PORCELANA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena.

BAURU  
2015

Dega, Natalia de Cassia

S5863L

Reconstruindo o sorriso com facetas indiretas de porcelana / Natalia de Cassia Dega -- 2015.

31f. : il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena.

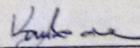
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Porcelana. 2. Estética. 3. Facetas Indiretas. 4. Preparo Dental. I. Modena, Karin Cristina da Silva. II. Título.

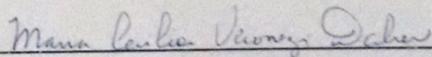
### ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Natália de Cássia Dega.

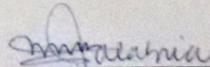
Ao dia vinte de novembro de dois mil e quinze, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de NATÁLIA DE CÁSSIA DEGA, intitulado: **"Reconstruindo o sorriso com facetas indiretas de porcelana."** Compuseram a banca examinadora os professores Dra. Karin Cristina da Silva Modena (orientadora), Dra. Maria Cecília Veronezi Daher e Dra. Marcela Pagani Calábria. Após a exposição oral, a candidata foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, aprovada, com a nota 9,5 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pela Orientadora e pelos demais membros da banca.



\_\_\_\_\_  
Dra. Karin Cristina da Silva Modena (Orientadora)



\_\_\_\_\_  
Dra. Maria Cecília Veronezi Daher (Avaliador 1)



\_\_\_\_\_  
Dra. Marcela Pagani Calábria (Avaliador 2)

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Arnaldo e Maria pela educação e oportunidade que me foi concedida. O amor incondicional, esforço e dedicação que sempre senti da vossa parte significou muito para mim. Obrigada por sempre acreditarem em mim. A vocês devo tudo. E aos meus irmãos Rafael, Douglas, Jose Augusto, meu pilar e fonte de inspiração na minha vida.

E a minha filha amada que e a coisa mais importante da minha vida, amiga companheira, te amo meu anjo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me dado força quando eu pensava em desistir, era ele que procurava e me apoiava e confiava que iria conseguir.

Agradeço aos meus pais Maria e Arnaldo que acreditaram em mim, estiveram sempre do meu lado me apoiando, escutando meus choros, minhas lamentações, me mostrando qual caminho devia seguir me fazendo acreditar que eu era capaz. Por ter ficado cuidando da minha filha sozinhos durante esses 4 anos, sem palavras para descrever o amor, que tenho por vocês, meu muito obrigado

Agradeço a minha pequena grande menina que a mamãe ama muito, muito obrigada anjo pela compreensão, sei o quanto foi difícil para você, o quanto a mamãe fez falta e o quanto você sempre me pedia para ir embora e a mamãe não podia, mais isso tudo foi por você. Te amo muito.

E como esquecer de vocês, amigos, companheiros, meus irmãos que me espelho, que orgulho de vocês. Deus não podia ter me dado uma família melhor aqui, a união faz a força.

Agradeço a minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karin Cristina da Silva Modena, pela ajuda fornecida, pela dedicação, pela amizade conquistada, pelas suas orientações e aprendizado, muito obrigada por tudo.

Agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa realização do meu trabalho final, a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cecília Veronezi Daher, que acompanhou esse caso desde o começo. Lembro até hoje o dia que cheguei na faculdade já entrei atrasada e minha primeira aula foi perdida sem material sem nada em um laboratório de materiais dentários, onde fui muito bem recebida pela Maria Cecília e desde lá uma admiração imensa por ela, meu muito obrigada.

Só é digno da liberdade, como da vida,  
aquele que se empenha em conquistá-la.  
(Johann Goethe).

## RESUMO

Hoje em dia, um sorriso estético e harmonioso é cada vez mais procurado pelos pacientes. Com o desenvolvimento da técnica de condicionamento ácido, a evolução dos sistemas adesivos e novos materiais restauradores estéticos, surgiram alternativas para reabilitar dentes anteriores que possuem alteração na estrutura, cor, forma e/ou posição. Atualmente se destacam as facetas de porcelana, que é um tratamento que visa o recobrimento da face vestibular dos dentes com porcelana, proporcionando um excelente resultado estético e funcional. Além disso, esse tratamento restaurador constitui uma técnica confiável e com alta taxa de sucesso, desde que bem indicado em cada caso e que os procedimentos clínicos e laboratoriais sejam executados com eficiência, garantindo ao paciente e ao profissional alta durabilidade e satisfação. Este trabalho tem como finalidade relatar um caso clínico em que foram realizadas facetas indiretas de porcelana nos elementos 13 ao 23.

Palavras-Chave: porcelana, preparo, estética

## **ABSTRACT**

The appearance of a harmonious and aesthetic smile is increasingly sought by patients. The development of acid etching technique, adhesive systems and new restorative materials were innovative alternatives to rehabilitate teeth with change in structure, color, shape and/or position. Currently it's highlighted the laminated porcelain veneers, that are a treatment that aims the covering the labial surface of the teeth by a ceramic, providing excellent aesthetic and functional results. In addition, this restorative treatment is a reliable technique with high success rate, whenever well indicate to each case and the clinical and laboratory procedures are performed efficiently, ensuring the patient and the professional high durability and satisfaction. This work aims to relate a case report of laminate porcelain veneers in the anterior teeth of a female patient.

Keyword: porcelain, preparation, aesthetics

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>RELATO DE CASO.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Hoje em dia a estética é a grande preocupação da população. Um sorriso bonito é um indicador de saúde e sucesso numa sociedade extremamente competitiva. (Júnior et al., 2011) A reabilitação estética possui um papel fundamental no bem-estar físico, mental e social, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente (Peres, 2010).

A Odontologia moderna é baseada em duas filosofias distintas que, nem sempre, caminham na mesma direção: a necessidade por excelência estética e a mínima intervenção. Em alguns casos, entretanto, os resultados estéticos são obtidos por meio de desgaste dental durante o preparo, especialmente quando as facetas indiretas são o tratamento de escolha.

Alguns anos atrás, os tratamentos estéticos eram realizados as custas de grande desgaste de estrutura dentária. As coroas totais eram preferidas assim como as restaurações em resina composta.

Durante a última década, muitos materiais restauradores foram desenvolvidos com excelentes propriedades, aumentando a taxa de sucesso do tratamento realizado. Os materiais cerâmicos foram reforçados por diferentes partículas como o dissilicato de lítio que fornece adequadas propriedades mecânicas, habilidade de adesão a estrutura dental por meio dos cimentos resinosos, excelentes resultados estéticos e satisfatória longevidade em curto e médio prazo. Além de favorecer uma abordagem mais conservadora nos procedimentos estéticos indiretos. (Junior et al., 2012).

Facetas estéticas são restaurações parciais que tem como objetivo recobrir superfícies vestibulares e proximais. Em determinados casos recobrem também as faces incisais de dentes anteriores, superiores e inferiores. As facetas estéticas tornaram-se uma solução mais conservadora que preserva a estrutura dentária remanescente. Restituem diferenças de cor, forma, posição, textura, entre outras e proporcionam uma excelente harmonia do sorriso. (Bispo, 2009) As facetas de porcelana estão muito bem indicadas na reabilitação de dentes anteriores esteticamente comprometidos. (Vieira, 2005).

Estudos mostram que estas restaurações têm boa longevidade, são esteticamente muito agradáveis, possuem estabilidade de cor, biocompatibilidade com o periodonto, resistência ao desgaste físico e químico, o preparo é mais conservador que as coroas totais e as cerâmicas desempenham melhor as características mecânicas do esmalte em relação à resistência à fratura, dureza, expansão térmica, baixo acúmulo de placa e fácil higienização.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico em que foram realizadas facetas indiretas de porcelana, IPS e.max (Ivoclar Vivadent), nos elementos 13 ao 23. Devido a agenesia do dente 12, o elemento 13 foi transformado em incisivo lateral.

### 3 RELATO DO CASO

Paciente adulto, sexo feminino, compareceu a Clínica Integrada II, na Universidade do Sagrado Coração - USC, desejando realizar tratamento estético, uma vez que a cor e o tamanho dos seus dentes anteriores superiores incomodavam bastante. A paciente já tinha facetas diretas de resina composta nos elementos 13 ao 23 e além disso, apresentava agenesia do incisivo lateral direito (Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

Na análise do sorriso da paciente, foi decidido pela confecção de facetas indiretas de porcelana que, proporcionam resultados estéticos altamente satisfatórios nos seus dentes anteriores superiores.

Inicialmente foi realizada uma moldagem para confecção de um modelo de estudo e enceramento diagnóstico pelo protético.



Figura 1



Figura 2 e 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

### **Mock-up**

O mock-up foi realizado com a resina bisacrílica Protemp (3M – ESPE) a partir do enceramento diagnóstico realizado pelo protético (Figuras 8, 9 e 10). Procedeu-se com uma moldagem da região anterior do enceramento diagnóstico com uma silicona muito pesada, realizaram-se os recortes na região cervical como mostrado na figura 7 para facilitar a remoção dos excessos da resina bisacrílica. Após o preenchimento da matriz com a resina, levou-se o conjunto em posição e após um período de 4 minutos removeu-se a matriz.



Figura 7



Figura 8

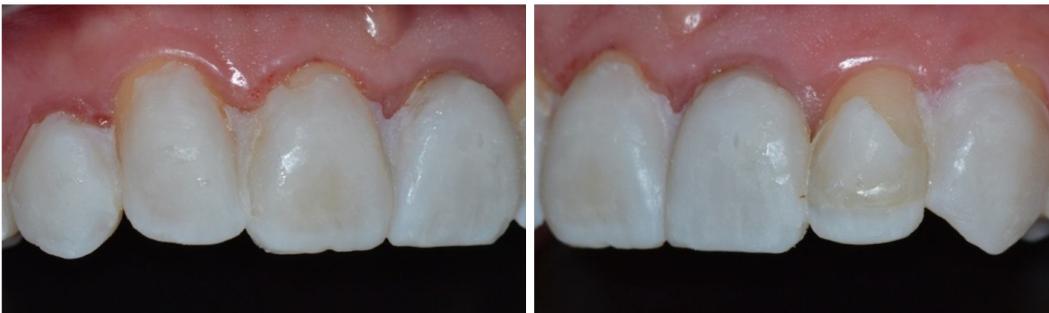


Figura 9 e 10

### **Preparo dos dentes**

A técnica mais usada para o preparo dentário para facetas indiretas é a técnica da silhueta. Foram preparados os dentes 13, 11, 21, 22, 23 e o elemento 13 foi transformado em incisivo lateral.

Foi confeccionada uma matriz vestibular com silicona de condensação a partir da moldagem do enceramento com o objetivo de controlar a uniformidade do preparo nos três terços de cada dente. Com a matriz em posição, pode-se verificar a quantidade de desgaste necessária para obter um alinhamento adequado dos dentes (Figura 11 e 13).



Figura 11



Figura 12



Figura 13

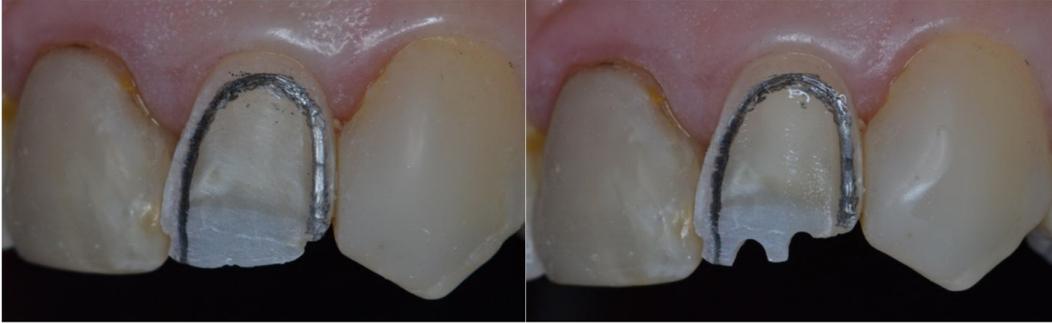
Iniciou-se pelo preparo do dente 22 com a confecção do sulco de orientação cérvico-proximal com a ponta diamantada esférica 1014 e uma profundidade de 0,6 mm. Foram realizados sulcos de orientação com a ponta diamantada 3216 com aproximadamente 1,2 mm, para um adequado controle da profundidade de desgaste, no sentido gengivo-incisal seguindo as inclinações do dente. Como o dente 22 não se apresentava alinhado no arco

superior da paciente houve a necessidade de um desgaste mais pronunciado na região distal, por estar vestibularizada em relação aos outros dentes. Procede-se com a união desses sulcos somente na metade do dente para que se analise a uniformidade do desgaste do preparo e em seguida realiza-se o preparo da outra metade.

A redução incisal deve ser de aproximadamente 1,5 mm, acompanhando a inclinação da borda incisal. Confeccionam-se dois ou três sulcos de orientação na borda incisal com a ponta diamantada 3216 e os une com a mesma ponta diamantada, resultando em um término incisal em ombro reto. O término cervical do preparo foi em forma de chanfrado e localizado subgingivalmente. O acabamento do preparo foi realizado em baixa rotação com discos soft lex , borrachas enhance e carbeto de silício. (Figuras 14,15,16,17,18,19 e 20)



Figuras 14,15,16,17



Figuras 18,19

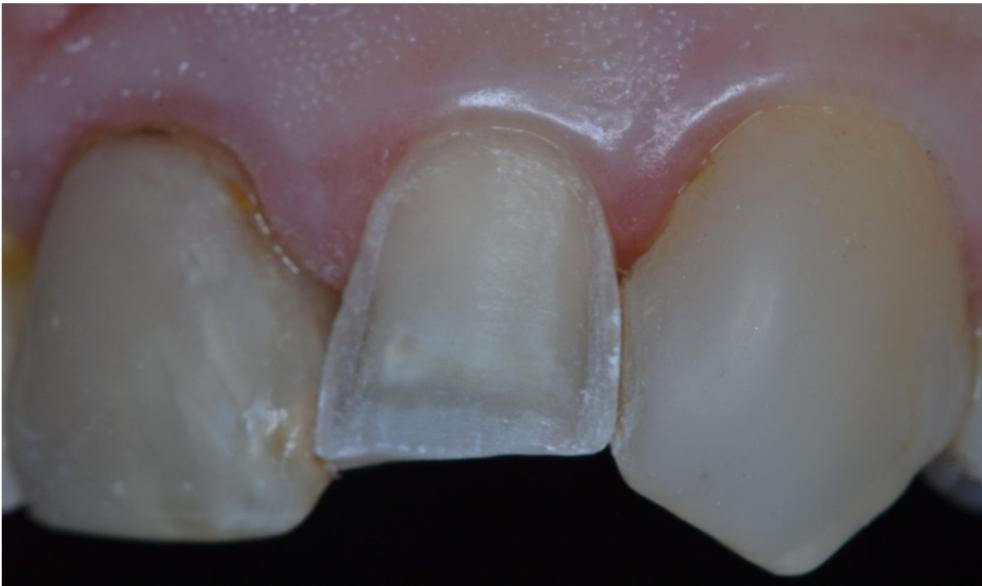


Figura 20

Em seguida, foram realizados os preparos dos dentes 11 e 21, da mesma maneira descrita para o preparo do dente 22 (Figuras 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 27).



Figuras 21 e 22



Figuras 23 e 24



Figuras 25 e 26

Uma outra maneira de confeccionar os sulcos de orientação é com a ponta diamantada 4142 que possibilita um desgaste de 0,5 mm de profundidade, de maneira horizontal, que deve ser complementado no momento da união das canaletas.

O preparo dos dentes 13 e 23 foi realizado com a ponta diamantada 1014 em que foi confeccionado o sulco cervical e com a ponta diamantada 4132 foram confeccionados os sulcos de orientações horizontais. Fez-se a união de metade do preparo com a ponta diamantada 3216, verificadas as inclinações corretas e a quantidade de desgaste, procedeu-se com a união da outra metade (Figuras 28, 29, 30, 31). As figuras 32, 33 e 34 mostram todos os dentes preparados.



Figura 28



Figura 29,30



Figura 32

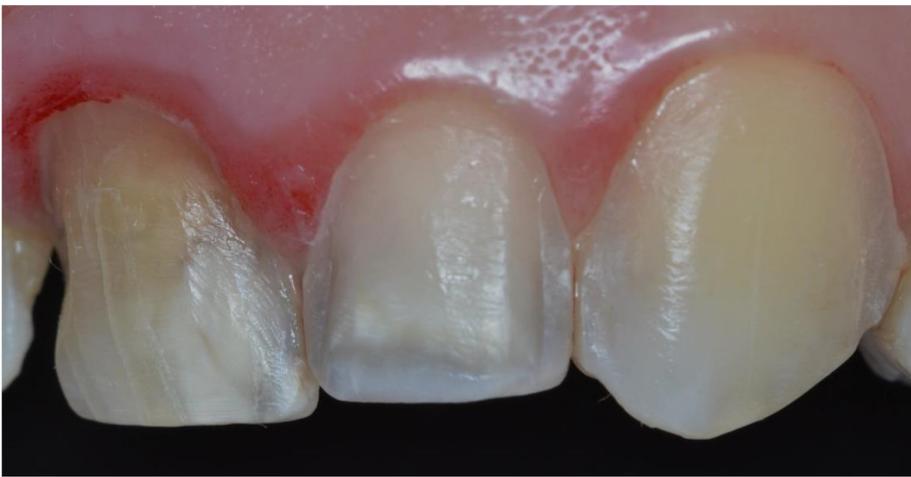


Figura 33



Figura 34

### **Facetas provisórias**

Para a confecção das restaurações provisórias, optou-se pela utilização da mesma matriz utilizada para realização do mock-up e resina bisacril (Protemp 4 – 3M ESPE). A matriz foi ser carregada com a resina bisacril e levada em posição nos dentes preparados. Segue-se com a remoção dos excessos que extravasam na região cervical antes que a polimerização se complete. O conjunto matriz/resina deve ser mantido em posição até a completa polimerização da resina, cerca de 4 minutos, confeccionando assim, as provisórias que permanecerão unidas até a cimentação definitiva das peças. As provisórias receberam acabamento e polimento cuidadoso com enhance e carbeta de silício.

### **Moldagem**

Foi realizada a técnica da dupla moldagem com a utilização do fio retrator embebido em solução adstringente para o afastamento gengival. A primeira moldagem foi realizada com silicona de adição muito pesada (Adsil) e ao colocar o material na moldeira fez-se um alívio na região dos dentes anteriores superiores com um plástico e levou-se em posição até a presa do material. Em seguida foi realizada a inserção do fio retrator, que permaneceu por 3 minutos, e, com o auxílio de uma seringa, o material leve foi levado no preparo e o restante colocado na primeira moldagem obtida.



Figura 35

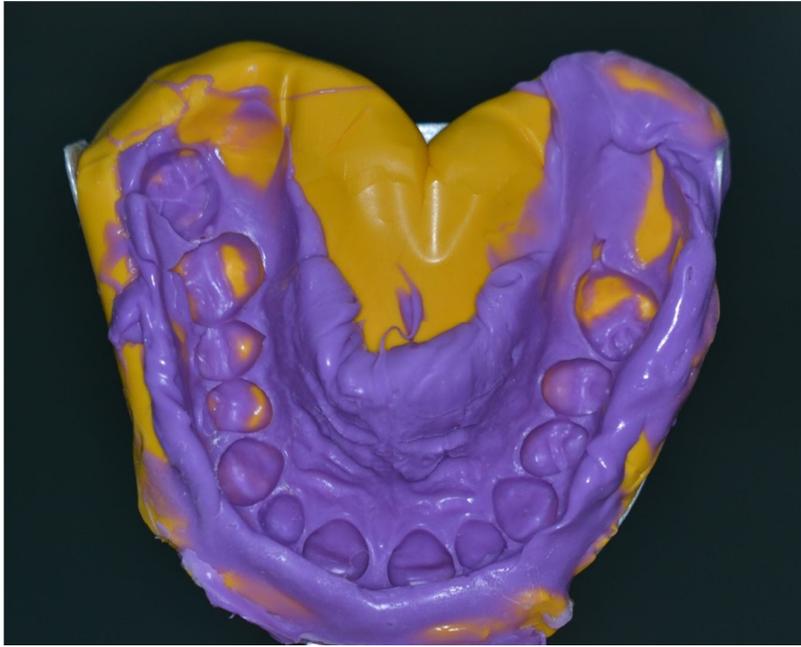


Figura 36

### **Cimentação**

As facetas foram provadas nos preparos inicialmente, secas para avaliarmos a cor da porcelana. Em seguida, a prova foi feita com as facetas molhadas com água e por final com o Allcem Veneer Try-in (FGM) que é uma pasta de prova de cor que mimetiza as cores do cimento resinoso após fotopolimerizado.

As cores que melhor imitou a cor dos dentes da paciente foi o A3 para os dentes laterais e canino e uma mistura da cor A3 e opaco para os incisivos centrais que se apresentavam mais escurecidos que os demais (Figuras 37).

Após a prova das facetas ao preparo, procedeu-se com a cimentação das peças com o cimento resino Allcem Veneer (FGM).



Figura 37

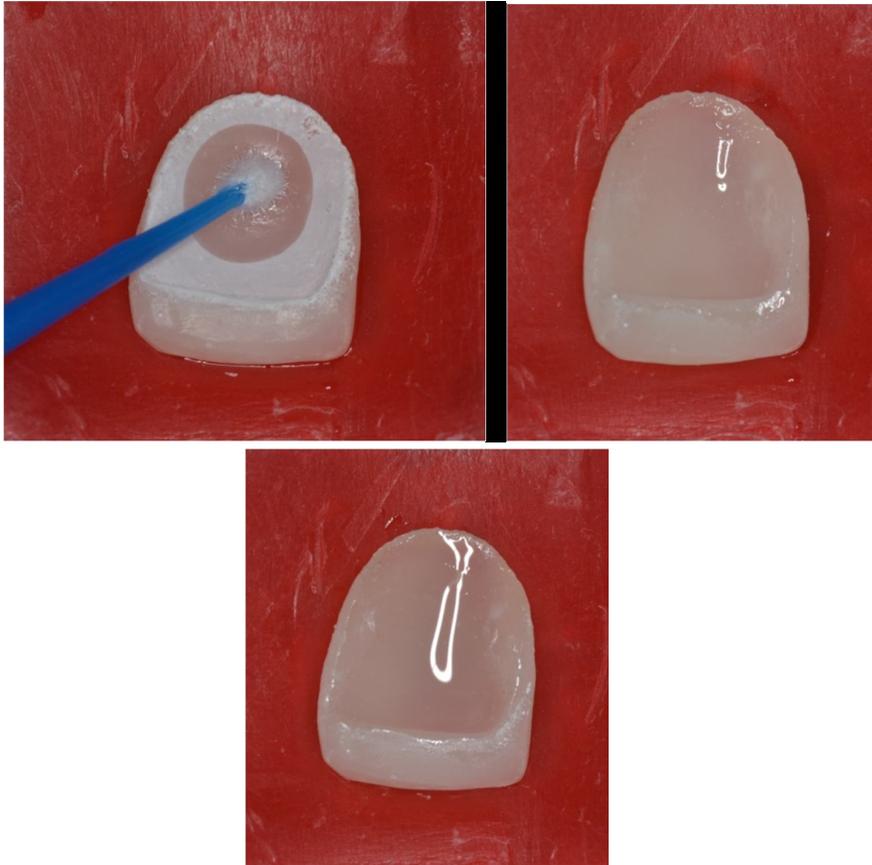
### **Tratamento da superfície interna da faceta.**

Para que haja melhor união entre a faceta de porcelana e a estrutura dental, realizaram-se os seguintes procedimentos:

- a) condicionamento com ácido fluorídrico a 5% durante 2 minutos;
- b) lavagem com spray de ar/água e secagem com ar;
- c) aplicação do silano;
- d) aplicação do adesivo do sistema adesivo convencional de 3 passos e fotopolimerizado.



Figura 38,39



Figuras 40,41,42

### **Tratamento da superfície dentária**

A superfície dentária deve também sofrer um tratamento a fim de torná-la mais receptiva ao cimento resinoso. Os passos realizados foram os que se seguem:

- a) limpeza com uma pasta profilática;
- b) isolamento do campo de maneira modificado;
- c) condicionamento com ácido fosfórico a 37% por 15 segundos, lavagem e secagem pela técnica úmida;
- d) aplicação do sistema adesivo convencional de 3 passos e polimerização.

Em seguida, manipulou-se o cimento resinoso e as peças foram assentadas iniciando pelos incisivos centrais seguidos dos laterais e canino.



Figura 43,44,45



Figura 46,47,48





Figura 49,50,51

## 4 DISCUSSÃO

A elaboração do plano de tratamento é uma etapa de fundamental importância para a realização de qualquer tipo de reabilitação do sorriso. Inicialmente é realizada a moldagem dos arcos dentários superior e inferior e o enceramento diagnóstico. Por meio de modelos de estudo pode-se confeccionar uma nova forma para os dentes e simular o resultado final desejado, possibilitando uma visualização prévia do resultado final. O êxito do tratamento restaurador está diretamente relacionado ao correto planejamento visando assegurar contorno e forma adequados e principalmente da inter-relação altura e largura.

Uma outra etapa do planejamento, muito comentada atualmente é o mock-up. Mock-up significa um "ensaio restaurador" que permite ao paciente pré-visualizar o resultado final do tratamento sem a necessidade de desgaste dentário. O mock-up é uma importante ferramenta para o profissional obter a confiança do paciente com relação à proposta de tratamento restaurador estético. O paciente visualizará o resultado decorrente da alteração de forma e cor dos seus dentes, e possibilitará ao profissional avaliar o resultado do enceramento diagnóstico integrado às demais referências estéticas presentes, como linha média, linha do sorriso, posicionamento dental com relação aos lábios superior e inferior, entre outros. O mock-up é realizado a partir de uma moldagem do enceramento diagnóstico. Realizado o enceramento diagnóstico faz-se uma guia de silicone com uma silicona pesada e o mock-up pode ser realizado em resina acrílica ou resina composta, ou de uma forma mais prática em resina bisacrílica.

Os sistemas cerâmicos representam hoje na Odontologia uma alternativa aos metais no tratamento restaurador, produzindo restaurações com características superiores de biocompatibilidade e de estética. Também são uma alternativa para as restaurações de resina composta indireta com características superiores de resistência e durabilidade.

As porcelanas são um subgrupo dos materiais cerâmicos e devem ser constituídas principalmente de feldspato, de onde se origina o termo porcelanas feldspáticas.

À medida que ocorreu uma grande evolução nas porcelanas odontológicas para aumento de sua resistência, seus principais constituintes deram lugares a cristais (dissilicato de lítio, alumina, zircônia). Como essa constituição foi alterada a partir da original e o feldspato está em menor concentração do que os outros materiais, ou às vezes é até mesmo inexistente.

O sistema cerâmico utilizado para a realização desse caso clínico foi o IPS e.max (Ivoclar Vivadent) que contém uma inovadora cerâmica de dissilicato de lítio. A principal vantagem da adição do dissilicato de lítio às porcelanas feldspáticas foi o aumento significativo na resistência sem perda da qualidade estética.

A facetas realizadas com porcelana possuem vantagens como estabilidade de cor por um período de tempo maior, alta resistência ao desgaste, maior resistência mecânica a fratura, proporcionando longevidade clínica quando comparadas a facetas realizadas com resina composta.

O tratamento da superfície interna da faceta quanto da superfície dental preparada são fundamentais no procedimento adesivo, assegurando uma retenção apropriada, uma vez que, como vimos durante as etapas de preparo, não são executadas nenhum tipo de retenção. A cimentação de facetas de porcelana constitui-se num procedimento delicado e o sucesso deste depende de uma série de fatores e etapas, os quais o operador deverá dispensar igual importância e atenção.

O condicionamento ácido da superfície interna da faceta visa complementar a limpeza, eliminar certas falhas superficiais por dissolução, aumentar a área de superfície, aumentar a energia livre de superfície e aumentar o poder de molhamento, propiciar que o adesivo penetre nas reentrâncias criadas pelo ácido.

O silano, corretamente aplicado, torna a ligação entre a porcelana e a resina tão forte quanto a ligação entre a resina e o esmalte condicionado. Alguns estudos mostraram que superfícies de porcelanas tratadas com agente silano, propiciaram uma resistência adesiva, que superou a resistência coesiva da própria porcelana. (Albers, 1992; Silva e Souza 1993). Quimicamente os silanos são considerados agentes de ligação, pois unem moléculas diferentes. Os silanos como os outros agentes de ligação, são bi-funcionais, ou seja, cada

extremidade de sua molécula reage com diferentes superfícies, sendo uma inorgânica (porcelana) e a outra a matriz orgânica da resina. (Albers, 1992).

Os cimentos resinosos são resinas compostas com fase orgânica a base de BISGMA ou UDMA e fase inorgânica com uma menor quantidade de carga visando o aumento de fluidez necessária para a cimentação das peças indiretas. Segundo Christensen (1993), os cimentos resinosos são o material de escolha para cimentação de porcelanas por apresentarem biocompatibilidade, resistência mecânica, fácil manipulação, adesão ao dente e a restauração indireta, baixa solubilidade e, principalmente estética quando comparados a outros cimentos. Além disso, por se tratar de facetas que são peças com pequena espessura, não há o problema da falta de polimerização pela luz.

Neste caso clínico foi utilizado a cimento Allcem Veneer (FGM) que possui o Allcem Veneer Try-in que é uma pasta de prova de cor que mimetiza as cores do cimento resinoso após fotopolimerizado, fornecendo ainda mais confiança para o profissional ao realizar trabalhos de grande exigência estética. O cimento e pasta de prova estão disponíveis em seis cores para melhor atender à demanda dos variados casos clínicos.

## **5 CONCLUSÃO**

A confecção de facetas indiretas de porcelana é uma alternativa restauradora eficiente na reabilitação de dentes com alteração de cor, forma e posição, proporcionando um excelente resultado estético e funcional. Isso é possível pelas características da porcelana de estabilidade da cor, manutenção do brilho, textura superficial, resistência favorável a abrasão e ao manchamento, menor retenção e acúmulo de placa bacteriana. Além disso, este tipo de tratamento possui baixo índice de fratura e descolamento. Para o sucesso clínico é fundamental que o profissional tenha o conhecimento de todos os passos que envolvem a confecção das facetas indiretas, desde o planejamento do caso até sua finalização. É fundamental ressaltar que, graças a evolução dos sistemas cerâmicos, esta técnica possui um prognóstico positivo e duradouro proporcionando ao paciente um novo sorriso.

## 6 REFERÊNCIAS

Junior, A. et alii. (2012). Protocolo clínico para laminados cerâmicos. Relato de caso clínico, *Jornal ILAPEO*, 6 (1), pp.15-19

Júnior, B.; Barros, C. (2011). Reabilitação Estética com Faceta Indireta em Porcelana, *Revista Odontológica do Planalto Central*, 2 (1), pp.9-15.

Kano, P. (2005). Visão Clínica. Facetas de Porcelana Clínica, *International Journal of Dentistry*, 1 (2), pp. 173-185. Kihn, P.; Barnes, D. (1998).

The Clinical Longevity of Porcelain Veneers: A 48- Month Clinical Evaluation, *American Dental Association*, 129, pp. 747-752.

Kimmich, M.; Stappert, C. (2013). Intraoral treatment of veneering porcelain chipping of fixed dental restorations, *The Journal of the American Dental Association*, 144(1), pp. 30-41.

Kina, S.; Andrade, S. (2004). Prótese Fixa Livre de Metal, Estética em Clínica Odontologica. 15º Congresso Internacional de Odontologia de Ponta Grossa.

Editora Maio. King, K.; Powell, L. (2010). Quick and Easy: Indirect Fabrication of Composite veneer, *The Journal of the Tennessee Dental Association*, 9(2), pp. 32-35.

Layton, D.; Walton, T. (2007). An Up to 16-year Prospective Study of 304 Porcelain Veneers, *The International Journal of Prosthodontics*, 20 (4), pp. 389-396.

Magne, P. et alii. (2000). Clinical Performance of nove-design porcelain veneers for the recovery coronal volume and length, *Int J Periodontics Restorative Dent*, 20 (5), pp. 440-457.

Aykor, A.; Ozel, E. (2009). Five-years Clinical Evaluation of 300 Teeth Restored with Porcelain Laminate Veneers Using Total-etch and a Modified Self-etch Adhesive System, *Operative Dentistry*, 34 (5), pp. 516-523

Baratieri, L. et alii. (1995). Estética-Restauroações Adesivas Diretas em Dentes Anteriores Fraturados, Santos Livraria Editora.

Baratieri, L. et alii. (2000). Influence of post placement in the fracture resistance of endodontically treated incisors veneered with direct composite, *he Journal of Prosthetic Dentistry*, 84, pp. 180-184.

Beier, U. et alii. (2012). Clinical performance of porcelain laminate veneers for up to 20 years. *The International Journal of Prosthodontics*, 25 (1), pp. 79-85.

Bispo, L. (2009). Facetas estéticas: Status da Arte Esthetic Veneers:Status of the Art, *Revista Dentística online*, 8 (18), pp. 11-14.

Bona, A.; Kelly, J. (2008). The Clinical Success of all-Ceramic Restorations , *The Journal of the American Dental Association*,139 (4),pp.85-135.

Borges, G., et alii. (2008). Influence of Different Ceramics on Resin Cement Knoop Hardness Number, *Operative Dentistry*, 33 (6), pp. 622-628.

Burke, F. (2012). 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*, 24 (4), pp. 257-265.

Burke, F.; Lucarotti, P. (2009). Ten-years outcome of porcelain laminate veneers placed within the general dental services in England and Wales, *Journal of Dentistry*, 37, pp. 31-38.

Carvalho, R. et alii. (2012). Indicações, adaptação marginal e longevidade clínica de sistemas cerâmicos livres de metal: uma revisão da literatura, *International Journal of Dentistry*, 11 (1), pp. 55-65.

Mezzalira, M. (2011). Reabilitação Estética com laminados de Porcelana. Trabalho apresentado como requisito básico para a conclusão do Curso de Especialização de Dentística. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Mondelli, R.; Coneglian, E.; Mondelli, J. (2003). Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Indirectas de Porcelana. *Biodonto*, 1 (5), pp. 22-43.

Peres, R. (2010). Facetas laminadas: Revisão de literatura. Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação como requisito parcial para a

obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária. Montes Claros: logiInstituto de Ciências da SaúdeFUNORTE/SOEBRAS.

Dorigan.G(2011).Faceta Indireta de Porcelana.Monografia apresentada a fundação bauruense de estudos odontológicos como parte dos requisitos para obtenção do titulo de especialista em Dentistica FOB.

ROZON.M.A,I(2010). Faceta Indireta de Porcelana.Monografia apresentada a fundação bauruense de estudos odontológicos como parte dos requisitos para obtenção do titulo de especialista em Dentistica Reatauradora da FOB.