

DANIELE SOUZA BERTOCO

**Preparos minimamente invasivos na
reabilitação oral**

Araçatuba

2016

DANIELE SOUZA BERTOCO

Preparos minimamente invasivos na reabilitação oral

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Odontologia de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Cristina Zavanelli

Araçatuba

2016

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu pai, Durval que sempre esteve ao meu lado, me dando todo o suporte necessário para que eu chegasse até aqui. Minha eterna gratidão, carinho e amor pela pessoa que ele foi em vida.

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição, incentivo e apoio para que este trabalho fosse realizado. A todos eles deixo aqui os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar o meu caminho, me trazendo sabedoria, coragem e força.

À minha mãe, Denise, que sem ela eu não teria conseguido; além de mãe foi amiga, companheira, foi aquela que acendia vela e orava por mim nos momentos mais difíceis. Obrigada mãe por não medir esforços para estar ao meu lado.

Ao meu pai, Durval, que em vida fez sempre o máximo para me ver bem; meu companheiro de séries, de cerveja. Obrigada por ter sido esse pai maravilhoso e espero que se sinta orgulhoso.

À todos os professores da FOA principalmente a minha orientadora Adriana Zavanelli, que antes de tudo foi minha amiga e fazia um pouco do papel de mãe, por ter tido muita paciência durante a elaboração deste trabalho, e por ter me passado muito aprendizado.

Aos meus tios Deomerce e Dilador por me darem moradia, carinho e apoio quando eu mais precisei.

Ao meu irmão Danilo, meu primeiro amor, meu primeiro amigo, por também sempre me apoiar e agradeço também pela minha afilhada e sobrinha Eduarda, por alegrar meus finais de semana.

À minha prima (amiga, irmã) Fabiana, que além de dividir seu quarto comigo, dividiu tantas alegrias e vitórias, e ao seu marido Fred.

Às minhas amigas de Araçatuba, que se tornaram parte da minha família, Ana Carolina Rocha, Débora Galafassi, Amanda Kimura, Camila Ramos, Gabriella Pagioro, Camila Telles, Ana Carolina Penteado, Natália Gimenez,

Lohana Lima, Isadora Victorino, Victoria Berriel, Giovanna Cunha, Sthaelle Albuquerque e aos amigos Allan Oliveira e Murilo Melo.

Aos meus amigos de Rio Preto, Beatriz Higa, Laura Lopes, Mariana Ricci, Eduardo Duarte, Luiz Guilherme Braga.

Às minhas amigas que eu conheci quando cursei o primeiro semestre de Administração na UFMS em Três Lagoas, Gabriela Castro e Ana Flávia Santos.

Aos meus amigos da Surubateria da Unesp – Araçatuba, principalmente a turma do Agogô.

À Carmen e a Maria que me ajudaram muito em casa, sendo conselheiras e amigas.

RESUMO

O desenvolvimento da ciência bucal, especialmente a utilização de materiais odontológicos e tecnologia, levou à inovação das Próteses Dentárias. Para alcançar a excelência nas reabilitações estéticas e responder aos anseios dos pacientes a análise sistematizada do sorriso é uma importante ferramenta para obter sorriso harmonioso funcional. O Checklist estético observa as características que compõem a avaliação do sorriso e refina os cuidados durante o planejamento e execução dos procedimentos restauradores. Este trabalho de conclusão de curso apresentou os fatores que compõem o checklist estético e discutiu suas características no planejamento das reabilitações estéticas anteriores.

Além de uma recuperação da saúde oral e estética do paciente, a conclusão do caso trouxe satisfação tanto para o paciente quanto para o profissional.

Palavras - chave: laminados, cerâmicas odontológicas, estética, checklist.

ABSTRACT

The Development of Oral Science, especially the use of Dental Technology and materials, took the Innovation of Denture. To achieve excellence in aesthetic rehabilitations and respond to the needs of patients the systematic analysis of the smile is an important tool for functional harmonious smile. The aesthetic Checklist notes the features that make the evaluation of the smile and refines care during the planning and implementation of restorative procedures. This course conclusion work presented the factors that make up the aesthetic checklist and discussed its characteristics in the planning of previous aesthetic rehabilitations.

In addition to a recovery of oral health and the patient's aesthetics, the conclusion of the case brought satisfaction for both the patient and the professional.

Key - words: laminates, dental ceramics, aesthetics, checklist.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Aspecto inicial do sorriso da paciente, com restaurações de resina composta nas bordas incisais dos dentes 11, 12, 21 e 22	14
Figura 2 – Vista aproximada do sorriso	15
Figura 3 – Enceramento estético dos elementos 13 ao 23	15
Figura 4 – Vista lateral direita do enceramento	16
Figura 5 – Vista lateral esquerda do enceramento	16
Figura 6 – <i>Mock up</i> em posição	16
Figura 7 – Guias de silicone para orientação dos desgastes vestibulares e incisais	17
Figura 8 – Preparos para lentes de contato nos dentes 13, 12, 11, 21, 22, 23. Seleção da cor com a escala VITA Linearguide 3D-Master	18
Figura 9 – Vista aproximada do molde, evidenciando a cópia fiel dos elementos preparados	18
Figura 10 – Provisórios finalizados	19
Figura 11 – Restaurações cerâmicas	20
Figura 12 – Vista vestibular das peças cerâmicas adaptadas ao modelo de trabalho.	20
Figura 13 – Vista palatina das peças cerâmicas adaptadas ao modelo de trabalho	20
Figura 14 – Aspecto final	22
Figura 15 – Caso finalizado	23

SUMÁRIO

1. Introdução	9
2. Objetivo	11
3. Considerações sobre o checklist estético	12
4. Caso Clínico	14
5. Discussão	23
6. Conclusão	24
7. Referências	25

1. INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade o ser humano demonstra grande preocupação com sua aparência física, tanto pela sua necessidade de aceitação quanto pela posição social que esta lhe confere, pois a beleza traz consigo um sinal de saúde (Goldstein, 2000; Câmara, 2006).

Para a análise facial, o belo é determinado pela simetria e harmonia das proporções faciais, que é determinada por linhas horizontais e verticais (Freitas, Costa e Pinho, 2011). Dentre estas linhas, podemos citar principalmente a linha pupilar e linha média facial e dentária, cuja intersecção em forma de “T” possibilita identificar a proporcionalidade entre lado direito e esquerdo (Paul, 2006; Fradeani, 2006).

A avaliação do sorriso considera inicialmente os lábios e sua relação com dentes superiores anteriores, para em seguida observar a gengiva, os dentes e a relação entre estas características (Joly, Mesquita e Silva, 2010).

O checklist estético é considerado por ADOLF e ANDRADE (2008), um importante auxiliar na observação da morfologia, alinhamento, posição, proporção, cor e textura na obtenção de ótimo resultado estético. Esta ferramenta possibilita a elaboração do planejamento e a aplicação dos conceitos estéticos juntamente com a sensibilidade de cada profissional (Fradeani, 2006).

Entre várias opções de tratamento com finalidade estética, os laminados cerâmicos destacam-se pela possibilidade de um menor desgaste de estruturas dentárias comparadas as coroas totais. O desgaste mínimo de estruturas sadias fez com que esta técnica de restauração fosse indicada em larga escala nos últimos dez anos (Botino et al, 2009; Deves, 2012). O desempenho clínico desta modalidade de restauração indireta, tem se mostrado confiável. Em um ano dez acompanhamentos clínicos de laminados cerâmicos revelaram altas taxas de sucesso (92%) por cinco anos e moderadamente altas taxas de sucesso (64%) por mais cinco anos (Gonzalez et al, 2011; Calamia e Calamia, 2007).

Assim, diante da importância da avaliação estética para se estabelecer um diagnóstico e planejamento adequados para atender aos anseios dos

pacientes, um protocolo de atendimento deve ser obedecido para alcançar o sucesso das reabilitações estéticas.

2. OBJETIVO

Este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo abordar o checklist estético como uma ferramenta para o planejamento e execução de reabilitações orais e descrever, por meio do relato de um caso, o passo a passo do protocolo clínico a ser executado pelo profissional para alcançar o sucesso do tratamento proposto com previsibilidade e longevidade.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE O CHECKLIST ESTÉTICO

PUPPIN (2002) sugere que o que determina a linha do sorriso é a linha dos lábios, onde a altura do sorriso é influenciada também pelo sexo e idade do paciente. Já para SEIXAS ET AL. (2011) a distância interlabial, a exposição dos incisivos centrais superiores durante o repouso e a fala, o arco do sorriso, a proporção largura/comprimento dos incisivos superiores e as características morfofuncionais do lábio superior são aspectos que devem obrigatoriamente ser considerados durante a avaliação clínica, por meio do checklist estético, desta maneira, facilita bastante o diagnóstico dos problemas relacionados à altura da linha do sorriso.

Segundo MAGNE E BELSER (2003) a posição e a morfologia do dente está relacionada com a posição que o contato interdental estará, e para ANDREW (1989) o contato interdental entre os incisivos centrais superiores se posiciona mais apical; e o contato entre o canino superior e o incisivo lateral superior é mais cervical; estando o contato entre o incisivo lateral superior e o central superior numa posição intermediária aos citados anteriormente, ou seja, o contato interdental dos dentes anteriores superiores é feito de forma descendente a partir do canino.

MONDELLI (2003) ainda afirma que a forma ideal da Linha Cervical (uma das seis linhas do sorriso) é quando ela possui um aspecto convexo em relação a linha oclusal por conta de os caninos superiores terem os zênites, na maioria das vezes, mais alto do que os incisivos laterais e quase na mesma altura dos incisivos centrais.

Para DAVIS (2007) um ponto importante que deve ser levado em consideração são as proporções relativas entre os seis dentes anteriores superiores; ele afirma que a proporção 'de ouro' é aquela em que, de uma visão frontal, o canino, o incisivo lateral e o incisivo central estão de 0,6:1,0:1,6 respectivamente. Já a linha média da face deve coincidir com a linha média dos incisivos e perpendicular ao plano incisal dos mesmos. Às vezes pequenas discrepâncias no desvio da linha média são aceitas e podem passar despercebidas. O zênite gengival é considerado o ponto mais apical dos tecidos gengivais em relação ao longo eixo do dente. Este mesmo é considerado mais

estético quando localizado mais distalmente nos incisivos centrais superiores, e centralizado nos incisivos laterais superiores e incisivos inferiores. Já MONDELLI (2003) acredita que essa regra nem sempre é aplicada para os incisivos laterais superiores; nesses dentes o limite gengival pode estar centrado ao longo eixo.

Em seu estudo ADOLFI e ANDRADE (2008) afirmaram que com a correta escolha da cor e das características individuais como morfologia, camada de translucido, textura e brilho superficial, a chance de sucesso em uma reabilitação é maior. Para se evitar um “buraco negro” o espaço interdental que será preenchido pela papila, deve ter 5 milímetros do contato interdental até a cristal óssea, independentemente da forma, morfologia e proporção dos dentes anteriores.

ALMEIDA ET AL. (2010) enfatizaram a importância do checklist estético para devolver a harmonia estética nos casos clínicos com alterações relevantes da linha média, zênites gengivais e da morfologia dentária.

Para JOLY, MESQUITA E DA SILVA (2010) o relacionamento entre as bordas incisais de incisivos e caninos superiores com o lábio inferior é chamado “arco do sorriso”; O paralelismo (curvatura) do arco formado pelas bordas incisais e oclusais dos dentes superiores com a (curvatura da) borda superior do lábio inferior representa harmonia para o sorriso do paciente.

4. CASO CLÍNICO

A paciente L.F., 24 anos, procurou atendimento odontológico no curso de Reabilitação Estética, com o intuito de melhorar a estética do seu sorriso. Como queixa principal, a paciente relatou que estava insatisfeita com as facetas de resina nos dentes anteriores confeccionadas há seis meses, em virtude da instabilidade de cor que as mesmas começaram a apresentar após o tratamento.

Após a anamnese, avaliação clínica extra-oral e intra-oral, foi constatada a presença de restaurações de resina composta nos dentes 12, 11, 21 e 22, sendo nítida a diferença de cor entre a estrutura dentária e o material restaurador, não transmitindo o aspecto de naturalidade do sorriso (Figura 1 e 2).



Figura 1. Aspecto inicial do sorriso da paciente, com restaurações de resina composta nas bordas incisais dos dentes 11, 12, 21 e 22.



Figura 2. Vista aproximada do sorriso.

Após o relato da paciente com as suas expectativas em relação ao tratamento, fotografias extra e intra-orais foram realizadas e moldagem dos arcos superior e inferior para confecção dos modelos de estudo.

Ao analisar a expectativa da paciente com a condição clínica apresentada, o tratamento proposto foi a confecção de laminados cerâmicos à base de dissilicato de lítio nos dentes 11, 12, 13, 21, 22 e 23. Como a paciente havia realizado o clareamento de consultório há seis meses, foi acordado entre a equipe e a paciente realizar o clareamento caseiro por 15 dias.

Para melhor previsibilidade da resolução do caso, os modelos de estudo foram enviados ao Laboratório de Prótese e os técnicos realizaram o enceramento estético, a partir de orientações enviadas em relação às alterações quanto ao tamanho, formato e posição dos dentes (Figuras 3, 4 e 5).



Figura 3. Enceramento estético dos elementos 13 ao 23.



Figura 4. Vista lateral direita do enceramento.



Figura 5. Vista lateral esquerda do enceramento.

Em seguida, para avaliação preliminar do resultado e aprovação da paciente, o ensaio estético ou *mock up* foi executado. O molde do enceramento em silicone de condensação confeccionado pelo laboratório foi preenchido por resina bisacrílica na cor A2 (Structur 2 SC, Voco) e posicionado sobre os dentes ainda sem preparo e mantido em posição até que a polimerização inicial se completasse. Após a remoção do guia de silicone, os procedimentos de acabamento e polimento foram realizados (Figura 6).



Figura 6. *Mock up* em posição

Após a finalização desses procedimentos, a paciente aprovou o enceramento estético, autorizando o planejamento realizado sem nenhuma modificação.

Com o auxílio de guias de silicone para orientar o desgaste (Figura 7), os preparos para lentes de contato foram realizados nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23 sem necessidade de intervenção anestésica, já que se tratava de preparos minimamente invasivos. Com a broca 2135F (KG Sorensen), foi executado um mínimo de desgaste possível para realizar o aplainamento e/ou correção do eixo de inserção, removendo a camada de esmalte aprismática, não sendo necessária a confecção de canaletas ou sulcos de orientação. Por último, os procedimentos de acabamento dos preparos foram realizados com discos Softlex (Pop On, 3M, ESPE), com o intuito de remover os ângulos agudos e uniformizar toda a superfície. A seleção da cor foi orientada pela escala VITA Linearguide 3D-Master, sendo selecionado a cor 1 M1 para as lentes de contato (Figura 8).



Figura 7. Guias de silicone para orientação dos desgastes vestibulares e incisais



Figura 8. Preparos para lentes de contato nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23.
Seleção da cor com a escala VITA Linearguide 3D-Master.

Em seguida, o afastamento gengival foi executado, colocando o fio retrator #000 (Ultrapack, Ultradent) embebido em solução hemostática (ViscoStat Clear, Ultradent) contornando o sulco gengival vestibular dos dentes preparados. Essa técnica proporciona não somente o afastamento gengival propriamente dito, mas promove o isolamento dos fluidos gengivais, auxiliando no procedimento de moldagem para a cópia fiel dos elementos. A técnica de moldagem escolhida foi a de passo único com silicone de adição (Honigum, DMG), sendo colocado, inicialmente, o material de consistência leve sobre os dentes preparados e, posteriormente, pressionados pelo material de consistência densa. Ao final da polimerização, foi possível obter um molde com a reprodução fiel dos elementos preparados, o que permitiu ao protético realizar um trabalho de excelência (Figura 9).



Figura 9. Vista aproximada do molde, evidenciando a cópia fiel dos elementos preparados.

Após os procedimentos de preparos e moldagem, os provisórios foram confeccionados com resina bisacrílica na cor A1 (Structur 2 SC, Voco). O guia de silicone para o enceramento estético foi preenchido com a resina bisacrílica e posicionado por 4 minutos sobre os dentes preparados para a polimerização inicial. Após a remoção do guia, os procedimentos de acabamento e polimento foram realizados e não houve a necessidade de realizar a cimentação dos provisórios (Figura 10).



Figura 10. Provisórios finalizados.

As peças cerâmicas (Figura 11) foram confeccionadas pelo laboratório com o sistema cerâmico IPS E.max (Ivoclar, Vivadent). No primeiro momento da sessão de cimentação, as peças posicionadas no modelo de trabalho foram analisadas quanto à adaptação, presença de excessos ou falta de material e presença de contornos adequados (Figura 12 e 13).



Figura 11. Restaurações cerâmicas.



Figura 12. Vista vestibular das peças cerâmicas adaptadas ao modelo de trabalho.



Figura 13. Vista palatina das peças cerâmicas adaptadas ao modelo de trabalho.

Os provisórios foram removidos e os dentes preparados foram limpos com microtuft, pedra-pomes e água. Em seguida, com os preparos secos, realizou a prova seca das lentes de contato para verificar a adaptação e os pontos de contatos interproximais. Com o intuito de otimizar o resultado estético das lentes de contato, a seleção da cor do cimento foi realizada através das pastas de prova ou *try in* (Variolink Veneer, Ivoclar, Vivadent) nas cores 0 e +1. Essas pastas têm o objetivo de auxiliar na seleção do cimento a ser utilizado aumentando a previsibilidade do sucesso das lentes de contato.

Após a checagem da adaptação e a seleção da cor do cimento na cor 0, iniciou-se a cimentação propriamente dita. A superfície interna das peças cerâmicas foi condicionada com ácido fluorídrico a 10% (FGM) por 20 segundos. Em seguida, as peças foram imersas em cuba ultrassônica com água destilada por 5 minutos e, posteriormente, condicionadas com ácido fosfórico a 37% durante 1 minuto. Com as peças limpas e secas, o silano Monobond N (Ivoclar Vivadent) foi aplicado e mantido durante 1 minuto sobre toda a superfície condicionada pelo ácido. A evaporação do solvente ocorreu com jatos de ar quente durante 20 segundos.

A sequência de cimentação das lentes, realizada sob isolamento absoluto modificado, foi iniciada pelos incisivos centrais e seguida pelo incisivo lateral e canino do lado direito, finalizando com a mesma sequência do lado esquerdo. Após a proteção dos dentes adjacentes com matriz de poliéster, os preparos dentários foram condicionados com ácido fosfórico a 37% por 30 segundos e, em seguida, lavados e secados abundantemente. Aplicou-se o sistema adesivo (Excite F DSC, Ivoclar Vivadent) nos preparos, tendo em vista que não foi realizada a fotopolimerização nesse momento, para que não ocorresse interferência na adaptação das peças.

A seguir, uma camada do cimento fotopolimerizável (Variolink Veneer, Ivoclar Vivadent) na cor previamente selecionada foi inserida e espalhada por toda a face interna das peças e levadas em posição e pressionadas digitalmente para que ocorresse o extravasamento do cimento ao longo de todo o perímetro

da restauração. Esses excessos marginais foram removidos por meio de um pincel e os excessos proximais foram removidos com o fio dental. Por fim, realizou-se a fotoativação (fotopolimerizador Bluephase) durante 40 segundos em ambas as faces vestibular, palatina e proximais. Os demais excessos foram removidos com o auxílio de uma lâmina de bisturi nº12 e nas regiões proximais foram utilizadas tiras de lixa microcut. O acabamento e polimento da linha de cimentação das faces vestibular e palatina foram realizados com borrachas abrasivas. Com auxílio do papel carbono, os guias de lateralidade e protrusão e os contatos cêntricos foram checados e ajustados. O resultado final mostra a ótima integração da estética alcançada com as lentes de contato (Figura 14).



Figura 14. Aspecto final.

5. DISCUSSÃO

A odontologia passou por grandes mudanças ao longo do tempo onde houve um aprimoramento do conhecimento técnico e científico dos cirurgiões dentistas e também a melhoria dos materiais utilizados. Os pacientes não procuram mais o profissional apenas para sanar a dor, mas também para realização de procedimentos estéticos, por conta da globalização dos padrões de beleza. Esses padrões estéticos da sociedade atual incentiva a procura de tratamentos odontológicos para correções de imperfeições e exigem sorrisos mais bonitos e mais harmoniosos. (Câmara, 2006)

ADOLFI E ANDRADE (2008) afirmam em seu estudo que para um correto desenvolvimento da estética tanto de um dente unitário como de uma reabilitação, uma das ferramentas fundamentais usada para guia-los é o checklist estético. Para MONDELLI (2003) em qualquer tratamento odontológico que esteja envolvido com objetivos estéticos, a análise do sorriso é uma das principais etapas para o diagnóstico, planejamento, tratamento e prognóstico. Ele ainda afirma que em uma análise formal da estética dentárias e facial, o ponto mais importante é a utilização de parâmetros clínicos, sendo que o exame não deve ser baseado apenas em radiografias e fotos do paciente, enfatizando que é importante padronizar os registros clínicos para que eles sejam mais confiáveis.

Parâmetros matemáticos governam a estética dental e, quando aplicados tanto pelo clínico quanto pelo laboratório pode-se atingir a excelência no padrão estético. As regras geométricas não são imutáveis e devem servir como um guia para restabelecer a estética (Ahmad, 1998)

6. CONCLUSÃO

Sabe-se que o alcance da beleza e harmonia do sorriso deve estar apoiado em critérios científicos, e lançar mão de ferramentas capazes de guiar a reconstrução funcional e estética como o checklist estético, é estar atento aos detalhes que fazem a diferença. A subjetividade e individualidade de cada paciente são tão importantes quantos os fatores já mencionados e devem, portanto, compor o diagnóstico e planejamento. A indicação de laminados cerâmicos é bastante vasta, porém cabe ao profissional o bom senso de levá-las ou não à execução em determinados casos clínicos. As restaurações indiretas de porcelana são notoriamente possuidoras de grande estética e biocompatibilidade, compatíveis com os sextantes bucais que mais exigem neste quesito, e quando bem executadas, proporcionam um sorriso bastante harmonioso e agradável ao final do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Adolfi D, Andrade OS. Importância de um checklist para o desenvolvimento estético dos dentes anteriores. Livraria Santos editora Ltda, São Paulo. p. 31-39.
2. Ahmad, I. Geometric considerations in anterior dental aesthetics: restorative principles. Pract Periodontics Aesthet Dent 1998 Sep;10(7):813-22; quiz 24.
3. Almeida R, Almeida C, Nunes JA, Barahona MI, Rodrigues A. Correção de malposição dentária anterior com recurso a coroas em cerâmica pura. Saúde Oral, 2010.
4. Andrews LF. Straight-Wire: the concept and appliance. San Diego: Wells; 1989.
5. Bottino MA, Faria R, Valandro LF. Percepção: facetas laminadas cerâmicas. São Paulo: Artes Médicas, 2009.
6. Calamia JR, Calamia C S. Porcelain laminate veneers: reasons for 25 years of success. Dent Clin N Am. v.51, p.399-417, 2007.
7. Câmara, C. Estética em Ortodontia: diagramas de referências estéticas dentárias (DRED) e faciais (DREF). Ver. Dental Press Orod. Ortop Facial. 11(6):130-56. nov/dez 2006.
8. Davis, N. C. Smile design. Dent. Clin. North Am., Philadelphia, v. 51, p. 299-318, 2007.
9. Deves C. Avaliação técnica de restaurações cerâmicas minimamente invasivas: Revisão de literatura. [monografia], Passo Fundo: Curso de Especialização em Dentística - Centro de Estudos Odontológico Meridional, Faculdade Meridional; 2012.
10. Fradeani M. Análise Estética, Reabilitação estética em Prótese Fixa. Ed. Quintesse, 2006.
11. Goldstein RE. A estética em Odontologia. Ed. Livraria Santos, 2a. ed, 2000.
12. Gonzalez M R et al. Falhas em restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos. Rev. Bras. Odont. v.68, n.2, p.283-43, 2011.

13. Hekkert P. Design aesthetics: principles of pleasure in design. *Psychology Science*, v.48, n.2, p.157-172, 2006.
14. Joly JC, Mesquita PFC, Silva Rc. Reconstrução tecidual estética, capítulo Princípios estéticos e planejamento reverso. Editora Artes médicas, 2010.
15. Magne P, Belser U. Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior. Uma abordagem biomimética. São Paulo: Quintessence; 2003.
16. Mondelli, J. Estética e Cosmética em Clínica Integrada Restauradora. Quintessense Editora Ltda, 2003.
17. Puppin FA. Avaliação quantitativa de medidas dento-faciais relacionadas à altura da linha do sorriso. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
18. Seixas M R, Costa-Pinho R A, Araujo TM. CheckList dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. *Dent Press J Orthod*. V.16, n.2, p.131-57, 2011.