



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

THABATA DOMINGUES XAVIER

**PLANEJAMENTO ESTÉTICO EM DENTÍSTICA  
RESTAURADORA E REABILITADORA: REVISÃO DE  
LITERATURA**

---

Londrina  
2013

THABATA DOMINGUES XAVIER

**PLANEJAMENTO ESTÉTICO EM DENTÍSTICA  
RESTAURADORA E REABILITADORA: REVISÃO DE  
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Sene.

Londrina  
2013

THABATA DOMINGUES XAVIER

**PLANEJAMENTO ESTÉTICO EM DENTÍSTICA  
RESTAURADORA E REABILITADORA: REVISÃO DE  
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade Estadual de Londrina, como  
requisito parcial para a conclusão do Curso de  
Graduação em Odontologia.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr.  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Componente da Banca  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Componente da Banca  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Dedico este trabalho a minha mãe  
Maria Rocha por ter sido minha  
inspiração, suporte e melhor amiga em  
todo tempo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus em primeiro lugar, por sua amizade e amor por mim.

Ao meu orientador, professor Dr. Fabio Sene, um obrigado especial, pela sinceridade, ensinamentos, preocupação e estímulo na realização deste trabalho.

Agradeço à minha família, especialmente à minha mãe e ao meu irmão, pelo amor, carinho, dedicação e exemplo em todos os momentos de minha vida e por ter me dado a grande oportunidade de concretizar este sonho.

Aos meus sobrinhos Lucas, João e Davi, simplesmente por eles existirem e alegrarem os meus dias.

Gostaria de agradecer também aos meus amigos Natália, Caroline, Camila e Pedro, pelo companheirismo e lealdade.

Agradeço a minha dupla, amiga e irmã Renata, por estar sempre comigo nos momentos bons e ruins.

À família Gonçalves e Araujo, que sempre me acolheu como sua filha postíça.

Aos professores que desempenharam com dedicação as aulas ministradas, os ensinamentos de clínica, a paciência e a colaboração para minha formação.

Em especial, gostaria de agradecer ao professor Héliom Lino Leão Jr. por me conceder a honra de aceitar o convite para fazer parte da banca examinadora.

Aos funcionários da Universidade Estadual de Londrina que fizeram parte de minha vida acadêmica.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram na realização deste estudo e fizeram parte desta longa jornada: meu muito obrigado!

“Mil cairão ao teu lado, e dez mil à tua direita,  
mas não chegará a ti”

(Salmo 91.7)

XAVIER, Thabata Domingues. **Planejamento estético em dentística restauradora e reabilitadora: revisão de literatura**. 2013. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

## RESUMO

A odontologia estética encontra-se em mudanças contínuas em virtude do grande avanço na qualidade de seus materiais e das técnicas utilizadas, que levam a reprodução fiel das características naturais da estrutura dental, devolvendo não apenas a beleza para o sorriso do paciente, mas também considerando os aspectos biológicos e funcionais. Esse avanço faz com que a demanda por procedimentos altamente estéticos aumente cada vez mais, trazendo ao seu consultório um paciente com altas expectativas. Atualmente, o cirurgião-dentista possui diversas opções de planejamento disponíveis, entre eles, foram abordados o uso da fotografia, que pode ou não ser aliada ao uso do planejamento digital, o enceramento diagnóstico e a transferência dos padrões estéticos ideais para a boca do paciente por meio de *mock-ups*, todos eles acessíveis ao cirurgião-dentista. Essa revisão de literatura visou apresentar várias formas de planejamento em odontologia estética, reiterar a sua importância e demonstrar o quanto um profissional que planeja de maneira adequada e com riqueza de recursos pode, além de agradar seu paciente, obter um tratamento sem intercorrências e com maior preservação de estrutura dental sadia.

**Palavras chave:** Planejamento. Fotografia. DSD. Enceramento diagnóstico. *Mock-up*.

XAVIER, Thabata Domingues. **Aesthetic planning in restorative and rehabilitative dentistry: literature review**. 2013. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

### **ABSTRACT**

Cosmetic dentistry is in continuous change due to the significant progress in the quality of their materials and techniques, which lead to faithful reproduction of the natural tooth structure returning not only beauty to the smile of the patient, as well as considering the biological and functional. This advance makes the demand for highly esthetic procedures increases more and more, bringing a patient to your office with high expectations. Now a days the dentist has several planning options available , among them were addressed the use of photography, which may or not be combined with the use of digital planning , the diagnostic waxing and transfer the aesthetic standards ideal for the patient's mouth through mock- ups , all of them accessible to the dentist. This review wants to present various forms of planning in aesthetic dentistry reiterate its importance and demonstrate how a professional who plans the proper way and with a wealth of resources can besides pleasing your patient get treatment without complications and with greater preservation of healthy dental structure.

**Keywords:** Planning. Photography. DSD. Waxing diagnosis. *Mock-up*.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Efeito estético negativo causado por alteração de forma.....	19
Figura 2 – Fotografia pós tratamento, com a aplicação dos princípios estéticos. ....	19
Figura 3 – Efeito estético negativo causado por alteração de forma.....	19
Figura 4 – Fotografia pós tratamento, com a aplicação dos princípios estéticos ....	19
Figura 5 – Efeito estético negativo causado por alteração de forma.....	20
Figura 6 – Fotografia pós tratamento, com a aplicação dos princípios estéticos ....	20
Figura 7 – Percepção anatômica e mapeamento cromático .....	20
Figura 8 – Percepção anatômica e mapeamento cromático .....	20
Figura 9 – Escolha da cor .....	21
Figura 10 – Escolha da cor.....	21
Figura 11 – Escolha da cor.....	21
Figura 12 – Uso de grade para determinar a proporção de 1,0 para 1,618, alcançando a proporção áurea.....	21
Figura 13 – Fotografia com vista lateral direita.....	24
Figura 14 – Fotografia com vista frontal .....	24
Figura 15 – Fotografia com vista lateral esquerda .....	24
Figura 16 – Fotografia inicial .....	25
Figura 17 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes .....	25
Figura 18 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes .....	25
Figura 19 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes .....	25
Figura 20 – Fotografia inicial .....	26
Figura 21 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes .....	26
Figura 22 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes te .....	26
Figura 23 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes .....	26
Figura 24 – Programa para modificação de fotografias.....	27

Figura 25 – Modelo de trabalho.....	29
Figura 26 – Enceramento diagnóstico.....	29
Figura 27– Modelo de trabalho.....	30
Figura 28 – Enceramento diagnóstico.....	30
Figura 29 – Foto inicial do caso.....	33
Figura 30 – Desenho da situação inicial.....	33
Figura 31 – Comparação entre níveis gengivais .....	33
Figura 32 – Situação digital inicial .....	34
Figura 33 – Planejamento estético .....	34
Figura 34 – Planejamento final do caso .....	34
Figura 35 – Princípio da odontologia estética da convergência no longo eixo dos dentes .....	34
Figura 36 – Comparação entre futuro resultado e situação atual	
Figura 37 – Níveis gengivais – situação final .....	34
Figura 37 – Nível incisal – situação final .....	35
Figura 38 – Plano Incisal – situação final .....	35
Figura 39 – Aplicativo smile guide touch .....	36
Figura 40 – Aplicativo smile guide touch .....	36
Figura 41 – Aplicativo smile guide touch .....	36
Figura 42 – Aplicativo smile guide touch .....	36
Figura 43 – Fotografia inicial – vista aproximada .....	38
Figura 44 – Fotografia inicial do sorriso .....	38
Figura 45 – Modelo de trabalho.....	38
Figura 46 – Enceramento diagnóstico.....	38
Figura 47 – Confeção de <i>mock-up</i> .....	39
Figura 48 – Confeção de <i>mock-up</i> .....	39
Figura 49 – Enceramento diagnóstico cimentado provisoriamente na boca do paciente.....	39
Figura 50 – Enceramento diagnóstico cimentado provisoriamente na boca do paciente.....	39
Figura 51 – Foto final após confecção definitiva das restaurações em resina, composta após a aprovação do paciente .....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSD Digital Smile Design

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>16</b>
2.1	CONCEPÇÃO DO SORRISO IDEAL .....	16
2.2	ABORDAGEM INICIAL .....	20
2.3	FOTOGRAFIAS DIGITAIS .....	22
2.4	MODELO DE ESTUDO E ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO .....	25
2.5	SIMULAÇÃO DIGITAL .....	27
2.6	<i>MOCK-UP</i> .....	33
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas cinco décadas, o aparecimento de novos materiais e tecnologias trouxe consigo a promessa de uma nova era para a odontologia restauradora e reabilitadora do século XXI e, com isso, o aparecimento e desenvolvimento da odontologia estética (TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Segundo Baratieri *et al.* (1995, p. 68)

Com a crescente informação e conscientização, os pacientes passaram a exigir soluções estéticas para reaver a naturalidade de uma condição inicial perdida ou corrigir alterações de cor, textura, forma, tamanho e posição, obtendo um resultado final natural e harmônico.

O conceito de estética é subjetivo e muito particular, variando de acordo com a cultura da população. Assim, o que é considerado bonito para determinada população pode não ser para outra (BARATIERI *et al.*, 1995).

Segundo o Dicionário Michaelis de Língua Portuguesa (2008, pg 71) *estética* é: "O estudo que determina o caráter do belo nas produções naturais e artísticas". Este conceito do que é belo ou estético não forma um conceito imutável, o famoso "gosto" é particular e varia de indivíduo para indivíduo. Entretanto, um sorriso esteticamente agradável não passa despercebido aos olhos dos mais leigos, àqueles em que nada conhecem a respeito dos princípios dos quais resultam na concepção de um sorriso ideal.

É importante salientar que a realização de restaurações fundamentadas em preceitos estéticos auxilia, sobremaneira, na obtenção de um sorriso agradável, capaz de devolver a autoestima ao paciente (GOES, 2004). Conseqüentemente, os profissionais da odontologia necessitam conhecer os critérios para apreciação e confecção do belo, tais como forma, simetria, proporção áurea, alinhamento e textura de superfície (HIRATA *et al.*, 1999)

Partindo do pressuposto que o cirurgião-dentista possui conhecimentos suficientes para realizar a execução de procedimentos altamente estéticos, esse profissional percorrerá ainda um longo e importante caminho, planejando devidamente o caso à ser executado, pois nenhum tipo de tratamento poderá ter êxito sem o estabelecimento de um correto diagnóstico e adequado planejamento (BARATIERI *et al.* 1995, p. 123 ).

O planejamento em odontologia estética requer do cirurgião-dentista conhecimentos abrangentes acerca de todas as áreas da odontologia para que, assim, possa-se visualizar o paciente como um ser integral, oferecendo a ele um tratamento eficiente a longo prazo ao mesmo tempo em que são devolvidas estética, função e saúde.

A pré-visualização do resultado final permite, ao profissional, facilitar a elaboração do plano de tratamento reabilitador de maneira a corresponder às expectativas estéticas e funcionais do paciente, além de promover uma prévia do trabalho final, e, para tal, existem diversas técnicas.

Existem métodos que podem facilitar a visualização das possíveis mudanças que serão realizadas. O primeiro deles é a apresentação, ao paciente, de fotografias tiradas antes e depois de trabalhos já confeccionados pelo cirurgião-dentista, em seguida, a realização das mudanças propostas ao paciente no modelo de estudo com o uso de *mock-ups* para levar esse trabalho até a boca do paciente e também o uso da simulação digital (WEISMAN, 1996).

Weisman (1996), em um estudo realizado, já no ano de 1996, entre profissionais da odontologia, considerou que o uso de fotografias de antes e depois de casos anteriores foi responsável por 50% da aprovação do paciente ao plano de tratamento.

Os modelos de estudo são considerados de grande importância na educação do paciente, ao explicar suas condições clínicas, o *design* que as restaurações terão e como se dará a evolução do plano de tratamento (RUDD, 1968). Se realizadas essas mudanças no modelo e apresentadas ao paciente, ele poderá dimensioná-las e visualizar como elas ocorrerão, dando, ainda, seu aval para que o tratamento siga.

O uso da guia de transferência fará a transição das modificações realizadas no modelo para o paciente, visando mostrar possíveis resultados decorrentes da alteração de forma e cor dos elementos dentários (MORLEY, 1999).

Goldstein (1998) acredita que as imagens digitais são aptas a mostrar tanto ao dentista quanto ao paciente, de maneira clara e objetiva, as mudanças desejadas a ser encontradas ao final do tratamento.

Este trabalho tem como objetivo apresentar algumas estratégias clínicas que visam facilitar o planejamento e execução das restaurações estéticas e reabilitadoras extensas, possibilitando, dessa forma, trabalhar com maior

previsibilidade de resultados e máxima preservação da estrutura dental. Para tanto, é importante e necessário realizar as modificações que se planeja fazer no sorriso do paciente com antecedência, em modelos de gesso, por meio de simulações digitais ou, ainda, realizar essas modificações de maneira reversível, para que o paciente compreenda e possa exteriorizar se as mudanças o agradariam ou não (MONDELLI *et al.*, 2006).

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 CONCEPÇÃO DO SORRISO IDEAL

Devido ao seu posicionamento no arco dental, os dentes anteriores desempenham um papel de grande relevância na análise estética do sorriso (HEINLEIN, 1980). Dessa maneira, qualquer alteração, seja ela de forma, tamanho ou número, é facilmente percebida pelo observador e gera um efeito estético negativo imediato, podendo afetar psicologicamente o indivíduo e as suas relações sociais (Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6) (MARINHO; BARRETTO; REGINA, 2011).

Quando se faz necessária a realização de restaurações em dentes anteriores devido à presença de cárie ou fratura, é comum valer-se da presença do dente análogo como referência para o restabelecimento estético do dente afetado. No entanto, diante da necessidade de reabilitações extensas, fez-se necessário a criação de mecanismos que auxiliassem o diagnóstico e planejamento dos procedimentos restauradores, a fim de que os resultados fossem satisfatórios, do ponto de vista da função e da estética (MARINHO; BARRETTO; REGINA, 2011).

Segundo Mondelli (2006), para que um sorriso possa ser considerado harmônico e estético, existe a necessidade de dentes com proporção estética (relação altura/largura da coroa), simetria, proporção áurea, bordas incisais dos dentes ântero-superiores seguindo a curvatura do lábio inferior e a presença de corredor bucal. A aparência estética é governada pela simetria, proporcionalidade e localização da linha média, a qual pode ser calculada e medida em relação à largura da boca.

Os princípios de criação de um sorriso ideal envolvem basicamente quatro fatores: a estética facial; a condição periodontal; os elementos microestéticos; os macroestéticos (BARATIERI *et al.*, 1995; SANZIO *et al.*, 2005; CARRILHO 2007; MOSKOWITZ, 2005). O plano de reabilitação estético deve englobar todos esses parâmetros e, por isso, deve-se recolher informações acerca da expressão facial, dos componentes musculares e da relação entre eles, juntamente com a aparência e a harmonia gengival (TEIXEIRA *et al.*, 2008).

A microestética envolve elementos intrínsecos à anatomia de cada dente. A caracterização cromática e de textura deve assemelhar-se, quanto possível,



à estrutura natural dos dentes, bem como permitir sua inserção harmoniosa na arcada dentária. O profissional deve estar apto a reconhecer os detalhes que dão a caracterização da estrutura dental de cada indivíduo e reproduzi-las com riqueza de detalhes, assim como realizar o mapeamento cromático do dente (Figuras 7 e 8) (BARATIERI *et al.*, 1995; MOSKOWITZ, 2005).

Na composição macroestética ideal, alguns princípios estéticos do sorriso foram definidos por Lombardi (1973) e Levin (1978), e, posteriormente, reavaliados por Snow (1999). São eles: simetria a partir da linha média; dominância anterior ou central; e proporção regressiva, objetivando a aquisição de parâmetros mais confiáveis na obtenção de resultados estéticos previsíveis nos casos de restabelecimentos restauradores extensos (BARATIERI *et al.*, 1995; KOKICH JR; KINZER, 2005; LATTA, 1998; MONDELLI, 2006.)

Na prática, esse último fato é demonstrado mediante o aumento progressivo do vão interincisivo da zona media para a zona lateral (MORLEY, 1999), por meio da área de conexão correta nos dentes anteriores segundo a regra de 50-40-30 (MORLEY, 1999 LAILA, 2005) e da inclinação axial em direção medial acompanhando a curvatura do lábio (KOKICH JR; KINZER, 2005; LAILA, 2005).

A esses fatores acresce a necessidade de gradação cromática progressiva com o distanciamento da linha média (LAILA,B. 2005). Assim sendo, a escolha da cor é um dos momentos mais importantes na sequência do tratamento, havendo, pois, a necessidade de realização de um trabalho minucioso (Figuras 9, 10 e 11). É importante, também, a avaliação do grau de exposição dentária por intermédio da normalização de parâmetros labiais máximos e mínimos, baseados em posições fonéticas e musculares, quantificando, assim, as relações e proporções estéticas de exposição dentária (KOKICH, 2005).

Em sorrisos harmoniosos existe uma proporção áurea entre a largura do sorriso, o segmento dentário anterior e o corredor bucal, assim como na largura dos dentes do segmento anterior (MONDELLI *et al* 2006.)

A proporção de 1,0 para 1,618 é representativa da harmonia verificada entre as duas partes desiguais (Figura 12), tendo sido o seu símbolo secreto o pentágono com sua estrela de cinco pontas, utilizada como representação geométrica da proporção áurea (MONDELLI *et al* 2006). Também foram estipuladas grades para facilitar o estabelecimento das proporções nos trabalhos estéticos restauradores (LEVIN, 1978).

A proporção divina se baseia no fato de que o conceito de beleza está intimamente associado à harmonia das proporções; a qual, por sua vez, é originada da noção de relacionamento, medida ou porcentagem. Isso implica na quantificação de normas que podem ser aplicadas a cada realidade física (MONDELLI, et al 2006). Aliados a esses fatores, devem ser considerados em conjunto a idade do paciente, o tamanho, a cor e o formato tanto do rosto quanto dos próprios dentes, pois, em odontologia estética, os aspectos relativos à cor, à morfologia e ao posicionamento dos dentes anteriores são particularmente importantes para se planejar corretamente o tratamento nessa área, na qual a aparência é o principal fator (MONDELLI et al 2006).

Todos esses parâmetros podem ser medidos, objetivados e, depois, aplicados em cada caso, para sistematizar o tratamento reabilitador estético (CARRILHO, 2007). Aliar esse fato à previsibilidade do resultado final, com a simulação em boca, facilita muito a reabilitação. Para esse propósito existem diversas técnicas descritas na literatura.

Figura 1 – Efeito estético negativo causado por alteração de forma



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 2 – Fotografia pós-tratamento, com a aplicação dos princípios estéticos



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 3 – Efeito estético negativo causado por alteração de forma



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 4 – Fotografia pós tratamento, com a aplicação dos princípios estéticos



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 5 – Efeito estético negativo causado por alteração de forma



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 6 – Fotografia pós tratamento, com a aplicação dos princípios estéticos



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 7 – Percepção anatômica e mapeamento cromático



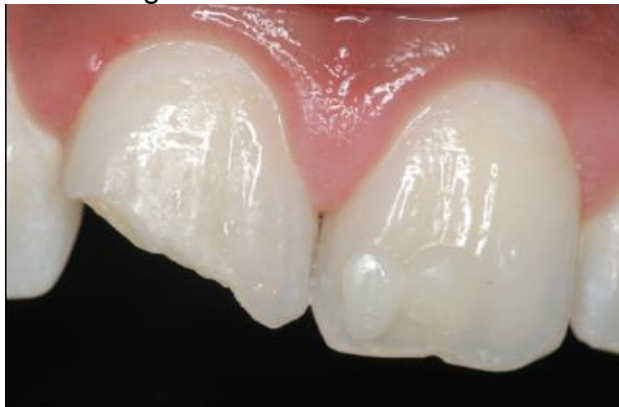
Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 8 – Percepção anatômica e mapeamento cromático



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 9 – Escolha da cor



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 10 – Escolha da cor



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 11 – Escolha da cor



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 12 – Uso de grade para determinar a proporção de 1,0 para 1,618, alcançando a proporção áurea



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

## 2.2 ABORDAGEM INICIAL

O primeiro contato com o paciente que procura um tratamento odontológico estético tem por finalidade compreender as necessidades primordiais desse paciente, isto é, entender qual é o principal problema que o incomoda. Assim, o profissional deve ouvir atentamente suas explicações, buscando definir a personalidade do paciente, o nível de expectativa e o grau de exigência com relação ao tratamento a ser realizado (FRADEANI, 2006).

Segundo Goldstein (1998), o objetivo da comunicação dentista/paciente é ajudar o paciente a antecipar a imagem do resultado em sua cabeça, aumentando as possibilidades de o paciente não só concordar com o plano de tratamento, mas também de ficar satisfeito com as mudanças que estarão por vir. Deve-se sempre dialogar com os pacientes para que, pelos oportunos esclarecimentos, um completo entendimento seja estabelecido. É muito importante que exista esse acordo, pois muitas vezes se modificará a aparência de um indivíduo, e isso exige uma série de cuidados (MONDELLI, et al 2006).

É importante, também, que seja feita uma sequência de procedimentos para se obter informações essenciais à elaboração de um planejamento estético individualizado, a começar por um exame clínico detalhado. Esse exame deve ser complementado com a requisição de radiografias, fotografias e modelos de estudo. Desse modo, o profissional deve compreender as necessidades primordiais do paciente, ouvir atentamente suas expectativas e anseios, para, então, definir sua personalidade, suas expectativas para o tratamento e o grau de exigência do paciente (MAGNE, 2003).

Muitos dentistas lidam com mudanças na aparência da face do paciente e, além das implicações físicas desse tipo de tratamento, deve-se levar em conta também os fatores psicológicos envolvidos. Devemos mensurar não apenas os resultados que gostaríamos de alcançar, mas também as causas, motivações e desejos que levaram o paciente a procurar o tratamento estético (GOLDSTEIN, 1998)

A grande prioridade do dentista deverá ser instruir o paciente a respeito das técnicas e filosofia da prática odontológica estética. Quanto mais

entendimento os pacientes tiverem sobre os seus problemas dentais e as soluções em potencial, mais fácil será um futuro encontro e, enfim, dar seguimento ao tratamento.

Existem pacientes que não conseguem se comunicar com o dentista e exteriorizar o que eles realmente desejam. Em alguns casos, eles próprios não sabem o que querem. É importante salientar, também, que o paciente pode mostrar uma imagem em que há exatamente o que quer, mas quando finalmente vê o resultado em sua boca, ele pode ser desapontador (GOLDSTEIN, 1998).

Outra consideração relevante é que nunca se deve prosseguir com o plano de tratamento até o dentista e seu paciente terem uma compreensão completa das mudanças proporcionadas pelo tratamento (GOLDSTEIN, 1998). Por isso, é de extrema importância que o paciente possa, de alguma maneira, visualizar os possíveis resultados de seu tratamento, o que será possível usando as técnicas abordadas a seguir.

É importante que o profissional tenha em mente que os pacientes são consumidores de um produto, o serviço odontológico, e, ao pagar por tal produto, esperarão que suas expectativas sejam atingidas ou até mesmo superadas. Portanto, os resultados do tratamento, juntamente com a satisfação do paciente quanto ao cirurgião-dentista, são fundamentais para que esse profissional possa sobreviver com sucesso nesse mercado de trabalho cada vez mais competitivo (RIMMER; MELLOR, 1996).

Dessa forma, observa-se que o melhor plano de tratamento é aquele que representa a opção mais adequada para determinado paciente, mediante o diagnóstico da condição de apresentação do caso e suas expectativas e desejos (NEWSOME e OWEN, 2003).

### 2.3 FOTOGRAFIAS DIGITAIS

Atualmente, por facilitar o diagnóstico, o prognóstico e o plano de tratamento, a documentação fotográfica, em termos de importância, é comparada, na nossa profissão à introdução das resinas compostas fotopolimerizadas ou à introdução do motor de alta rotação (FACCIROLI; FEITOSA; CALIXTO, 2012).

As imagens são extremamente úteis para facilitar a explicação de diferentes opções de tratamento ao paciente. Servem como complemento,

facilitando o entendimento. A imagem possibilita ao paciente falar sobre suas impressões e desejos, sobre o futuro tratamento que será aplicado, e gera maior confiança (MLADENOVIĆ, 2010; MCDONNELL; NEWSOME, 2011).

As fotografias intrabucais de boa qualidade possibilitam ao paciente um acréscimo de confiança no serviço prestado. Se com essas fotografias forem feitas apresentações de trabalhos já executados em outros pacientes, ter-se-á maiores possibilidades de que o paciente aprove o tratamento proposto.

A obtenção de fotografias em diferentes ângulos pode auxiliar o profissional, na ausência do paciente, a analisar, com maior tranquilidade, os detalhes estéticos (GÜREL, 2003). Além do auxílio na montagem do plano de tratamento inicial, as fotografias podem ser úteis em diversas outras situações, pois são uma forma muito interessante de transmitir ao paciente informações sobre os problemas clínicos encontrados, podendo ampliar as imagens para uma melhor visualização (Figuras 13 a 24) (KINA *et al.*, 2006).

Figura 13 – Fotografia com vista lateral direita



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 14 – Fotografia com vista frontal



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 15 – Fotografia com vista lateral esquerda



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 16 – Fotografia inicial



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

Figura 17 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes



Figura 18 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

Figura 19 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene



Figura 20 – Fotografia inicial



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

Figura 21 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

Figura 22 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes



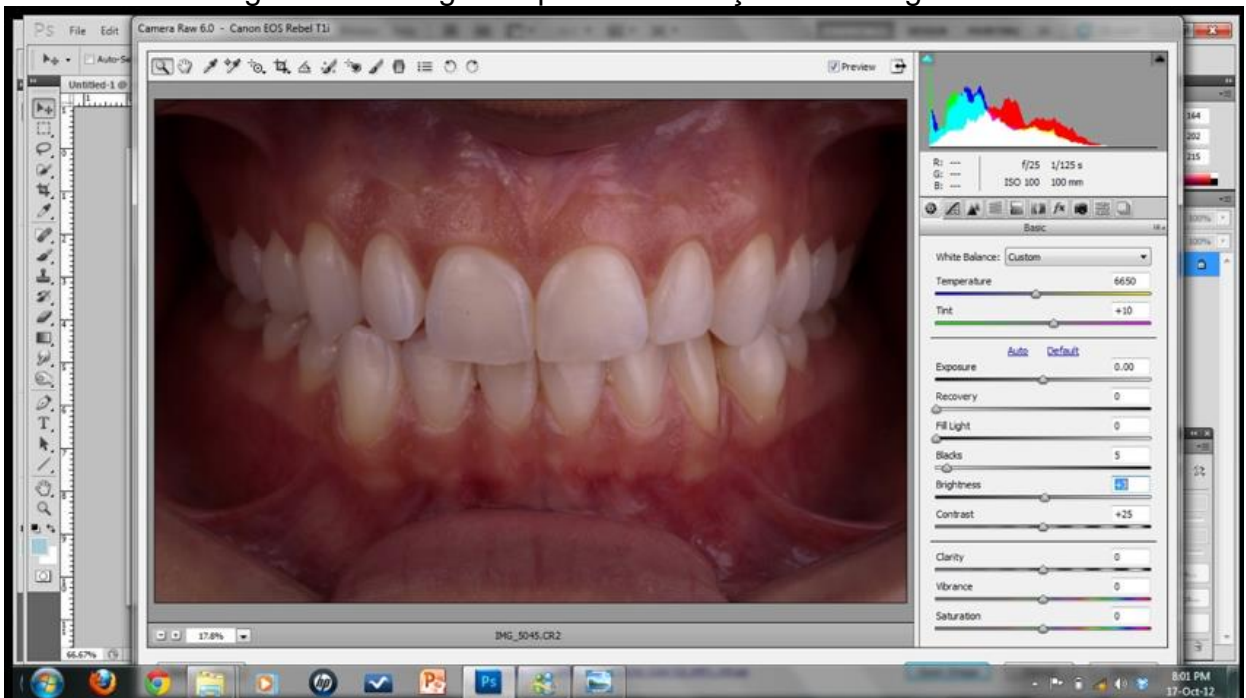
Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

Figura 23 – Fotografias com variação de luz e contraste para alcançar uma maior visibilidade de detalhes



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

Figura 24 – Programa para modificações de fotografias



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

#### 2.4 MODELO DE ESTUDO E ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO

O enceramento diagnóstico é uma ferramenta de grande importância dentro da odontologia no tratamento restaurador direto e indireto. Trata-se de uma reprodução em cera, realizada a partir de um modelo de estudo, e tem como finalidade observar em três dimensões a reprodução da forma final dos dentes, ajudar visualmente na realização do preparo dental e demonstrar ao paciente a forma final dos dentes, antes de iniciar o tratamento, obtendo a máxima previsão do resultado final (CALIXTO; BANDECA; ANDRADE, 2011). Sendo assim, o enceramento diagnóstico torna-se uma etapa fundamental para que se tenha previsibilidade e sucesso no resultado estético final (FRADEANI, 2006). A aprovação do paciente é essencial nessa etapa, para evitar a insatisfação, por parte do cliente, após a confecção das peças protéticas ou restaurações (KINA *et al.*, 2006).

A partir do enceramento realizado é possível executar um ensaio restaurador (*mock-up*) e confeccionar provisórios (diretos, com resina composta, ou indiretos, com resina acrílica/bis-acrílica) e peças definitivas (em cerâmica), seguindo o mesmo padrão de anatomia (CALIXTO; BANDECA; ANDRADE, 2011).

Segundo Behle (2000), o enceramento serve, também, de referência para a confecção dos provisórios após os preparos seletivos. Esses provisórios

podem vir prontos do laboratório (técnica indireta), devendo ser reembasados em boca, ou podem ser confeccionados de forma direta, com resina acrílica/bis-acrílica ou resina composta. É indiscutível a importância do enceramento diagnóstico para o planejamento de uma reabilitação oral ideal (BASSANTA, 1991; DIAS *et al.*, 1993 SHIRATA *et al.*, 1999; SHIROMA *et al.* 2007).

A relevância do enceramento diagnóstico associado a um planejamento integral para a obtenção de reabilitação oral ideal foi evidenciada por Bassanta (1992), que também atribuiu a essa técnica a função de ser guia e, ao mesmo tempo, servir de demonstração para o paciente do trabalho a ser executado e do provável prognóstico funcional e estético.

Com o enceramento diagnóstico, é possível prever a estabilidade oclusal, a liberdade de movimentos mandibulares e a ausência de interferências, fatores essenciais para o equilíbrio do aparelho estomatognático.

Habitualmente, o enceramento diagnóstico é realizado, em laboratório, pelo protético. Para tanto, o cirurgião-dentista molda a boca do paciente, procede ao vazamento resultante no modelo em gesso e executa a montagem em articulador. O protético, então, se encarrega de esculpir os espaços edêntulos ou completar dentes desgastados ou quebrados (GUILHERME; POMPEU, 2004).

No enceramento diagnóstico convencional, os dentes são esculpidos um a um, em processo quase artesanal, e possuem um preço adicional para o paciente, que varia de 25 a 50 reais por elemento dentário.

Existe no mercado, ainda, materiais que permitem que os dentes sejam moldados em fôrmas e, por sua vez, não requerem processo tão complexo de escultura da superfície oclusal. Contudo, exigem uma série de adaptações que se constituem em um jogo de ajustes realizados por meio da lapidação do dente como um todo, o que, portanto, exige do cirurgião-dentista uma relação íntima com os princípios de oclusão para posicionamento dos dentes nos espaços edêntulos e com os movimentos mandibulares. Para esse tipo de produção, pode ser usado o kit industrializado Conformix, o qual é composto por quatro fôrmas: uma com dentes superiores anteriores direitos e esquerdos; uma com dentes inferiores anteriores direitos e esquerdos; uma com dentes superiores posteriores direitos e esquerdos; uma com dentes inferiores posteriores direitos e esquerdos (GUILHERME; POMPEU, 2004).

O uso do enceramento diagnóstico extrapola a fase de planejamento, uma vez que a sua relevância tem sido atestada, também, na fase de tratamento (Figuras 25, 26, 27 e 28) (MACHADO *et al.*, 1994).

Figura 25 – Modelo de trabalho

Figura 26 – Enceramento diagnóstico



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 27 – Modelo de trabalho

Figura 28 – Enceramento diagnóstico



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

## 2.5 SIMULAÇÃO DIGITAL

Quando a imagem digital foi descoberta na década de 1980, houveram melhoras espetaculares nos meios de comunicação, inclusive na comunicação entre paciente e dentista. Em um estudo clínico prospectivo realizado em 2000, houve a comprovação de que a simulação de imagens no computador marcou maiores índices de satisfação, por parte do paciente, do que com os métodos convencionais (PAPASOTIRIOU; NATHANSON; GOLDSTEIN, 2000).

A tecnologia já possibilitou às pessoas ver antecipadamente os possíveis resultados de cirurgias plásticas, cortes de cabelo, construções e reformas arquitetônicas, todas elas antes mesmo de saírem do papel, ou da tela do computador, para a realidade. Agora, uma novidade desponta nos consultórios odontológicos: a possibilidade de criar o desenho do sorriso antes de o paciente começar o tratamento com o seu dentista. Essa nova alternativa é, portanto, um boa maneira de se evitar tratamentos desastrosos e antiestéticos.

O planejamento digital do sorriso é mais uma evolução no campo da Odontologia, que segue em aperfeiçoamento constante tanto na parte da estética como na funcional e preventiva. Constitui-se em um planejamento individual, respeitando desejos, personalidade e características físicas de cada paciente. Ele poderá servir também como um excelente meio de comunicação entre o dentista e o laboratório de prótese, em uma próxima etapa, pois permitirá ao ceramista ter a visualização da face, do sorriso e do contorno de lábios do paciente, favorecendo a confecção de restaurações personalizadas (MAGNE, 2003).

Para chegar a esse resultado final, é necessário passar por algumas etapas que deverão ser feitas durante a consulta. Deverá ser realizada uma entrevista com o paciente, e a análise da face, fotos e até da tomografia tridimensional da face fazem parte desse processo inicial. As simulações vão sendo feitas no computador com um programa especial, mostrando os novos formatos que o sorriso pode ganhar. As escolhas do paciente são gravadas e, após esse processo, o sorriso escolhido é moldado em um protótipo de acrílico. Segue-se então para o *test drive* do sorriso, no qual o paciente terá a oportunidade de se olhar no espelho e decidir sobre o trabalho a ser executado, para evitar futuras frustrações. Com a aprovação do paciente, esse molde passa a ser utilizado para a orientação do dentista nos processos cirúrgicos e de tratamentos restauradores dos dentes (COACHMAN; CALAMITA; SCHAYDER, 2012).

O DSD (Digital Smile Design) é uma técnica simples, criada por Christian Coachman, que não exige equipamentos ou *softwares* sofisticados. Fotografias digitais básicas podem ser usadas, devendo, apenas, serem específicas para o programa, mas essas fotografias podem ser feitas com equipamentos simples. Segundo Coachman, criador da técnica, até mesmo um *iPhone*, da Apple, pode ser utilizado para isso. Um vídeo rápido da face do paciente também é importante para melhorar e complementar a análise fotográfica e potencializar o

resultado do protocolo DSD. As fotografias, realizadas previamente, são muito significativas nessa etapa do tratamento. (COACHMAN; CALAMITA, 2007).

Em uma etapa posterior, as fotos serão trabalhadas no computador usando-se um *software* simples de apresentação de *slides* (COACHMAN; CALAMITA, 2007). Tanto o *PowerPoint 2012* quanto o *Keynote 09* podem ser usados. Esses *softwares* apresentam recursos de uma versatilidade impressionante, e são mais simples que muitos sistemas caros e complexos como o *Adobe Photoshop*, por exemplo. Desenvolvido pela Apple, o *Keynote* é um programa destinado à criação e à apresentação de *slides*, ele permite, além de aulas e apresentações de casos, a realização de planejamentos, quantificação de aumento de coroa clínica e simulações digitais, logo, é uma excelente ferramenta de comunicação e de previsibilidade de resultados, e, até mesmo, de *marketing* (APPLE STORE).<sup>1</sup>

O que diferencia o DSD dos outros procedimentos de odontologia estética é que, mediante as imagens do paciente, o dentista traça, no computador, o que seria o sorriso ideal para o caso específico de cada paciente, o qual pode desenhar, juntamente com o profissional de odontologia, o seu futuro sorriso.

O DSD é uma ferramenta conceitual multiuso que pode fortalecer a visão do diagnóstico, melhorando a comunicação e aumentando a previsibilidade ao longo do tratamento. Ela permite a análise cuidadosa das características faciais e dentárias do paciente, juntamente com todos os fatores críticos que podem ter sido esquecidos durante os processos de avaliação. O desenho de linhas de referência e formas somadas às fotografias digitais extra e intraoral, em uma sequência predeterminada, podem ampliar a visualização e expandir os horizontes do diagnóstico, ajudando a equipe a avaliar as limitações e fatores de risco de um determinado caso, incluídas, aí, as assimetrias, desarmonias e violações dos princípios estéticos (Figura de 29 a 38) (COACHMAN *et al.*, 2012).

A utilização de réguas digitais pode reproduzir as medidas reais das estruturas intraorais e, assim, estabelecer parâmetros a serem repetidos nas fases clínicas do tratamento. Na realidade, dentro de uma visão crítica e consideradas apenas aspectos meramente odontológicos, essa sequência de procedimentos já é conhecida e realizada há muitos anos. O que a diferencia e, talvez o mais

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://store.apple.com/br>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

importante, o que a viabiliza é o fato de que as imagens digitais conseguidas e combinadas com ferramentas também digitais podem ser reproduzidas matematicamente na vida real por um laboratório de prótese devidamente capacitado.

O próximo passo para avaliar a precisão do DSD e do enceramento de diagnóstico é criar um teste intraoral, por meio de um *mock-up* feito com Bis-Acril e uma muralha de silicone. Após a avaliação estética final e a aprovação do paciente, o tratamento pode seguir de forma controlada e previsível.

A gama de programas disponibilizados para dentistas tem aumentado bastante, em programas de busca, encontramos diversos aplicativos que visam facilitar o dia a dia do cirurgião-dentista, como é o caso do aplicativo Smile Guide Touch para *iPads*, lançado pela Apple na tentativa de auxiliar nas tarefas cotidianas dos dentistas. Esse interativo e intuitivo aplicativo, projetado para tornar mais fácil, para o dentista, determinar as preferências estéticas do paciente. Com um simples toque na tela, é possível modificar a forma e o comprimento dos dentes, guiar a evolução do projeto do sorriso e a criação de um modelo para a linha dos dentes, a forma e o sorriso.

É possível, também, adicionar o nome do paciente e a data de entrada, especificar os dentes que passarão pela intervenção e adicionadas instruções específicas de modificações do caso em questão, ou seja, qualquer coisa que possa ser útil na comunicação com o laboratório (Figuras de 39 a 42) (APPLE STORE).<sup>2</sup>

Figura 29 – Foto inicial do caso



Figura 30 – Desenho da situação inicial

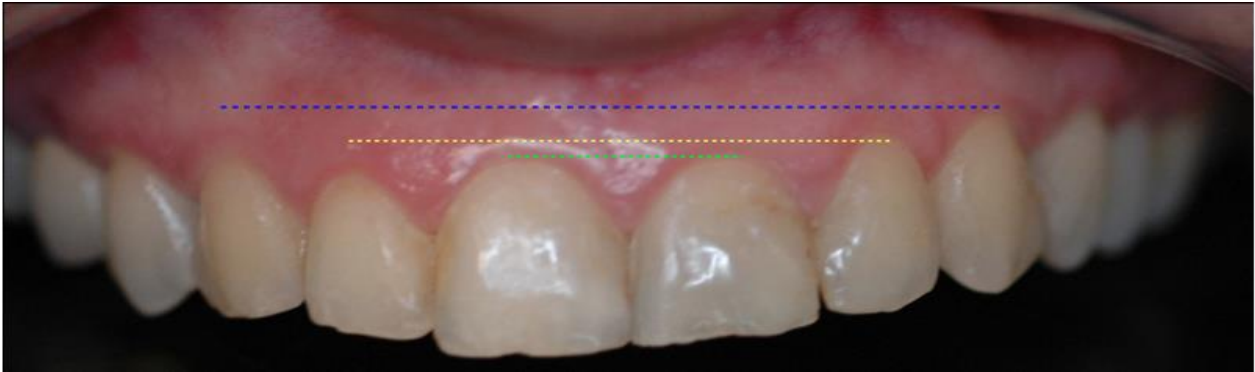


Fonte: Clínica Drº Adriano Abreu

<sup>2</sup> Disponível em: <<http://store.apple.com/br>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

Disponível em : <<http://www.odontologiaemfortaleza.com.br/odontologia-estetica/planejamento-digital-estetico-dsd/>> Acesso em 21 set. 2013

Figura 31 – Comparação entre níveis gengivais



Fonte: Clínica Drº Adriano Abreu

Figura 32 – Situação digital inicial

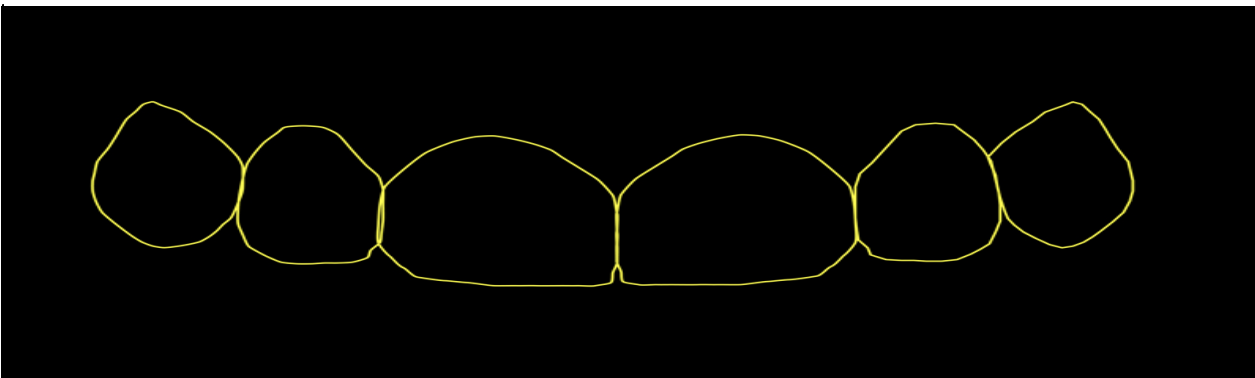


Figura 33 – Planejamento estético



Fonte: Clínica Drº Adriano Abreu

Figura 34 – Planejamento Final do caso



Fonte: Clínica Drº Adriano Abreu



Figura 35 – Princípio da odontologia estética da convergência no longo eixo entre dentes

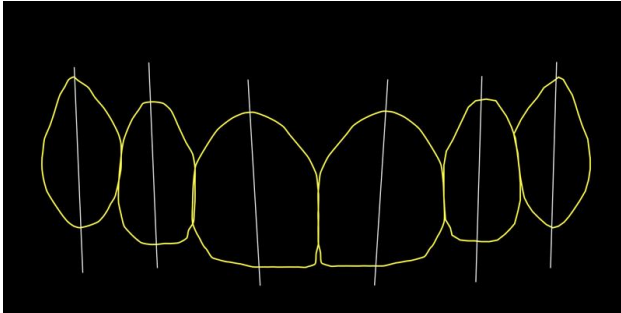
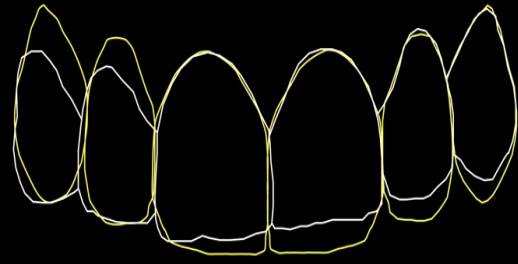


Figura 36 – Comparação entre futuro resultado e situação atual



Fonte: Clínica Drº Adriano Abreu

Figura 37 – Níveis Gengivais – situação final



Fonte: Clínica Drº Adriano Abreu

Figura 38 – Plano Incisal – situação final



Fonte: Clínica Dr° Adriano Abreu

Figura 39 – Smile guide touch



Fonte: site apple store

Figura 40 – Smile guide touch

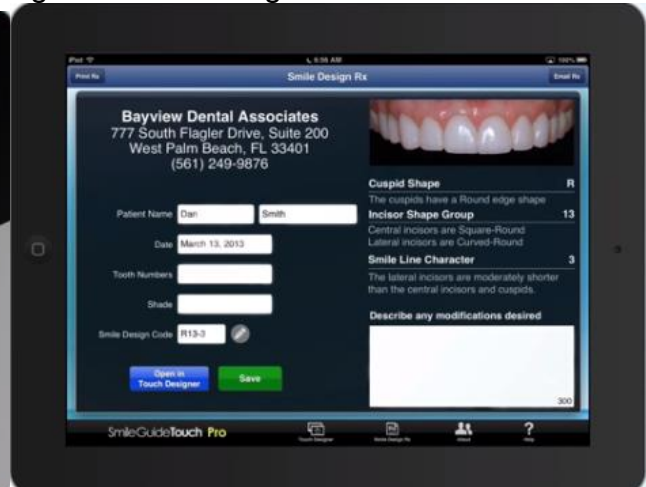


Fonte: site apple store

Figura 41 – Smile guide touch



Figura 42 – Smile guide touch



Fonte: site apple store

## 2.6 MOCK-UP

O *mock-up* dental permite ao dentista construir temporariamente novas faces em um dente já existente, pois não é fácil explicar ao paciente a perspectiva do dentista como operador, assim como para o paciente é complicado objetivar suas expectativas para o tratamento. Essa técnica permitirá uma avaliação feita pelo próprio paciente, que pode durar alguns dias ou mesmo meses, e é importante ressaltar que a técnica do *mock-up* é totalmente reversível.

Um ensaio restaurador (*mock-up*) intraoral permite, ao profissional, trabalhar com maior previsibilidade de resultados, e, conseqüentemente, com menor margem de erros em casos mais complexos. Quando há a necessidade de alteração da forma, comprimento ou posição do dente no arco, o ensaio pode ter grande valia para a visualização prévia do resultado final desejado (MAGNE, 2003).

A seguir, temos algumas vantagens em se trabalhar com *mock-ups*: não requer um *software* sofisticado ou imagem digital; requer tempo mínimo de cadeira para a criação do material; possui excelente adaptação imediata a superfície do dente, sem a necessidade de grandes ajustes; e o mais importante, o paciente pode experimentar fisicamente os resultados esperados (CHRISTENSEN, 2005).

Como passo inicial, deverá ser obtido um modelo em gesso da arcada em tratamento, onde será realizado um enceramento, seguindo as formas e proporções dentais planejadas como adequadas para o caso. O modelo pronto serve como uma ferramenta demonstrativa, dando ao paciente a oportunidade de visualizar os resultados futuros. O modelo encerado possibilita, ainda, a confecção de um guia de silicone, cuidadosamente planejado e confeccionado em cera na fase laboratorial, que auxiliará o profissional durante a etapa restauradora, uma vez que copia de forma fiel a superfície dos dentes (BOSELLI; PASCOTTO, 2007).

As peças cerâmicas definitivas devem ser confeccionadas acompanhando o formato do enceramento diagnóstico, seguindo todo o conceito de planejamento reverso com resultados previsíveis. Possíveis mudanças de anatomia feita nos provisórios (ou enceramento) devem ser comunicadas ao ceramista por intermédio de fotografias ou moldagem. Com isso, os trabalhos terão a nova anatomia determinada e serão evitadas surpresas desagradáveis para o paciente no resultado final (Figuras de 43 a 49) (VERDE *et al.*, 2011).

Figura 43 – Fotografia inicial – vista aproximada



Figura 44 – Fotografia inicial do sorriso



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Drº Fabio Sene

Figura 45 – Modelo de trabalho

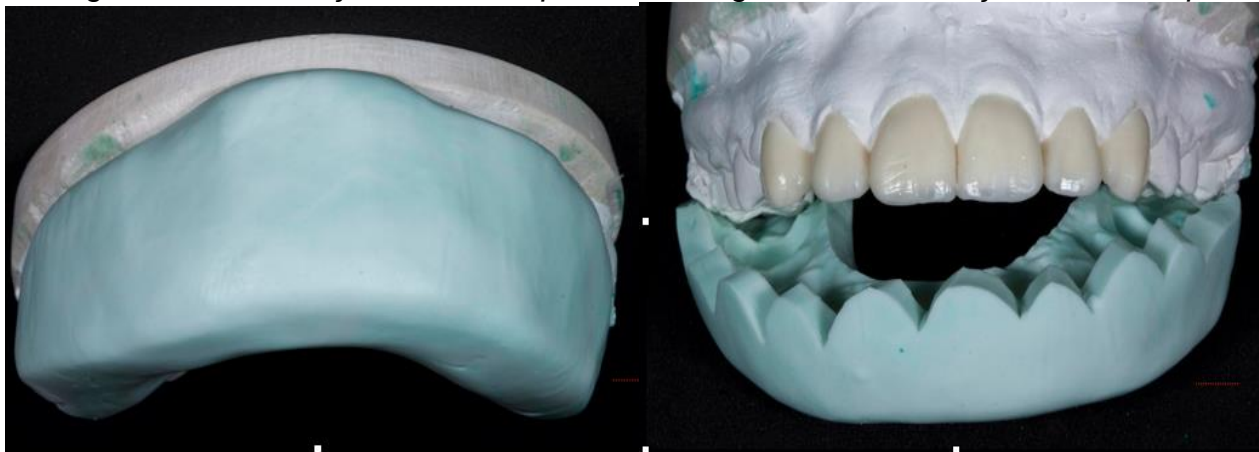
Figura 46 – Enceramento diagnóstico



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

Figura 47 – Confecção do *mock-up*

Figura 48 – Confecção do *mock-up*



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

Figura 49 – Enceramento diagnóstico cimentado provisoriamente na boca do paciente

Figura 50 – Enceramento diagnóstico cimentado provisoriamente na boca do paciente



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

Figura 51 – Foto final após confecção definitiva das restaurações em resina composta após aprovação do paciente



Fonte: Imagens cedidas pelo prof Dr° Fabio Sene

## CONCLUSÃO

Este trabalho teve a intenção de enfatizar a importância do planejamento em odontologia e apresentar técnicas para tal. Técnicas que possibilitem ao profissional planejar com uma visão integral do paciente, criando uma interseção entre as diferentes especialidades da odontologia, com o intuito de atingir o objetivo final, isto é, o de reestabelecer a saúde bucal e a satisfação do indivíduo, contribuindo para o aumento de sua autoestima e bem-estar físico e mental.

Concluimos então que, para ter diferenciais profissionais, é necessário que se busque o aperfeiçoamento e investimentos na formação técnica, além de um bom planejamento.

## REFERÊNCIAS

ABREU, A. Planejamento Digital Estético – DSD. Disponível em: <<http://www.odontologiaemfortaleza.com.br/odontologia-estetica/planejamento-digital-estetico-dsd/>>. Acesso em: 18/08/2013.

BARATIERI, L.N. *et al.* **Estética**: restaurações adesivas diretas em dentes anteriores fraturados. São Paulo: Editora Santos, 1995.

BASSANTA, A.D. A importância do enceramento de diagnóstico na reabilitação oral. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 49, n. 6, 1992.

BORTOLI JR., N. Enceramento de diagnóstico em implantes rosqueados osseointegrados: caso clínico. **Âmbito Odontológico**, v. 5, n. 29, p. 5-10, 1996.

BASSANTA, A.D. *et al.* A prótese provisória a partir do enceramento de diagnóstico. Disponível em: <<http://www.equipamentomedico.com.br.>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

BEHLE, C. Placement of direct composite veneers utilizing a silicone buildup guide and intraoral mock-up. **Practical Periodontics and Aesthetic Dentistry**, v. 12, n. 3, p. 66-259, 2000.

BOSELLI, G.; PASCOTTO, R.C. Incisivos Laterais Conóides: Diagnóstico, Planejamento e Tratamento Restaurador Direto. Dental press, p. 111–117, 2007.

CALIXTO, L.R.; BANDECA, M.C.; ANDRADE, M.F. de. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. Dental press, v. 8, n. 3, p. 26–34, 2011.

CARRILHO, E; PAULA, A. Reabilitações estéticas complexas baseadas na proporção áurea. **Rev Por Estomatol Cir Max**, v. 48, p. 43, 2007.

CHRISTENSEN, G.J. Important clinical uses for digital photography. **Journal of the American Dental Association (1939)**, v. 136, n. 1, p. 77-79, 2005.

COACHMAN, C.; CALAMITA, M. Digital Smile Design: A tool for treatment Planning and Communication in Esthetic Dentistry. **Dentistry today**, v. 26, n. 5, p. 100, 102, 104-105, 2007.

SCHAYDER, A. Digital smile design: uma ferramenta para planejamento e comunicação em odontologia estética. *Dental press*, p. 36-41, 2012.

COACHMAN, C. *et al.* **Smile Desing**: From Digital Treatment Planning Clinical Reality. [s.l.: s.n.], [s.d.].

DIAS, P.V. *et al.* Exame do paciente, diagnóstico e prognóstico relacionado com implantes osseointegrados e enceramento de diagnóstico. **Rev. Inst. Ciências Saúde**, v. 11, n. 1, p. 27-31, 1993.

FRADEANI, M. **Análise estética**: uma abordagem sistemática para o tratamento protético. São Paulo: Quintessence Editora Ltda., 2006.

GOES, G.S.F.O. **Relação entre as medidas da face e a largura dos dentes anteriores em pacientes de ambos os sexos**. 2004. 78f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Tiradentes, Aracaju, 2004.

GOLDSTEIN, R.E. **Esthetics in Dentistry**. [S.l.]: B.C. Decker, 1998. p. 470. v. 1 (*Principles, Communications, Treatment Methods*).

GUILHERME, J.; POMPEU, F. Técnica fácil e rápida de enceramento diagnóstico utilizada no atendimento odontológico público na Universidade Federal do Piauí – UFPI. *INTERNATIONAL JOURNAL OF DENTISTRY*, p. 1-4, 2004.

GÜREL, G. **The Science and Art of Porcelain Laminate Veneers**. Berlin: Quintessence Editora Ltda., 2003.

HEINLEIN, W.D. Anterior teeth: Esthetics and function. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 44, n. 4, p. 389-393, 1980.

HIRATA, R.; CARNIEL, C.Z. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: uma visão ampla. **JBC J Bras Clin Estét Odontol**, v. 3, n. 15, p. 7-17, 1999.



KINA, S.; HIGASHI, C.; GOMES, J.C.; ANDRADE, O.S.; HIRATA, R. Planejamento Estético em Dentes Anteriores. **Odontologia Estética: planejamento e técnica**. São Paulo: Artes Médicas Brasil, 2006. p. 139-154.

KOKICH JR., V.O.; KINZER, G.A. Managing congenitally missing lateral incisors. Part I: Canine substitution. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 17, n. 1, p. 5-10, 2005.

LAILA, B; HASHIM, H. An anterior tooth size comparison in unilateral and bilateral congenitally absent maxillary lateral incisors. **J Cont Dent Pract**, v. 6, p. 56-63, 2005.

LEVIN, E.I. Dental esthetics and the golden proportion. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 40, n. 3, p. 244-252, 1978.

LOMBARDI, R.E. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 29, p. 358-382, 1973.

MACHADO, M.A.C. *et al.* Enceramento de diagnóstico para um contorno anatômico. **Revista Paulista de Odontologia**, v. 16, n. 3, p. 18-30, 1994.

MARINHO, T; BARRETO, S; REGINA, S. Odontologia estética em proporção: revisão de literatura ilustrada. **Revista caderno de graduação – ciências bioógicas e médicas** . 2011

MAGNE, P; BELSER, U. **Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: uma abordagem biomimética**. São Paulo: Quintessence Editora Ltda., 2003.

MONDELLI, J. *et al.* Estética e cosmética em dentística restauradora **Atualização na clínica odontológica: a prática na clínica geral**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MORLEY, J. The role of cosmetic dentistry in restoring a youthful appearance. **JADA**, v. 13, n. 11, p. 66-72, 1999.

MOSKOWITZ, M.E. Determinants of dental esthetics: a rational for smile analysis and treatment. **Compend Contin Educ Dent**, v. 18, n. 12, p. 66-84, 1995.

NEWSOME, P.; OWEN, S. Ceramic veneers in general dental practice. Part 1: treatment planning, 2003.

PAPASOTIRIOU, O.S.; NATHANSON, D.; GOLDSTEIN, R.E. Computer imaging versus conventional esthetic consultation: a prospective clinical study. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 12, n. 2, p. 7-72, 2000.

RIMMER, S.E.; MELLOR, A.C. Patients' perceptions of esthetics and technical quality in crowns and fixed partial dentures., p. 155-162, 1996.

RUDD, K.D. Making diagnostic casts is not a waste of time. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 20, n. 2, p. 98-100, 1968.

SANZIO, M. *et al.* Harmonia entre o sorriso e a face **Estética com resinas compostas em dentes anteriores**: percepção, arte e naturalidade. São Paulo: Editora Santos, 2005. p. 15-23.

SHIRATA, O.C. *et al.* As influências dos determinantes da oclusão no enceramento de diagnóstico. **Odonto**, v. 7, n. 16, p. 46-50, 1999.

SHIROMA, E.; CASTILLO, D.B. Aplicação do enceramento diagnóstico na Dentística: relato de caso clínico. *In*: CONGRESSO SUL-MATO-GROSSENSE DE ODONTOLOGIA, 3., 2002, Campo Grande.

SNOW, S.R. Esthetic smile analysis of maxillary anterior tooth width: the golden percentage. **Journal of Esthetic Dentistry**, v. 11, n. 4, p. 84-177, 1999.

TEIXEIRA, L. *et al.* Planeamento Estético na Restauração Directa de Dentes Anteriores: Técnica de Simulação Semi-Directa. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 49, n. 4, p. 241–246, doi:10.1016/S1646-2890(08)70053-0, 2008.

WEISMAN, G. Before and after: a step beyond with cosmetic imaging. **Dent Prod Rep**, v. 10, p. 99-102, 1996.