

VISAGISMO: A ARTE DA PERSONALIZAÇÃO DO SORRISO.

VISAGISM: THE ART OF SMILE PERSONALIZATION.

Leandro CABRAL¹
Pedro Alipio de Almeida MONTEIRO¹
Maria Augusta RAMIRES²
Carlos Pereira LIMA³
Patrícia Manozzo KUNZ⁴

RESUMO

Houve uma evolução muito grande nas técnicas reabilitadoras e estéticas usadas pelos dentistas da atualidade, além da melhoria na qualidade e durabilidade dos materiais empregados nessas reabilitações. Esses fatores tornaram realidade a devolução da forma e da função dos dentes. No entanto, ainda existem fatores que desafiam a classe odontológica. Atingir a expectativa estética dos pacientes é um fator determinante no tratamento reabilitador. Com a desarmonia entre a personalidade do paciente e o sorriso, o resultado final pode não agradar, não atingindo a expectativa do tão sonhado sorriso. Para detectar o que há de errado, é necessário muito treino e sensibilidade da parte do cirurgião dentista, pois a origem da desarmonia pode ser muito pessoal e varia de paciente para paciente. Durante muito tempo, os dentistas vêm tentando encontrar a melhor maneira de harmonizar o conjunto e a forma dos dentes com a face do paciente como um todo, levando em consideração fatores importante como personalidade, idade e sexo. Muitas técnicas, idéias e conceitos foram aprimorados até que chegamos a uma nova concepção: o visagismo. Esse artigo tem como objetivo abordar um tratamento reabilitador, usando o conceito visagista, ou seja, visão do paciente como um todo. Tendo isso em mente, as restaurações influenciarão a maneira que a sociedade o enxergará, afetando a emoção, sentido, auto-estima e identidade após o tratamento, restituindo-lhe a qualidade de vida e um novo e belo sorriso.

PALAVRAS-CHAVE: visagismo; estética; personalização do sorriso

ABSTRACT

There was a very great evolution in the rehabilitation and aesthetic techniques used by the dentists of the present time, besides the improvement in the quality and durability of the materials used in these rehabilitations. These factors have made the return of tooth shape and function a reality. However, there are still factors that challenge the dental class. Achieving the aesthetic expectation of patients is a determining factor in rehabilitation treatment. With the disharmony between the patient's personality and the smile, the end result may not please, not reaching the expectation of the dreamed smile. To detect what is wrong, it takes a lot of training and sensitivity on the part of the dental surgeon, because the origin of the disharmony can be very personal and varies from patient to patient. For a long time, dentists have been trying to find the best way to harmonize the whole and the shape of the teeth with the face of the patient as a whole, taking into account important factors such as personality, age and sex. Many techniques, ideas and concepts have been improved until we come to a new conception: the visagismo. This article aims to approach a rehabilitation treatment, using the visagist concept, that is, the view of the patient as a whole. With this in mind, restorations will influence the way society will see it, affecting emotion, sense, self-esteem and identity after treatment, restoring quality of life and a new, beautiful smile.

KEY WORDS: aesthetics; smile customization

¹ Acadêmico do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR. Trabalho de conclusão de curso.

² Mestre em Odontologia pela PUC- PR.

³ Mestre em Prótese Dentária pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic - SP.

⁴ Especialista em Protese Dentária e Dentística Restauradora pela SOEPAR-PR

* Email para correspondência: apedroalipio@gmail.com; augustaramires@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Para entender o conceito visagista, é preciso primeiramente entender o que é estética. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa Michaelis, estética “trata-se da ciência das faculdades sensitivas que consiste na apreensão da beleza e das formas artísticas; julgamentos estéticos por parte dos seres humanos ao afirmarem que determinado objeto, artístico ou natural, desperta um sentimento universal de beleza; harmonia das formas, das cores e dos costumes”. Portanto, estética é a contemplação do belo, ou o conjunto de virtudes que propiciam intensa satisfação e deleite aos sentidos. Então, a interpretação da beleza é, na verdade, semelhante a uma sensação de prazer perante a observação de algo que lhe chamou a atenção. Essa sensação de prazer é muito particular de cada ser humano, sendo formada e lapidada a partir de costumes e valores particulares relacionados a experiências pessoais, gênero, valores sociais e raça. No entanto, o conceito do que é belo é fortemente influenciado pelo que a mídia impõe como sendo bonito.¹

A estética e o visagismo possuem uma estreita relação. No entanto, o visagismo vai além, pois é muito mais abrangente. Parte de conceitos que compõe outras linguagens. A linguagem visual, a estética corporal, o design, cores, formas proporcionais e simétricas, caracteres psicológicos, personalidade e características estruturais das variadas formas geométricas; tudo isso torna possível uma interpretação a partir de uma análise visual relacionada à imagem corporal humana.²

O visagismo deriva do francês *visage*, que significa rosto. Philip Hallawel, artista plástico e arte-educador trabalhou no desenvolvimento do conceito visagista, aperfeiçoando a idéia de que é a criação de uma visão pessoal única e personalizada, expressando o real sentido de ser de uma pessoa. As técnicas de aplicação desse conceito envolvem princípios da linguagem do mundo artístico em união com aspectos psicológicos, antropológicos, neurobiológicos e sociológicos. Esse conceito tornou possível a escolha de características emocionais e aspectos da personalidade que os pacientes gostariam de mostrar através do novo sorriso. Sendo assim, tornou-se possível projetar um sorriso que se harmonize não só com a aparência física, mas, também, com sua personalidade e anseios. Portanto, é preciso extrair dos pacientes seus traços de personalidade e seus reais desejos, para que essas projeções personalizadas possam ser traduzidas em dentes que se harmonizem no conjunto da tríade psicodentofacial.³

Atualmente, as reabilitações estéticas são na sua grande maioria feitas com laminados cerâmicos. Isso se deve ao fato de que as cerâmicas conseguem mimetizar a estrutura óptica do esmalte e da dentina, sem falar que as cerâmicas são biocompatíveis e tem longa durabilidade.⁴ Em consequência da grande evolução nas técnicas e materiais empregados na odontologia, hoje em dia é possível a confecção de laminados de espessura reduzida, visando restabelecer a função dentária com preparos minimamente invasivos, contribuindo para uma melhor estética.⁵ O uso de cerâmicas ultrafinas, quando bem indicadas, podem atingir altos índices de êxito clínico e alto grau de satisfação dos pacientes.⁶

Este trabalho tem como objetivo abordar um tratamento reabilitador com laminados e coroas cerâmicas, levando em consideração algo que vai além dos padrões de estética pré- concebidos: uma concepção visagista, ou seja, uma visão do paciente como um todo. Isso foi realizado através do relato de caso clínico em uma paciente de 41 anos leucoderma, que alegou estar insatisfeita com a estética do seu sorriso. Seu tratamento teve início em 25/08/2016 e concluiu-se em 08/12/2016, na clínica odontológica da Faculdade Herrero.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 41anos, leucoderma, compareceu na clínica da Faculdade Herrero no dia 25/08/2016. Foram solicitados radiografia panorâmica e levantamento periapical e realizados fotografias clínicas padrão. No exame físico e anamnese criteriosa, a paciente relatou insatisfação com sua estética dentária. O que mais a incomodava eram os “espaços entre os dentes”, além das coroas com

coloração diferente dos demais. Constatou-se durante o exame clínico a presença de diastemas entre os elementos 13,12, 11, 21, 22 e 23. Os elementos 11 e 22 tinham restaurações classe IV sem infiltrações marginais. O elemento 12 era uma coroa metalocerâmica sustentada por um núcleo metálico, sendo que ela apresentava diferença de cor facilmente detectável, além de seu término cervical estar supragengival, apresentando sombra escurecida na margem gengival, o que comprometia ainda mais sua estética. Na bateria anterior inferior observava-se apinhamento moderado entre os elementos 32, 31, 41, 42. Os elementos 31 e 42 possuíam restaurações classe IV, sendo o 41 uma coroa metal free sustentada por núcleo metálico (Figura 1: A, B, C e D).



Figura 1- A,B,C. Aspecto inicial da paciente antes da reabilitação; D. Aspecto inicial intrabucal; E. Raio x panorâmico; F. Levantamento periapical; G. Tomografia computadorizada volumétrica tipo Cone Bean.

Para elaboração de um plano de tratamento, foram realizadas moldagens de estudo com silicóna de condensação (Speedex®coltene). Os moldes foram vazados com gesso especial tipo IV (Esthetic Base®Dentona), para a confecção dos modelos de estudo e posterior enceramento diagnóstico. Com o protocolo fotográfico, modelos de estudo e informações detalhadas sobre a paciente, iniciamos o planejamento digital do sorriso (DSD) e enceramento diagnóstico. Optamos por restabelecer a função e a estética dela através de laminados cerâmicos ultrafinos dos elementos 15 ao 25, e, na parte inferior do 34 ao 44 e coroas cerâmicas metal free nos elementos 12 e 41, levando em consideração seus anseios, características físicas e caracteres de sua personalidade.

Na segunda sessão, a paciente trouxe os exames solicitados. No levantamento periapical observou-se que o núcleo dos elementos 41 e 12 estavam com o pino intracanal curto em relação ao conduto da raiz. Na radiografia do elemento 12, constatou-se que a parede vestibular intracanal estava muito delgada,

sugestivo de fratura radicular. Para confirmação de fratura, foi solicitada uma tomografia computadorizada volumétrica tipo Cone Beam, com reconstruções axial, panorâmica e transversal de maxila (Figura 1: E, F, G). Após análise do diagnóstico tomográfico e constatação de ausência de fratura radicular (Figura 1: G), optou-se em não remover os núcleos cimentados devido ao risco de fratura da mesma. Seguimos o plano de tratamento proposto preliminarmente de confecção de laminados cerâmicos nos elementos 15 ao 25 e 44 ao 34, sendo os elementos 12 e 41 coroas metal free, onde, mediante assinatura de aprovação da referida paciente em termo de consentimento, iniciou-se o tratamento.

Na terceira sessão, foram provadas as guias de mockup superior e inferior (Zetaplus®Zhermack), utilizando resina acrílica autopolimerizável na cor 60 (Dencôr®Clássico), fazendo o resfriamento da mesma com água em abundância, no momento da polimerização. Após completado o ciclo da resina, removemos as rebarbas e fizemos o acabamento final com brocas diamantadas. A paciente, ao contemplar o protótipo do novo sorriso, ficou impressionada (Figura 2: A, B, C).



Figura 2 – A. Instalação de mock up; B. Protótipo instalado em boca. C. Visualização do dos dentes em conjunto com a face.

É importante mencionar em como chegamos aos formatos dos dentes do enceramento diagnóstico. Como já mencionado, o objetivo do trabalho era a confecção de dentes personalizados, que se harmonizassem com a face e principalmente, que expressassem a personalidade da paciente. Durante as consultas, as características de personalidade, bem como desejos e expectativas foram cuidadosamente percebidos e anotados. Segundo Paulucci et al, as características de personalidade são refletidas nos formatos do nossos dentes, conforme pode-se observar na figura 3, e a proposta para a reabilitação oral para cada perfil psicológico pode ser observado na figura 4.



Figura 3. Desenho esquemático mostrando a morfologia dos dentes com seus respectivos perfis psicológicos³.

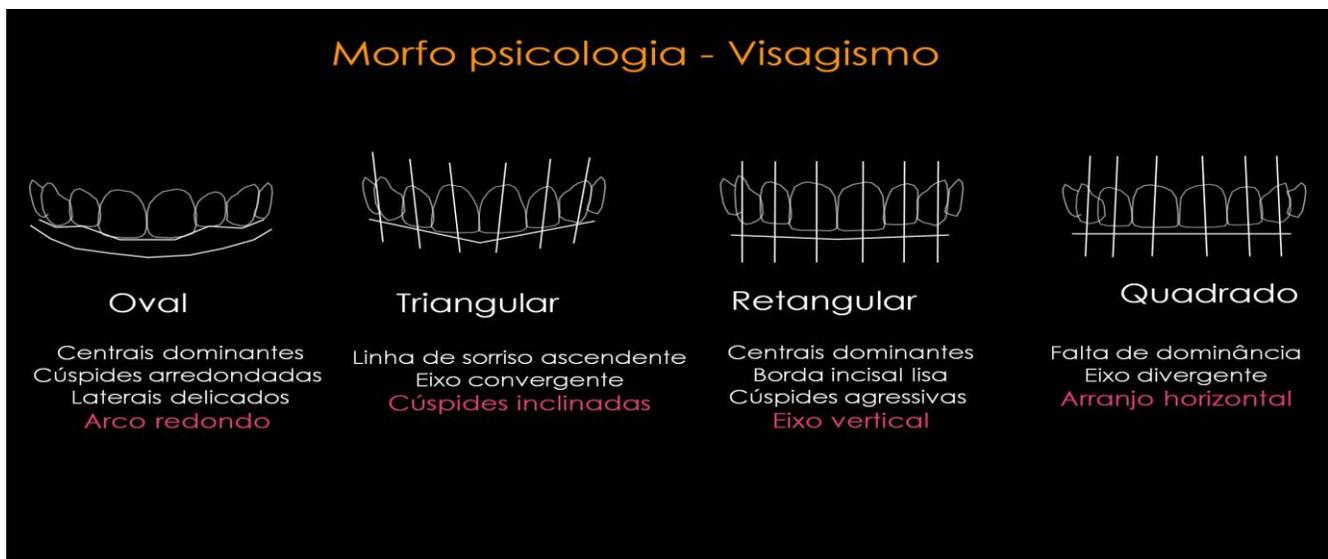


Figura 4. Desenho esquemático mostrando a proposta reabilitadora para cada tipo de perfil psicológico³.

Na quarta sessão removemos a resina acrílica do protótipo e iniciamos os preparos da bateria inferior. Começamos cortando a coroa do elemento 41 com uma broca 4138 (KG@Sorensen) e regularizamos o preparo. Posicionamos uma guia de desgaste (Zetaplus@zhermack) confeccionada a partir do enceramento diagnóstico para verificar a quantidade de desgaste necessário para o caso. A seguir, com uma broca 1016 (KG@Sorensen) realizamos um corte no terço médio do elemento 34 ao 44. Com uma lapiseira comum riscamos o interior do vale (0,4 mm) criado pelo desgaste. Com uma broca 1014 (KG@Sorensen) fizemos um recorte no formato de meia lua contornando toda a região de margem gengival e início das proximais, criando assim um chanferete cervical. Com uma tronco cônica 4138F (KG@Sorensen) ligamos o corte do terço médio ao recorte que realizamos em meia lua. Assim, obtivemos uma uniformidade de 0,4 mm a 0,7 mm no corpo e 0,2mm a 0,5mm na região cervical. A borda incisal foi reduzida cerca de 1 mm com a mesma broca de desgaste vestibular. Os desgastes laterais também foram

feitos com a 4138F (KG®Sorensen). Novamente a guia de desgaste (Zetaplus®Zhermack) foi posicionada para a verificação da necessidade de novos desgastes. Em seguida, fizemos o polimento dos preparos com uma 4138FF (KG®Sorensen) e borrachas de polimento.⁷ Na mesma sessão realizamos a moldagem inferior. Utilizamos a técnica de duplo fio retrator, portanto, inserimos primeiramente o fio retrator 000 (Ultrapack®Ultradent) com um agente hemostático (Hemostop®Dentsply). Inserimos o fio retrator 00 (Ultrapack®Ultradent) e fizemos a moldagem em passo duplo com silicona de adição (Virtual®Ivoclar Vivadent). Depois do molde finalizado, novamente instalamos o mockup (Zetaplus®Zhermack) com resina autopolimerizável (Dencor®Classico). A mesma sequência foi seguida para a realização dos preparos superiores (elementos 15 ao 25) e moldagem na quinta sessão. (Figura 5: A, B, C, D, E, F).

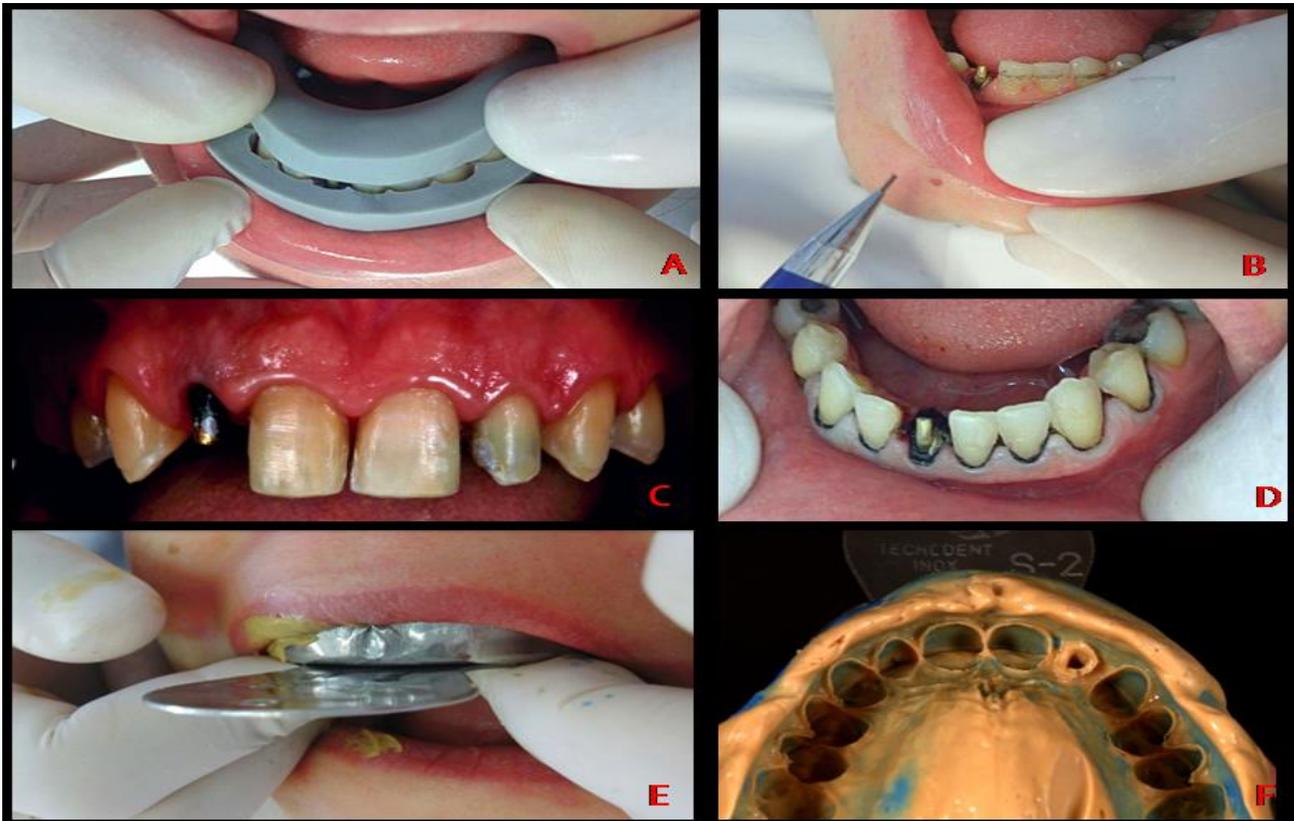


Figura 5 – **A.** Guia de desgaste provada em boca; **B.** Marcação feita com lapiseira no interior do vale confeccionado com a 1016, para auxiliar nos preparos; **C.** Aspecto dos dentes superiores após os preparos; **D.** Técnica de inserção do fio retrator duplo no sulco gengival para melhor afastamento; **E.** Moldagem feita em passo duplo com silicona de adição; **F.** Término dos preparos bem evidentes no molde.

Na sexta sessão, removemos a resina acrílica dos dentes. Com as peças protéticas inferiores prontas, provamos cada elemento com a pasta de prova try in (Allcem®FGM). Os laminados e as coroas foram confeccionadas com cerâmica feldspática (Creation®Willi Geller). Após verificação estética, aprovação da paciente e constatação que todos os elementos se adaptaram aos preparos, iniciamos a etapa da cimentação. A superfície interna dos laminados e das coroas foram condicionados com ácido fluorídrico a 10% (Condac®FGM) por 20 segundos. Após o condicionamento, lavamos abundantemente as peças, colocando, em seguida, ácido fosfórico a 37% (Condac®FGM) para remover os resíduos que permaneceram na cerâmica devido a decomposição superficial dos cristais de leucita. Novamente, lavamos abundantemente e, depois da secagem das peças, fizemos a silanização das cerâmicas (Monobond®IvoclarVivadent). Para a cimentação, lançamos mão do isolamento absoluto modificado, evitando assim a contaminação do campo operatório. Para a fixação do lençol de borracha (Lençol de borracha®Madeitex), utilizamos uma barreira gengival fotopolimerizável (TOP DAM BLUE®FGM). O

tratamento do substrato dental foi feito com ácido fosfórico a 37% (Condac®FGM) por 30 segundos, seguido de lavagem por 60 segundos. Em todas as peças cerâmicas adicionamos uma camada delgada de adesivo (Adper Scotchbond®3M ESPE). No substrato dentário, utilizamos uma camada de primer (Adper Scotchbond®3M ESPE). Em seguida, adesivamos os preparos (Adper Scotchbond®3M ESPE) com dupla camada. Para a cimentação foi utilizado cimento resinoso (Allcem®FGM) e fotoativação de 40 segundos por face em cada elemento (Figura 6: A, B, C, D, E, F).

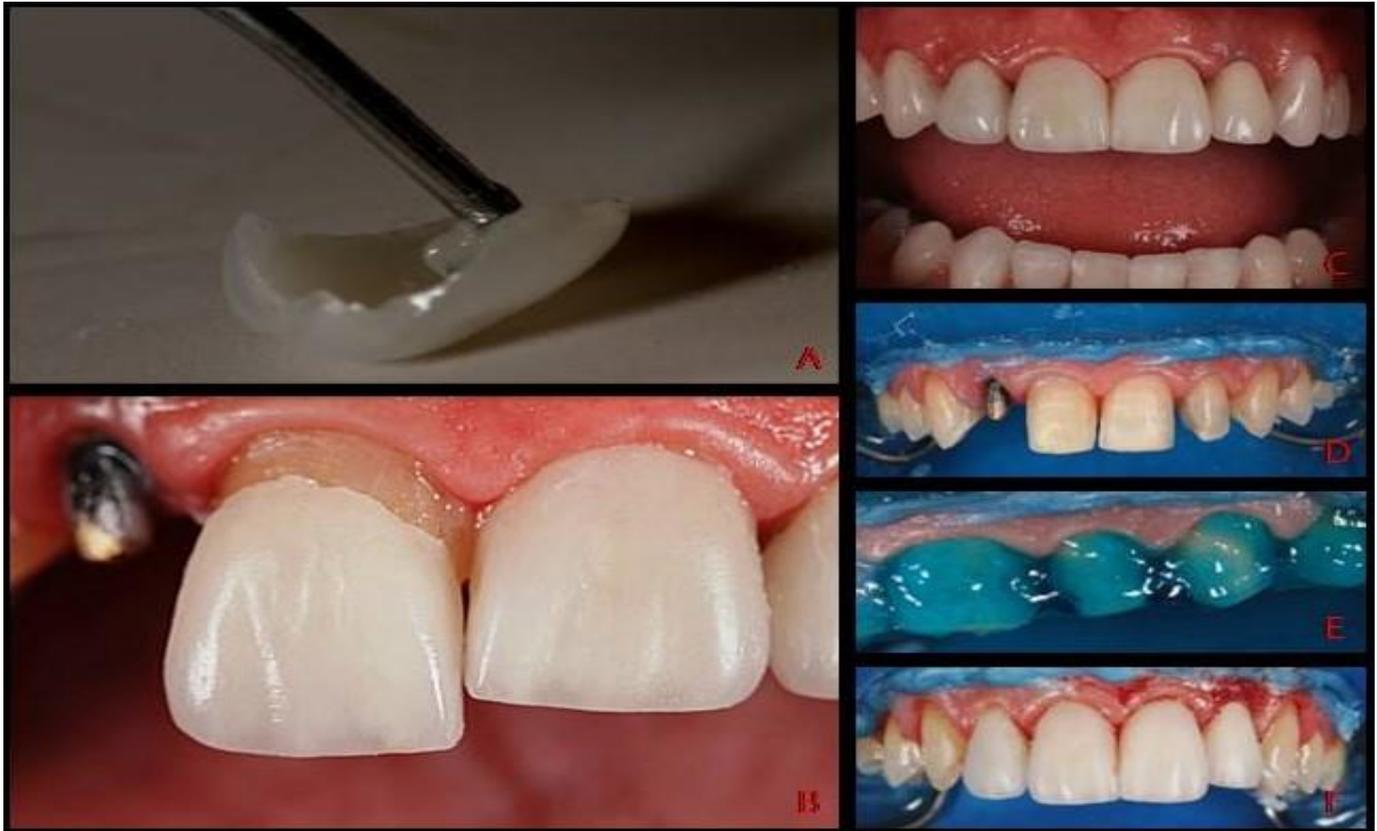


Figura 6 – A. Laminado cerâmico com pasta de prova try in; B. Laminados cerâmicos sendo provados em boca; C. Visualização dos laminados em conjunto para avaliação estética; D. Isolamento absoluto modificado para evitar a contaminação por saliva; E. Condicionamento da superfície de esmalte com ácido fosfórico a 37%; F. Início do protocolo de cimentação adesiva.

Na sétima sessão todo o processo de prova, condicionamento e cimentação foram repetidos na bateria superior. As figuras 7: A, B, C, D, E mostram como a tríade psicodentofacial contribuíram para a melhora da função mastigatória, estética e bem estar da paciente.



Figura 7 – A. Harmonia do sorriso demonstrada através dos laminados após a cimentação; B. A estética contribuiu muito para a auto estima da paciente conforme mostra a foto; C. Foto de rosto demonstrando a harmonia dentofacial; D. Aspecto inicial dos dentes antes do tratamento; E. Aspecto final dos dentes após reabilitação concluída.

3. DISCUSSÃO

O principal objetivo de um tratamento reabilitador estético visagista para o profissional da odontologia é restabelecer a função mastigatória e atingir as expectativas do paciente. O paciente, por sua vez, não foca tanto nos aspectos funcionais e cria uma expectativa da estética do seu novo sorriso. Cabral et al menciona que a estética se relaciona diretamente com a aceitação do indivíduo na sociedade, com aspectos psicológicos, aspectos culturais e auto-estima.⁸ Portanto, torna-se indispensável que o cirurgião dentista tenha sensibilidade para perceber o que realmente é importante para o paciente, antes mesmo de planejar o caso clínico. Esta afirmação corrobora com Madeira et al, que fala que o segredo do sucesso nas reabilitações é a incorporação dos anseios do indivíduo no desenho do sorriso, ou seja, imprimir sua identidade no formato dos dentes.⁹ Sendo assim, fica claro que tudo que envolve o sorriso e a expectativa do paciente deve ser criteriosamente percebido e anotado durante as sessões iniciais.

Soares et al e Gürel et al mencionam que para haver previsibilidade em um tratamento reabilitador estético, é essencial fazer uma análise estética detalhada.^{10,11} Souza et al diz que essa análise consiste em observar a macroestética: o corpo e a face; e a microestética: visão dos detalhes. Dessa forma, todas as informações colhidas através de fotos devem ser arquivadas para aplicação durante o planejamento visagista.¹²

Para Bottino et al e Gürel et al, durante a observação macroestética, é muito importante a análise das características faciais do paciente, pois sorriso e face devem ter harmonia entre si. Por meio dessa

análise, é possível traçar a linha mediana dental, observando o quanto ela diverge ou coincide com a linha mediana facial.^{13,14} Além da linha mediana, Souza et al ainda menciona que para auxiliar o planejamento, deve-se observar a face do paciente de perfil, além de traçar linhas horizontais: uma linha interpupilar e uma linha intercomissura labial, para possibilitar a observação das proporções faciais, alinhamento do plano oclusal, alterações da dimensão vertical, etc. Na sequência, durante a avaliação do sorriso, Souza et al menciona que os lábios funcionam como uma moldura para os dentes.¹² Portanto, conforme concordam os autores Barroso et al, Magne et al e Gürel et al, deve-se avaliar o conjunto e como os dentes se relacionam com os lábios.^{7,8,14,15} Para isso, observa-se o sorriso com a boca aberta e com os dentes cerrados, para que possam ser constatados posicionamento, tamanho das coroas e exposição dentária.^{7,16} Gilmore et al, ainda acrescenta que é importante identificar o quanto os dentes anteriores ficam expostos com os lábios em repouso.¹⁷

Bonfante et al e Souza et al mostram a importância da análise estética através de uma avaliação microestética, onde serão observados os dentes nos seus mínimos detalhes: cor, textura, tamanho, proporções, formato, etc.^{12,18} Souza et al ainda salienta a importância de observar desgastes incisais, caracterização, pontos de contato, corredor bucal, ameias incisais e perfil de emergência.¹²

Paolucci et al, mostra como os dentes influenciam na forma como os outros nos observam.³ Por ter função da comunicação verbal e não verbal, a região oral atrai a visão humana. Quando observada, a boca possui símbolos que são imediatamente processados no cérebro e entendidos de maneira inconsciente.^{19,20,21} Por isso, os autores Jung et al, LeDoux et al e Paolucci et al mencionam que na comunicação não verbal, os incisivos centrais ocupam uma posição de destaque, sendo, portanto, os mais importantes. Já os incisivos laterais transmitem emoções pessoais e caracteres intelectuais. Os caninos expressam agressividade, dinamismo e ambição.^{20,21,22} Paolucci et al complementa esse raciocínio mencionando os formatos de dentes (retangular, oval, quadrado e triangular) e o que cada forma representa. Linhas retas no sentido vertical transmitem força, masculinidade e poder. As linhas retas no sentido horizontal representam passividade, tranquilidade e equilíbrio. Linhas retas inclinadas transmitem dinamismo, alegria e movimento. Linhas curvas representam transição entre os planos vertical e horizontal e transmitem gentileza, feminilidade, delicadeza e sensualidade.³

Dentro da microestética, Caroli et al menciona que a última análise a ser feita é a estética rosa. Dessa maneira podemos prever possíveis black spaces e corrigir recessões gengivais.²³ Souza et al diz que antes de restabelecer a estética com laminados, temos que avaliar se o tecido periodontal está sadio e se a arquitetura gengival está dentro de um padrão estético aceitável. Caso contrário, será necessário uma cirurgia plástica periodontal, sendo ela de recobrimento ou aumento de coroa clínica.¹²

Para a execução de um tratamento reabilitador estético visagista, é fundamental que todas as etapas sejam rigorosamente respeitadas, em especial, a etapa do planejamento, pois assim o tratamento terá previsibilidade.²⁴ Através do protocolo fotográfico, modelos de estudo, exames radiográficos, análise criteriosa macroestética e microestética, o conceito visagista começa a se concretizar. Após encerramento diagnóstico baseado nas características pessoais do paciente, um ensaio restaurador é iniciado. Com um material provisório, todo o planejamento é transferido para a boca através de guias de mock-up. O protótipo do sorriso permanece nos dentes por alguns dias, para que o paciente possa se familiarizar com o novo sorriso e, assim, possa sugerir eventuais mudanças para melhorar o resultado final. O resultado estético alcançado com os laminados cerâmicos cimentados serão muito próximos do protótipo que o paciente aprovou.^{25,26,27}

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O visagismo é, sem dúvida, um conceito muito importante para a odontologia, pois visa a reconstrução de sorrisos personalizados utilizando a arte visual. Tem como objetivo projetar minuciosamente um sorriso que expresse a identidade do paciente, seu estilo de vida e sua personalidade. Dessa forma, a harmonia do sorriso será alcançada, atingindo ou até mesmo superando a expectativa do

paciente. Isso fará com que haja uma melhora na sua auto-estima e traga benefícios incalculáveis na sua vida em âmbito pessoal, familiar e social.

5. REFERÊNCIAS

1. Reis S, Abrão J. Análise facial subjetiva. R Dent Press Ortodon Ortop Facial. Ortodon Ortop Facial. 2006;11:159–72.
2. Nunes LAL. Visagismo: Imagem humana como meio de comunicação. Intercom: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. VI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul – Joinville-SC, 2015.
3. Paolucci B, Calamita M, Coachman C, Gürel G, Shayder A, Hallawell P. The Art of Dental Composition. Quintessence Dent Technol. 2012;187–201.
4. Amoroso AP, Ferreira MB, Torcato LB, Pellizzer EP, Mazaro JVQ, Gennari Filho H. Cerâmicas odontológicas: propriedades, indicações e considerações clínicas. Revista Odontológica de Araçatuba. 2012; 19-25.
5. Higashi C, Sakamoto Junior AS, Gomes GM, Calixto AL, Gomes OMM, Gomes, JC. Laminados cerâmicos minimamente invasivos. Full dent. Sci. 2012;4(13).166-175.
6. Andrade OS de, Romanini JC. Protocolo para laminados cerâmicos : Relato de um caso clínico. R Dent Press Estét. 2004; 1(1):9–19.
7. Magne P, Belser, UC. Novel porcelain laminate preparation approach driven by a diagnostic mock-up. Journal of Esthetic and restorative dentistry. 2004; 16(1): 7-16.
8. Cabral L, Lindolm RN, Cunha VM, Gorny Junior CL, Mello AMD, Mello FAS. Fechamento e diastema em incisivos laterais conóides: Relato de caso. RGS. 2016;14(2):28 – 32.
9. Madeira H, Nuno D, Martins J, Sánchez. Digital smile design: Planeamento E Execução. O Jornal Dentistry. 2015; 18–20.
10. Soares CJ, Martins LRM, Paulillo LAMS, Pfeifer JMGA. Facetas Laminadas em cerâmica : Alternativa estética em dentes anteriores. Jornal Brasileiro de Clinica Integrada. 2001;5(29).
11. Gürel, G. Predictable and precise tooth preparation techniques for porcelain laminate veneers in complex cases. Int Dent S. 2010; 9(1), 30-40.
12. Souza E, Mello G. Detalhes: Laminados Ceramicos e Lentes de Contato. 2016; 1, p. 640.
13. Bottino MA, Giannini V, Miyashita E, Quitas AF. Estética em prótese fixa sobre dentes naturais e implantes. Livro do ano da clinica odontológica brasileira. Artes Médicas. 2004; cap.1, p. 3-26.
14. Gürel G. Porcelain laminate veneers: minimal tooth preparation by design. Dental Clinics of North America. 2007;51,(2),419-431.
15. Barroso BG. Análise facial frontal e do sorriso Maximo por meio de fotografias padronizadas. Monografia – Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial. Curitiba: Curso de Pós-Graduação em Ortodontia e Ortopedia Facial, Universidade Federal do Paraná. 1999.
16. Mendes WB, Bonfante. Fundamentos de estética em odontologia. 1996; ed. 2, São Paulo, Editora Santos, p. 174.
17. Gilmore SL. Smile Design and esthetic treatment planning. J Colo Dent Assoc. 1997; 76(1): 20-3.
18. Bonfante G, Mendes WP, Pegoraro LF, Bonfante EA. Otimizando a estética em prótese fixa. Livro do ano da clinica odontológica brasileira. São Paulo: Artes Médicas. 2004; cap. 1, p. 3-26.
19. Hallawell P. Visagismo: Harmonia e Estética. São Paulo: Senac, 2003.
20. LeDoux J. The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. New York: Simon and Schuster, 1998.
21. Paolucci B. Gürel G, Coachman C, et al. Visagismo: A Arte de Personalizar o Desenho do Sorriso. São Paulo: Vm Cultural, 2011.
22. Jung CG. Man and His Symbols. New York: Dell, 1968.
23. Caroli A, Morreto SG, Nagase DY, Nóbrega AA, Oda M, Vieira GF. Avaliação do contorno gengival na estética do sorriso. Rev Inst Ciênc Saúde 2008; 26(2), 242-5.
24. Oliveira JR De, Filietaz R, Augusto F, Mello S De, Malluf A, Mello D De, et al. RGS. 2016;18:18–26.

25. Baratieri LN, Guimarães J. Laminados Cerâmicos. In: Baratieri LN et al. Soluções Clínicas: fundamentos e técnicas. 1ª ed. Santa Catarina: Ponto; 2008:314-71.
26. Higashi C, Reggiani RD, Kina S, Scopin O, Hirata R. Cerâmicas em Dentes Anteriores: Parte I – Indicações Clínicas dos Sistemas Cerâmicos. Revista Clínica. 2009;5(2).
27. Oliveira MBRG, Oliveira BRG, Cardoso PC. O choque da mudança frente ao tratamento reabilitador estético. JBD. Rev Íbero-Am Odontol Estét Dent. 2005;(4):216-20.