

*Artigo de Revisão de Literatura*  
*Literature Review Article*

# Influência do tipo de preparo e material restaurador no desempenho clínico de facetas dentárias: uma revisão integrativa da literatura

## Influence of the type of preparation and restorative material on the clinical performance of dental veneers: an integrative literature review

Ramon Santana de Lira<sup>1</sup>  
João Vitor do Nascimento Santos<sup>2</sup>  
Hermano Nóbrega Macedo Neto<sup>1</sup>  
João Gabriel Regis da Silva<sup>1</sup>  
Débora e Silva Campos<sup>3</sup>  
Isis de Araujo Ferreira Muniz<sup>3</sup>  
Jussara da Silva Barbosa<sup>1</sup>  
Amanda Lira Rufino de Lucena<sup>1</sup>  
Renally Bezerra Wanderley e Lima<sup>3</sup>

***Autor para correspondência:***

João Vitor do Nascimento Santos  
Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Av. Sen. Salgado Filho, 1787 – Lagoa Nova  
CEP 59056-000 – Natal – RN – Brasil  
E-mail: vitordns11@gmail.com

<sup>1</sup> Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – João Pessoa – PB – Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal – RN – Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa – PB – Brasil.

***Data de recebimento: 8 fev. 2022. Data de aceite: 22 ago. 2022.***

***Palavras-chave:***  
facetas dentárias;  
estética dentária;  
porcelana dentária.

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a evidência científica disponível sobre a influência do tipo de preparo e material restaurador no desempenho clínico de facetas dentárias. **Material e métodos:** As bases de dados PubMed, Web of Science, Scopus e Embase foram utilizadas para a realização da busca dos estudos até o mês de agosto de 2021. Os dados foram analisados por meio de uma síntese qualitativa

detalhando os principais resultados dos estudos incluídos. Após as etapas de seleção e leitura dos artigos, incluíram-se sete nesta revisão integrativa. **Resultados:** Os resultados demonstraram que o preparo de chanfro e o preparo de não sobreposição incisal apresentaram menores taxas de falhas e maior taxa de sobrevivência. Quanto ao material restaurador, a cerâmica (dissilicato de lítio - Ivoclar) evidenciou maior taxa de sobrevivência, menor quantidade de fraturas e melhor adaptação marginal do que as facetas de resina composta, com taxa de sobrevivência acima de 90% entre 5 e 10 anos. **Conclusão:** A reabilitação com facetas dentárias fornece um bom resultado estético e sobrevivência clínica elevada. No entanto vale ressaltar que os resultados variam de acordo com o tipo de preparo e material restaurador escolhidos para cada tratamento. As facetas realizadas com cerâmica têm um melhor desempenho clínico em comparação à resina composta.

**Keywords:**

dental veneers; dental esthetics; dental porcelain.

**Abstract**

**Objective:** The aim of this integrative review was to assess the available scientific evidence on the influence of the type of preparation and restorative material on the clinical performance of dental veneers. **Material and methods:** The PubMed, Web of Science, Scopus and Embase databases were used to carry out the search for studies until the month of August 2021. Data were analyzed through a qualitative synthesis detailing the main results of the included studies. After the steps of selecting and reading the articles, 7 were included in this integrative review. **Results:** The results showed that the bevel preparation and the non-incisal overlay preparation had lower failure rates and higher survival rate. As for the restorative material, ceramic (lithium disilicate - Ivoclar) had a higher survival rate, fewer fractures and better marginal adaptation than composite resin veneers, with a survival rate above 90% between 5 and 10 years. **Conclusion:** Rehabilitation through dental veneers provides a good esthetic result and high clinical survival. However, it is noteworthy that the results will vary according to the type of preparation and restorative material chosen for each treatment. Veneers made with ceramic have a better clinical performance compared to composite resin.

**Introdução**

O escurecimento dentário tem sido o principal motivo de busca dos pacientes que almejam reabilitar o sorriso. Esse problema estético pode ser resolvido por meio de técnicas e materiais restauradores, como facetas dentárias, coroas cerâmicas e resinas compostas diretas, ou por meio do clareamento, por ser um tratamento menos

invasivo e de fácil acesso [10]. As facetas dentárias, além de apresentar um melhor resultado estético e menor tempo na cadeira odontológica, proporcionam um melhor desempenho clínico graças ao progresso no desenvolvimento de novos materiais e no tipo de preparo dentário [2].

Com relação ao preparo para a confecção de facetas dentárias, existem quatro tipos de *designs* diferentes: 1) preparo de janela, que consiste na

preservação da borda incisal do dente; 2) preparo de borda emplumada, em que a borda incisal do dente é preparada sem a redução do comprimento incisal; 3) preparo do chanfro, em que o comprimento da borda incisal é parcialmente reduzido; 4) preparo com sobreposição incisal, em que o comprimento da borda incisal é diminuído cerca de 2 milímetros, de modo que o desgaste se estende até a parede palatina do dente [8]. Entretanto existem diversos estudos com diferentes opiniões e resultados sobre a influência do desenho de preparo na sobrevivência das restaurações [2].

Os materiais utilizados para a confecção de facetas dentárias progrediram consideravelmente. Os primeiros materiais usados nessa técnica apresentavam facilidade para manchamento e uma baixa capacidade de acabamento e polimento. Com a evolução dos materiais dentários, resinas compostas com ótimas propriedades físico-mecânicas e estéticas foram desenvolvidas [9].

As resinas compostas trazem diversos benefícios, incluindo menor tempo de execução no procedimento restaurador e um ótimo resultado estético. Outro material restaurador altamente estético e com excelentes propriedades é a cerâmica odontológica. Esse material é um dos mais empregados na confecção de facetas dentárias. As cerâmicas apresentam vantagens que vão desde a utilização de mínima espessura de material até a confecção de preparos menos invasivos dos dentes [5]. Cada um desses materiais restauradores possui características específicas de composição, propriedades, limitações e indicações clínicas. Tais fatores afetam diretamente o desempenho e a longevidade clínicos das facetas dentárias confeccionadas [20].

Alguns critérios devem ser levados em consideração para uma adequada realização das facetas dentárias, como preparo, escolha do material, acabamento e polimento da restauração. Outros critérios, como avaliação da cor, estética, adaptação marginal, retenção e taxa de sobrevivência clínica, servem para avaliar o desempenho clínico das facetas dentárias [13]. As facetas cerâmicas possuem altas taxas de sobrevivência, além de permitirem procedimentos que conservem a estrutura dentária [16]. Além disso, fornecem um resultado criterioso e previsível para a restauração

de dentes anteriores, com 93,5% de sobrevivência num período de 10 anos [4]. A sobrevivência de facetas de resina composta apresenta-se estável em diversos estudos clínicos, com uma taxa de sobrevivência aproximada de 80% em 5 anos. Mesmo com uma longevidade moderada, o tratamento com compósitos resinosos parece ser uma opção de tratamento interessante e recomendável, tanto pela sua praticidade como pelo resultado estético [24].

Diante disso, torna-se necessário para o cirurgião-dentista saber se o tipo de material restaurador influencia na sobrevivência clínica das facetas dentárias. Além disso, descobrir se as facetas de resina são uma opção viável de escolha, pelo fato de apresentarem menor custo que as facetas de cerâmica, e se o preparo dentário é influenciável na longevidade clínica das facetas. Ademais, o presente estudo pode servir de base para futuras pesquisas clínicas que tenham como foco a reabilitação do sorriso com facetas dentárias.

O objetivo deste artigo foi avaliar a evidência científica disponível sobre a influência do tipo de preparo e material restaurador no desempenho clínico de facetas dentárias.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura. A pergunta de pesquisa foi: O tipo de preparo e o material restaurador influenciam no desempenho clínico das facetas dentárias?

### Critérios de inclusão

- Estudos clínicos que avaliaram a taxa de sobrevivência de facetas dentárias com resinas compostas e cerâmicas odontológicas;
- Estudos que avaliaram a influência do tipo de preparo no desempenho clínico de facetas dentárias com resinas compostas e cerâmicas odontológicas;
- Estudos clínicos com facetas em dentes anteriores.

### Critérios de exclusão

- Estudos que avaliaram o desempenho clínico de facetas dentárias com materiais experimentais;

- Estudos que não seguiram a recomendação do fabricante para a utilização dos materiais para o tratamento de superfície e cimentação das facetas;
- Estudos *in vitro*, revisões, carta ao editor e resumos de congressos;
- Revisões sistemáticas, revisões integrativas, revisões críticas.

### Estratégia de busca

As bases de dados Pubmed, Web of Science, Scopus e Embase foram utilizadas para a busca dos estudos. Realizaram-se as buscas sem restrições de idioma e ano de publicação. Usaram-se as seguintes palavras-chave/termos: “composite resin veneers”, “composite resin veneer”, “composite veneers”, “composite veneer”, “veneers composite resin”, “veneers composite”, “veneer composite resin”, “veneer composite”, “ceramic veneer”, “ceramic veneers”, “porcelain veneers”, “porcelain veneer”, “veneer ceramic”, “veneers ceramic”, “preparation design”.

A estratégia de busca aplicada nas bases de dados foi: (“preparation design”) AND ((((((“composite resin veneer”) OR (“composite resin veneers”)) OR (“composite veneers”)) OR (“composite veneer”)) OR (“veneers composite”)) OR (“veneer composite resin”)) OR ((((((“ceramic veneer”) OR (“ceramic veneers”)) OR (“porcelain veneers”)) OR (“porcelain veneer”)) OR (“venner ceramic”)) OR (“venner ceramics”))).

### Seleção dos estudos

Para a organização dos títulos dos artigos encontrados nas buscas das bases de dados, recorreu-se ao gerenciador de referência Rayyan ([https://rayyan.ai/users/sign\\_in](https://rayyan.ai/users/sign_in)). Assim, os títulos foram lidos de maneira sistemática e a remoção das duplicatas também foi feita no gerenciador. Em seguida, os títulos e os resumos foram selecionados e lidos completamente, categorizando-os em incluídos e excluídos de acordo com os critérios de elegibilidade. Para estudo e análise dos artigos potencialmente incluídos, eles foram baixados em texto completo para a leitura detalhada dos arquivos em PDF.

### Extração dos dados

Alguns dados metodológicos mais relevantes para responder à pergunta de pesquisa deste projeto foram coletados dos artigos incluídos por meio de um formulário padronizado. Coletaram-se os seguintes dados: nome do autor, ano de publicação, tipo de estudo, dentes avaliados, tipo de preparo, material restaurador, número de pacientes, tempo de acompanhamento, critérios de avaliação do desempenho clínico da faceta, taxa de sobrevivência e principais resultados do estudo.

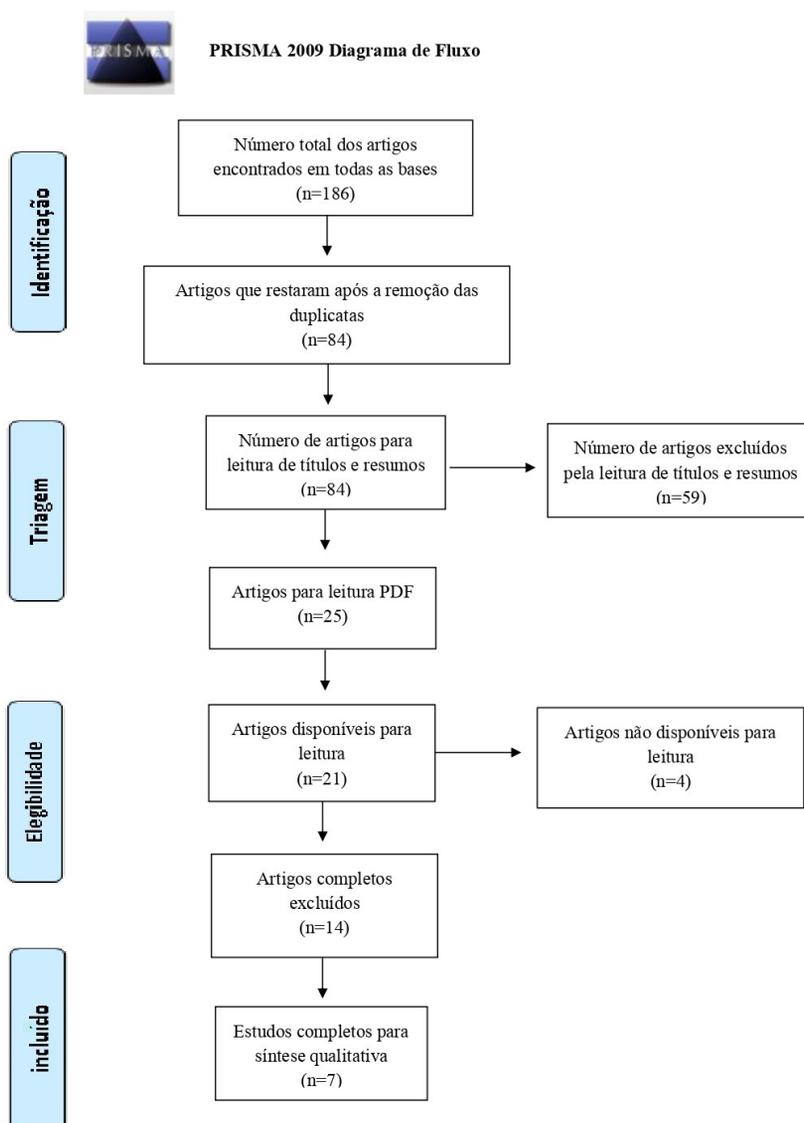
### Análise dos dados

Para análise dos dados extraídos dos estudos incluídos, realizou-se uma síntese qualitativa e detalhada dos resultados das pesquisas.

## Resultados

### Pesquisa e seleção dos estudos

A estratégia de busca e os resultados do levantamento dos estudos encontrados por esta revisão integrativa estão representados no fluxograma PRISMA 2009 adaptado (figura 1). Com as buscas nas bases de dados, 186 artigos foram selecionados; após a remoção das duplicatas, restaram 84. Em seguida, a leitura de títulos e resumos dos artigos selecionados foi realizada e 59 estudos foram excluídos. Assim, 25 artigos restaram para a leitura detalhada do texto completo em PDF. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, 14 foram excluídos, restando 11 artigos incluídos. Destes 11, não foi possível realizar o *download* do artigo completo de quatro estudos. Os autores foram contactados via *e-mail* para a solicitação dos artigos, porém nenhuma resposta foi obtida. Com isso, sete artigos foram incluídos na análise qualitativa da presente revisão integrativa.



**Figura 1** - Fluxograma resumindo o processo de seleção e identificação dos estudos (PRISMA)

### Análise qualitativa

Com base no levantamento dos dados metodológicos dos estudos incluídos (tabela I), os artigos foram publicados entre os anos de 1998 e 2019. Os tipos de estudos mais encontrados foram retrospectivo (n=3) [4, 18, 19] e prospectivo (n=3) [14, 15, 22]. Dentre os dentes mais avaliados, os anteriores (inciso central superior, incisivo lateral superior e canino superior) foram analisados em todos os estudos (n=7) [4, 14, 15, 17-19, 22]. A média do número de pacientes avaliados nos estudos incluídos foi de 45. O preparo de chanfro (n=2) [14, 22], com sobreposição incisal (n=3) [4, 15, 19] e sem sobreposição incisal (n=2) [4, 19] ficaram entre os tipos de preparo mais utilizados. O material restaurador mais empregado foi a cerâmica de dissilicato de lítio (n=3) [4, 17, 18]. A média do tempo de acompanhamento ficou em 7 anos, sendo 2 anos o menor e 18 anos o maior tempo registrado. Dentre os critérios de avaliação do desempenho clínico das facetas, a descoloração marginal (n=4) [14, 15, 18, 19] e a integridade marginal (n=2) [18, 22] foram as mais investigadas. A taxa de sobrevivência para as facetas de cerâmica de dissilicato de lítio variou de 82,5% a 100%. A sobrevivência das facetas de resina composta indireta foi de 90%; da resina composta direta, 74%. Dos principais resultados relacionados às falhas das restaurações, a maior parte delas ocorreu em decorrência de fraturas dos materiais restauradores (n=3) [15, 19, 22]. Integridade marginal e descoloração marginal apresentaram ótimos resultados e alta taxa de sobrevivência com a cerâmica de dissilicato de lítio (n=2) [17, 18]. Com a resina composta, houve problemas com a descoloração marginal (n=1) [19].

**Tabela 1** – Principais dados metodológicos e resultados extraídos dos estudos clínicos incluídos

Nome do autor e ano de publicação	Tipo de estudo clínico	Dentes avaliados	Número de pacientes	Tipo de preparo	Material restaurador	Tempo de acompanhamento	Critérios de avaliação	Taxa de sobrevivência	Principais resultados
Imburgia <i>et al.</i> 2016 [17]	Relato de caso	Incisivo central, incisivo lateral e canino	1	Borda emplumada	Cerâmica (dissilicato de lítio)	-	-	-	Cerâmica com ótima qualidade na adaptação marginal; fácil e rápido de executar; facilidade na realização de moldagens; preparo com facilidade na fabricação do provisório.
Imburgia <i>et al.</i> 2019 [18]	Estudo retrospectivo	Incisivo central, incisivo lateral e canino	53	Ponta de faca	Cerâmica (dissilicato de lítio)	4 anos e 6 meses	Correspondência de cores, qualidade da superfície cerâmica, presença de descoloração marginal e integridade marginal	99,63%	Uma restauração mostrou falha em virtude de um trauma após 3 anos; 93,9% de sobrevivência no parâmetro correspondência de cores; lisura superficial da cerâmica: 97,7%; descoloração marginal: 97,3% e integridade marginal: 96,9%.
Peumans <i>et al.</i> 2004 [22]	Ensaio prospectivo	Incisivo central, incisivo lateral e canino	25	Chanfro	Cerâmica (feldspática)	5 e 10 anos	Estética, integridade marginal, retenção, microinfiltração clínica, recorrência de cárie, fratura, vitalidade e satisfação do paciente	5 anos – 100% / 10 anos – 93%	As restaurações clinicamente aceitáveis diminuíram de 92% em 5 anos para 64% aos 10 anos. Fraturas de porcelana e grandes defeitos marginais foram os principais motivos de falha.
Guess <i>et al.</i> 2014 [14]	Estudo prospectivo	Incisivo central, incisivo lateral e canino	25	Chanfro	Cerâmica (leucita)	7 anos	Cárie secundária, descoloração marginal, forma anatômica, fratura, retenção	100% chanfro	O preparo de chanfro revelou taxa de sobrevivência favorável após 7 anos. Preparo recomendado para as restaurações de lesões extensas em dentes anteriores.

*Continua...*

Continuação da tabela 1

Nome do autor e ano de publicação	Tipo de estudo clínico	Dentes avaliados	Número de pacientes	Tipo de preparo	Material restaurador	Tempo de acompanhamento	Critérios de avaliação	Taxa de sobrevivência	Principais resultados
Beier <i>et al.</i> 2012 [4]	Estudo retrospectivo	Incisivo central e incisivo lateral	74	Com sobreposição e sem sobreposição	Cerâmica (leucita ou dissilicato de lítio)	5, 8, 10, 15, 18 anos	Adesão, resistência e taxa de sobrevivência	5 anos - 95,4% / 8 anos - 94,8% / 10 anos - 94,0% / 15 anos - 86,7% / 18 anos - 82,5%	Ocorreram 20 falhas, todas elas no preparo com sobreposição. Restaurações com preparos sem sobreposição mostraram significativamente menor taxa de falha que o preparo com sobreposição incisal.
Meijering <i>et al.</i> 1998 [19]	Estudo retrospectivo	Incisivo central e incisivo lateral	112	Com e sem sobreposição incisal	Resina composta direta (microparticulada [Silux Plus - 3M]); resina composta indireta (Dentacolor); cerâmica (feldspática)	2 anos	Lascamento / fratura da resina; fratura de dente; incompatibilidade de cor; deslocamento; descoloração marginal; cárie; sensibilidade pós-operatória	Porcelana - 94%; resina composta indireta - 90%; resina composta direta - 74%	A maioria das falhas esteve relacionada a fratura ou lascamento das facetas (52%) e problemas de descoloração marginal (19%).
Guess e Stappert (2008) [15]	Estudo prospectivo	Incisivo central, incisivo lateral e canino	25	Com sobreposição e preparo de janela	Cerâmica (leucita)	6 anos	Cárie secundária; adaptação marginal; descoloração marginal; forma anatômica	Faceta com preparo de janela - 100%; faceta com preparo sobreposição - 97,5%	As razões para as falhas relativas foram rachaduras, fraturas coesivas de cerâmica e perda de adesão. Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre os dois grupos de preparo. Cárie secundária e complicações endodônticas não ocorreram.

## Síntese dos resultados

Os principais resultados dos estudos incluídos apresentaram o preparo de chanfro e o preparo com sobreposição incisal como os melhores para o tratamento com facetas dentárias, pelo fato de terem menores taxas de falhas e maior taxa de sobrevivência, proporcionando, assim, um melhor desempenho clínico. A sobrevivência do preparo de chanfro foi de 100% para 5 e 7 anos e 93% para 10 anos de acompanhamento. O preparo com sobreposição incisal apresentou sobrevivência média de 92,3% em um período entre 2 e 18 anos de acompanhamento.

O material restaurador mais indicado nos estudos clínicos para a confecção de facetas dentárias foi a cerâmica de dissilicato de lítio, pelo fato de apresentar taxa de sobrevivência mais alta, menos fraturas e melhor adaptação marginal do que as facetas de resina composta. O dissilicato de lítio demonstrou uma taxa média de sobrevivência de 98,7% em um intervalo de 7 anos de acompanhamento. Em um período de 2 anos de acompanhamento, a resina composta direta teve taxa de sobrevivência de 74% e a resina composta indireta 90% de sobrevivência.

## Discussão

Os resultados dos estudos clínicos incluídos nesta revisão integrativa demonstraram que o tipo de preparo e o material restaurador influenciam diretamente no desempenho clínico de facetas dentárias.

Com relação ao tipo de preparo, o preparo com sobreposição incisal e o preparo de chanfro foram os mais observados nos estudos averiguados. No preparo com sobreposição incisal, o comprimento da borda incisal é diminuído cerca de 2 milímetros, de forma que o desgaste se estende até a parede palatina do dente [8]. Esse tipo de preparo tem diversas vantagens, como mascaramento da linha que fica evidente na incisal do dente, borda incisal mais reforçada, cerâmica com estrutura sólida, com bom assentamento e com menores taxas de fraturas. Além disso, o preparo de sobreposição incisal permite que os dentes possuam translucidez nas bordas incisais, fazendo com que tenham aspectos mais naturais [11]. No preparo de chanfro, o comprimento incisal é parcialmente reduzido. Esse preparo possui muita semelhança com o preparo de sobreposição incisal, diferenciando-se apenas na quantidade de borda incisal que será reduzida. Além disso, possui algumas vantagens:

forma de preparo mais fácil, maior resistência a fratura, melhor estética do terço incisal e excelente colagem [7]. Além de serem os tipos de preparo mais encontrados nos estudos, o preparo com sobreposição incisal e o preparo de chanfro também foram os que apresentaram um melhor desempenho clínico, graças à sua alta taxa de sobrevivência e às menores taxas de fraturas.

Nos estudos observaram-se dois tipos de materiais para a confecção de facetas dentárias: a cerâmica odontológica e a resina composta. A cerâmica é bastante popular por possuir excelentes propriedades óticas, tornando esse material semelhante ao dente natural [12]. As facetas de cerâmica mostraram um ótimo desempenho clínico nas pesquisas incluídas nesta revisão integrativa, em virtude de suas vantagens: preparo minimamente invasivo, excelente capacidade de adesão, biocompatibilidade com os tecidos moles, boa estabilidade de cor e elevado grau de polimento após a cimentação [5]. As facetas de resina, tanto para o cirurgião-dentista quanto para o paciente, conseguem ser vistas positivamente quanto à sua função reabilitadora. Fora as características extremamente conservadoras aos elementos dentários, conseguem em pouco tempo recuperar a estética desejada, em sessão única, sem etapas laboratoriais e com baixo custo [6]. Entretanto o fato de apresentarem algumas limitações, como menor resistência em comparação às cerâmicas, maior manchamento e desgaste, instabilidade de cor e possibilidade de fraturas marginais [1], faz com que sua taxa de sobrevivência seja inferior à cerâmica odontológica, diminuindo, portanto, seu desempenho clínico. Com base no levantamento dos artigos incluídos nesta revisão integrativa, a cerâmica parece ser o melhor material restaurador para a confecção de facetas dentárias quando comparada à resina composta.

A escolha do tipo de preparo e material restaurador é primordial para a obtenção da excelência na reabilitação oral com facetas dentárias, já que o desempenho clínico dessas restaurações depende diretamente desses fatores [21]. O levantamento científico dos resultados dos estudos aqui citados é relevante para informar aos cirurgiões-dentistas a importância de conhecer e entender sobre os melhores tipos de preparo e materiais restauradores para a confecção de facetas dentárias, a fim de realizarem um tratamento de qualidade, desde que tal tratamento se tornou uma interessante terapia de escolha para a reabilitação do sorriso, em razão de proporcionar procedimentos mais conservadores

e pela capacidade de se assemelhar às estruturas dentais. Todavia torna-se necessária a realização de futuras pesquisas comparando facetas de cerâmica com facetas de resina composta. Assim, novas revisões e mais estudos clínicos devem ser desenvolvidos para comprovar os resultados aqui trazidos e proporcionar informações relevantes para a construção de um protocolo claro e longo para a confecção de facetas dentárias.

## Conclusão

As facetas feitas com cerâmicas odontológicas, principalmente dissilicato de lítio, e com o preparo de chanfro e com sobreposição incisal, apresentaram melhor desempenho clínico em estudos de 2 a 18 anos de acompanhamento. No entanto tais resultados devem ser interpretados com cautela, já que poucos estudos clínicos foram encontrados e incluídos nesta revisão integrativa. Com isso, é interessante que novas pesquisas sejam realizadas, avaliando diferentes tipos de preparo e materiais restauradores, para que, assim, um levantamento de maior evidência científica seja obtido, de modo a se elaborar um protocolo reabilitador com melhor perspectiva e maior confiabilidade.

## Referências

1. Almilhatt H, Giampaolo E, Machado A, Pavarina A, Vergani C. Infiltração marginal em facetas estéticas de resina composta em próteses parciais fixas. *Braz Dent Sci.* 2002;5(1):58-63.
2. Alothman Y, Bamasoud M. The success of dental veneers according to preparation design and material type. *J Med Sci.* 2018;6(12):2402-8.
3. Beier US, Dhima M, Koka S, Salinas TJ, Dumfahrt H. Comparison of two different veneer preparation designs in vital teeth. *Quintessence Int.* 2012;43(10):835-9.
4. Beier U, Kapferer I, Burtscher D, Dumfahrt H. Clinical performance of porcelain laminate veneers for up to 20 years. *Int J Prosthodont.* 2012;25(1):79-86.
5. Bispo LB. Facetas estéticas: status da arte. *Rev Dentística.* 2009;8(18):11-4.
6. Brambilla GPM, Cavallè E. Fractured incisors: a judicious restorative approach. *Int Dent J.* 2007;57(2):100-8.
7. Castelnuovo J. Carga de fratura e modo de ruptura de facetas cerâmicas com diferentes preparações. *J Prosthet Dent.* 2000;83(2):171-80.
8. Chai SY, Bennani V, Aarts JM, Lyons K. Projeto de preparação incisal para facetas de cerâmica. *J Am Dent Assoc.* 2018;149(1):25-37.
9. Ferracane JL. Resin composite – state of the art. *Dent Mater.* 2011;27(1):29-38.
10. Ferreira H, Carlo HL, Silva FDCM, Meireles SS, Duarte RM, Andrade AKM. Influência de agentes clareadores nas propriedades superficiais (rugosidade e microdureza) de uma cerâmica odontológica. *Cerâmica.* 2016;62(361):55-9.
11. Garber DA. Preparação racional dos dentes para facetas laminadas de porcelana. *Compêndio.* 1991;12(5):316-20.
12. Gomes EA, Assunção WG, Rocha EP, Santos PH. Cerâmicas odontológicas: o estado atual. *Cerâmica.* 2008;54(331):319-25.
13. Guerra CMF, Neves CAF, Almeida ECB, Valones MAA, Guimarães RP. Estágio atual das cerâmicas odontológicas. *Int J Dent.* 2007;6(3):90-5.
14. Guess PC, Selz CF, Voulgarakis A, Stampf S, Stappert CFJ. Prospective clinical study of press-ceramic overlap and full veneer restorations: 7-year results. *Int J Prosthodont.* 2014;27(4):355-8.
15. Guess PC, Stappert CFJ. Midterm results of a 5-year prospective clinical investigation of extended ceramic veneers. *Dent Mater.* 2008;24(6):804-13.
16. Gurel G, Sesma N, Calamita M, Morimoto S, Coachman C. Influence of enamel preservation on failure rates of porcelain laminate veneers. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2013;33(1):31-9.
17. Imburgia M, Canale A, Cortelline D, Maneschi M, Martucci C, Valenti M. Minimally invasive vertical preparation design for ceramic veneers. *Int J Esthet Dent.* 2016;11(4):2-13.
18. Imburgia M, Cortellini D, Valenti M. Minimally invasive vertical preparation design for ceramic veneers: a multicenter retrospective follow-up clinical study of 265 lithium disilicate veneers. *Int J Esthet Dent.* 2019;14(3):2-14.
19. Meijering AC, Creugers NHJ, Roeters FJM, Mulder J. Survival of three types of veneer restorations in a clinical trial: a 2.5-year interim evaluation. *J Dent.* 1998;26(7):563-8.

20. Mondelli R, Coneglian E, Mondelli J. Reabilitação estética do sorriso com facetas indiretas de porcelana. *Biodonto*. 2003;1(5):10-115.
21. Peres R. Facetas laminadas: revisão de literatura. Monografia [Especialização em Prótese Dentária]. Montes Claros: Instituto de Ciências da Saúde Funorte/Soebras; 2010.
22. Peumans M, Munck J, Fieuws S, Lambrechts P, Vanherle G, Meerbeek BV. A prospective ten-year clinical trial of porcelain veneers. *J Adhes Dent*. 2004;6(1):65-76.
23. Smales R, Etemadi S. Long-term survival of porcelain laminate veneers using two preparation designs: a retrospective study. *Prim Dent J*. 2004;17(3):323-6.
24. Wolff D, Kraus T, Schach C, Pritsch M, Mente J, Staehle HS et al. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a clinical evaluation of survival and quality parameters. *J Dent*. 2010;38(12):1001-9.