

Júlia Nunes Botelho
Luisa Nastari Nabas Silva
Pedro Victor Coelho Nunes

Princípios estéticos relacionados à dentística

Rio de Janeiro, RJ.
2024

Júlia Nunes Botelho
Luisa Nastari Nabas Silva
Pedro Victor Coelho Nunes

Princípios estéticos relacionados à dentística

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do
Grande Rio “Professor José de Souza
Herdy”, como parte dos requisitos
parciais para obtenção do grau de
bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Cauli Lima Capillé.

Rio de Janeiro, RJ.

2024

Júlia Nunes Botelho
Luisa Nastari Nabas Silva
Pedro Victor Coelho Nunes

Princípios estéticos relacionados à dentística

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do
Grande Rio “Professor José de Souza
Herdy”, como parte dos requisitos
parciais para obtenção do grau de
bacharel em Odontologia.

Aprovado em 26 de junho de 2024.

Banca Examinadora



Prof. Anna Paula Gonzaga Martins
Universidade do Grande Rio



Prof. Daniel Otero Amaral Vargas
Universidade do Grande Rio



Prof. Cauli Lima Capillé
Universidade do Grande Rio

RESUMO

Um sorriso encantador é capaz de transmitir saúde e confiança, causando uma boa impressão para aqueles que os cercam. É incontestável que a cavidade bucal impacta diretamente nas relações interpessoais e trabalhistas de cada ser, afetando sua autoestima e psicológico.

A partir disso, a busca por melhorias na aparência tornou-se constante, com o objetivo de adequar-se aos padrões atuais, trazendo a necessidade de profunda percepção das estruturas anatômicas naturais pelos dentistas, podendo melhor reproduzi-las. Também é fundamental que haja diálogo entre o profissional e o paciente, em buscar de alinhar suas expectativas, compreender seus desejos e promover satisfação durante e após as intervenções ansiadas.

É indispensável estabelecer parâmetros baseados em evidências científicas, nas quais é possível observar a grande magnitude dos princípios estéticos, que promovem resultados harmônicos e naturais, e que além da aparência, atuam em questões fisiológicas conforme as particularidades de cada indivíduo e a junção dentofacial.

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, que visa analisar o impacto da odontologia restauradora com base na exploração de artigos científicos selecionados por meio de sites como Google Acadêmico, PubMed e Scielo, empregando palavras-chave, como: “princípios estéticos”, “principles aesthetics”, “smile”, “dentística”, “odontologia restauradora”, “dentistry”, entre outras.

PALAVRAS-CHAVE: harmonia; estética; princípios estéticos; saúde; sorriso; odontologia restauradora.

ABSTRACT

A charming smile is capable of transmitting health and confidence, making a good impression on those around you. It is undeniable that the oral cavity directly impacts each person's interpersonal and work relationships, affecting their self-esteem and psychology.

Since then, the search for improvements in appearance has become constant, with the aim of adapting to current standards, bringing the need for a deep perception of natural anatomical structures by dentists, being able to better reproduce them. It is also essential that there is dialogue between the professional and the patient, in order to align their expectations, understand their desires and promote satisfaction during and after the desired interventions.

It is essential to establish parameters based on scientific evidence, in which it is possible to observe the great magnitude of aesthetic principles, which promote harmonious and natural results, and which, in addition to appearance, act on physiological issues according to the particularities of each individual and the combination of dental and facial.

This study is a literature review, which aims to analyze the impact of restorative dentistry based on the exploration of scientific articles selected through sites such as Google Scholar, PubMed and Scielo, using keywords such as: "aesthetic principles", "principles aesthetics", "smile", "dentistics", "restorative dentistry", "dentistry", among others.

KEY WORDS: harmony; aesthetics; aesthetic principles; health; smile; restorative dentistry.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1. Estética na odontologia	9
2.2. Princípios estéticos na odontologia	10
2.3. Face.....	12
2.4. Macroestética.....	12
2.4.1. Linha média.....	12
2.4.2. Linha interpupilar e plano incisal	13
2.4.3. Tipos de sorriso	14
2.4.4. Tipos de lábios	15
2.4.5. Exposição, contorno e zênite gengival	15
2.5. Dentes em grupo.....	16
2.5.1. Linha do sorriso	16
2.5.2. Inclinação axial.....	17
2.5.3. Proporção dentária.....	18
2.5.4. Corredor bucal.....	19
2.5.5. Ameias	19
2.6. Microestética.....	20
2.6.1. Anatomia dental	20
2.6.2. Tamanho e formato	21
2.6.3. Textura	22
2.6.4. Cor.....	22
2.7. Propriedades ópticas	23
2.7.1. Translucidez	23
2.7.2. Opalescência.....	23
2.7.3. Fluorescência	24
3. DISCUSSÃO	25
4. CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS	28
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA.....	33

1 INTRODUÇÃO

Em a “Crítica da faculdade do juízo” (Immanuel Kant¹ 1790) – “A estética é a ciência do belo, na medida em que este é pensado como uma qualidade sensível”, isso resume a ideia de que a estética é o estudo da beleza. Portanto, essas palavras nos convidam a adentrar no vasto e fascinante mundo da harmonia, um campo que se dedica à exploração e compreensão daquilo que encanta.¹

Desse modo, vale ressaltar que a sociedade atual enfrenta uma constante busca por melhorias na aparência, com intuito de assemelhar-se cada vez mais conservada e proporcional. Uma dentição estética afeta positivamente a vida profissional e gera grande impacto no mercado de trabalho, visto que indivíduos que possuem imperfeições dentárias tem 52% menos probabilidade de serem empregados.^{2,3}

Por meio desta análise, é possível observar a influência do sorriso no âmbito social e o impacto que a falta de cuidado com a cavidade oral pode ocasionar em diversos contextos. Sendo assim, nossa aparência figura a imagem que temos de nós mesmos e a percepção dos demais sobre nós.⁴

Na atualidade, é primordial que os conceitos de saúde e beleza se complementem, aumentando a autoestima e qualidade de vida do paciente. Para que o objetivo desejado possa ser atingido, é necessário que alguns aspectos sejam avaliados, respeitando os princípios estéticos.⁵

Para obter um sorriso harmônico e funcional, é fundamental a escolha de um profissional qualificado e experiente para realizar a avaliação e tratamento de forma individualizada. Ademais, é imprescindível que fatores como a função mastigatória, oclusão, higiene adequada, forma, tamanho, proporção, coloração e textura sejam considerados, promovendo uma aparência mais agradável, atraente e satisfatória.^{6,7}

Por meio da utilização de alguns conceitos, torna-se possível singularizar a reabilitação, equilibrando as características faciais únicas de cada pessoa juntamente as suas necessidades, queixas e desejos, visando exteriorizar suas expressões e sentimentos, e atender suas preferências individuais e estilo de vida, averiguando um efeito natural.⁸

As concepções acima englobam aspectos relacionados à princípios estéticos, que consistem em análise facial, proporção áurea, arquitetura gengival, altura da

linha do sorriso e do zênite cervical, inclinação axial, curvatura incisal, macroestética, microestética e propriedades ópticas, entre outras.⁷

Este estudo tem o objetivo de realizar uma revisão de literatura, abordando conceitos estéticos e suas aplicações na odontologia restauradora, auxiliando no planejamento dos tratamentos e na avaliação, tornando-a mais completa, precisa e aperfeiçoando os resultados.^{6, 14} Isto posto, é imprescindível o entendimento sobre as diferentes técnicas e materiais, envolvendo suas indicações, vantagens, desvantagens, limitações e experiência do cirurgião dentista, proporcionando um trabalho amplamente detalhista. Abrangendo assim, maior compreensão e equilíbrio dos aspectos estéticos e funcionais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estética na odontologia

A Odontologia possui um longo desenvolvimento e é uma das áreas mais antigas, que procede desde a pré-história havendo evidências de que a civilização já cuidava da saúde bucal e buscava melhores condições na aparência. Visto isso, observa-se na Roma Antiga o uso de abrasivos e insumos da época, visando o clareamento dentário, prática que se difundiu pela Europa até o século XVIII.⁹

As concepções de harmonia e beleza se interligam, estando amplamente associados à aspectos como gênero, idade, psicológico, cultura e época, havendo a necessidade de compatibilidade com os outros elementos da face, não limitando-se apenas à região oral. As idealizações de estereótipos são variáveis, ocorrendo um alinhamento de expectativas entre o cirurgião-dentista e o paciente para o alcance dos objetivos propostos.^{8,10}

O sorriso apresenta influência nas percepções estéticas, sociais e psicológicas de um sujeito. Os indivíduos que detêm má oclusão ou enfermidades dentárias são considerados menos fascinantes, intelectuais e extrovertidos, impactando diretamente nas relações interpessoais e trabalhistas. A partir disso, é constatado que os dentes possuem maior relevância em todo rosto, subsequente da região ocular, nariz, boca e madeixas.^{3, 11, 12}

Atualmente, com o intuito de alcançar resultados joviais e encantadores, retificando as decepções com a aparência, torna-se cada vez mais contínua a busca por tratamentos restauradores que transmitam naturalidade.¹³

O êxito desse procedimento é decorrente de um planejamento prévio das técnicas a serem realizadas, juntamente a uma avaliação completa e minuciosa, bom diagnóstico e exames clínicos e complementares, auxiliando na precisão dos resultados.^{6, 14}

O planejamento é um elemento de amparo, que permite a redução de erros e organização das estratégias estabelecidas de acordo com suas peculiaridades, que pode ser desempenhado recorrendo a demonstração dos métodos empregados na manobra das intervenções restauradoras.¹⁴

2.2 Princípios estéticos gerais relacionados a dentística

Anteriormente as reabilitações estéticas, há necessidade de se estabelecer um tratamento preventivo ou interceptativo, com a finalidade de adquirir saúde e funcionalidade, obtendo o periodonto e suas estruturas adjacentes saudáveis e as relações interoclusais adequadas. ^{16, 18}

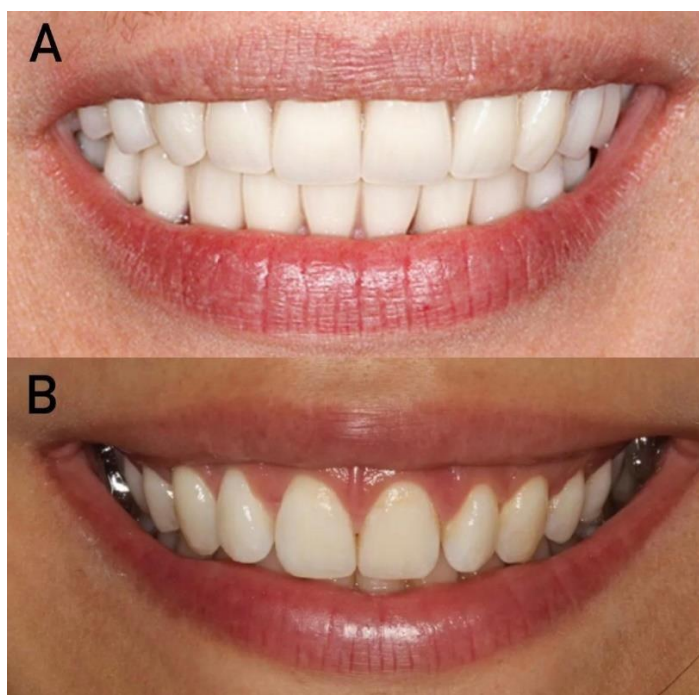
Determinados fatores são baseados conforme as características particulares de cada ser e outros são pré-estabelecidos, seguindo proporções de cada elemento como uma unidade de composição do sorriso. ^{8, 10}

Os agentes pré-estabelecidos consistem em fundamentos como a dominância anterior, simetria e progressão, como é o caso dos incisivos centrais superiores. É possível obter destaque da região a partir de sua altura, largura, posição, cor, formato e aumento da curvatura do arco e/ou da coroa clínica, considerados elementos chaves e seu arranjo conhecido como “zona estética”. ^{10, 15, 18, 19}

Não necessariamente é preciso ser simétrico para atingir a harmonia, isso porque é de suma importância adquirir um padrão entre as forças coesivas e segregativas. A força coesiva permite a unificação das composições, não havendo alternâncias, enquanto a segregativa é capaz de viabilizar multiplicidades em uma zona. Essas forças se opõem e se complementam simultaneamente, produzindo um resultado efetivo e aumentando o valor estético. ^{10, 18}

Ao buscar a palavra “simetria” no dicionário, sua descrição equivale a “correspondência, em grandeza, forma e posição relativa, de partes situadas em lados opostos de uma linha ou plano médio, ou, ainda, que se acham distribuídas em volta de um centro ou eixo”, componente essencial para o alcance da proporcionalidade desejada e que pode ser dividida em duas categorias: dinâmica ou radiante e horizontal. A dinâmica ou radiante representa a força segregativa, proveniente da forma e posição dos elementos dentários, e a horizontal é relativa à força coesiva, ocorrendo quando há presença de características dentárias iguais, tanto na direita como na esquerda. ^{10, 18, 26}

Figura 1 – A) Força coesiva
B) Força segregativa



Fonte: A- Ribeiro T (2017)⁴⁷

B- Correia S (2022)⁴⁸

Inúmeros parâmetros são levados em consideração no tratamento restaurador reabilitador durante o processo de planejamento e execução, desse modo, uma forma matemática foi elaborada, permitindo avaliar a harmonia entre duas partes, designada como proporção áurea.¹⁸

Utilizada em diversas especialidades odontológicas, mas principalmente na odontologia estética, a proporção áurea também pode ser atribuída a sinônimos como: seção áurea, proporção divina, porcentagem de ouro, entre outros. Mencionada por Lombardi (1973) e desenvolvida por Levin (1978), é observada pela relação entre a largura do incisivo central e do incisivo lateral, que por sua vez também é proporcional ao canino.^{10, 18, 19, 20, 22}

De acordo com o matemático Fibonacci, criador da série exponencial (1, 1, 2, 3, 5, 8, 13, 21...) a sequência numérica em cada termo é a soma dos dois antecessores, exemplo: $1+1=2$, $1+2=3$ e assim sucessivamente. Essa sequência possibilita a razão entre dois algarismos subsequentes e está presente em proporções como a relação de 1,618 para o incisivo central, 1,0 para o incisivo

lateral e 0,618 para o canino, favorecendo a precisão da análise estético-morfológica dos dentes. ^{10, 18, 19, 20, 22}

Conhecida como “grade de Levin” e elaborada pelo mesmo, esta ferramenta foi criada para o auxílio do profissional, ajudando-o a identificar desajustes e avaliar a grandeza da amplitude do sorriso. ^{15, 20}

Com a finalidade de classificar os constituintes da estética dento facial, os princípios estéticos foram fragmentados em macroestética, na qual há uma perspectiva mais ampla, generalista e em conjunto, e em microestética, ocorrendo uma visão mais minuciosa, detalhada e isolada de cada dente. ¹⁶

2.3 Face

2.3.1 Macroestética

Ao se falar de macroestética, é de grande magnitude o entendimento sobre os membros que a compõem e a ligação que possuem entre si. Composta pela face, gengiva e dentes de forma agrupada. ^{13, 16}

Para atingir um resultado eficiente, deve-se considerar a relação entre a macroestética e a microestética, que se complementam a fim de gerar uma harmonia entre os membros em conjunto e separadamente. ^{13, 16}

2.3.2 Linha média

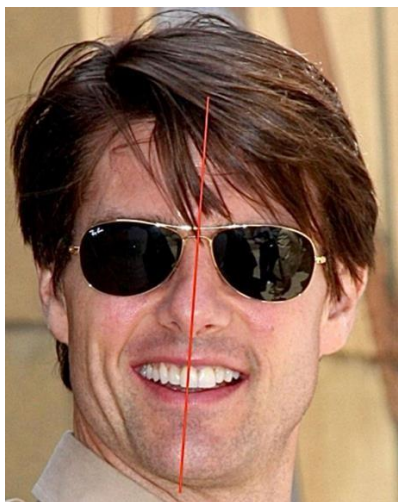
A linha média compreende a divisão da face em lado esquerdo e lado direito, e pode ser empregada de modo imaginário, pelo uso de fio dental ou régua milimetrada. Suas referências são a glabella ou násio e o centro do filtro e além desses artifícios para identificar a linha média, usa-se um protocolo fotográfico para realizar uma análise minuciosa. ^{10, 23, 24}

Visto que a linha média dentária deve ser coincidente com a linha média facial, relata-se que em 70,4% dos casos há correspondência entre a linha média do filtro e dos incisivos centrais superiores, por outro lado, quando correlacionadas as

linhas médias dos arcos superior e inferior, há uma correspondência de apenas 27,8%, não aconselhando basear-se em uma para definir a outra.²⁵

Em alguns casos é possível observar um desvio entre 3-4 milímetros, não identificado pela população leiga ou considerado uma discrepância antiestética.^{13, 17}

Figura 2- Desvio de linha média.



Fonte: Jardim AV (2016)⁴⁹

Figura 3- Linha média adequada



Fonte: Araújo S (2020)⁵⁰

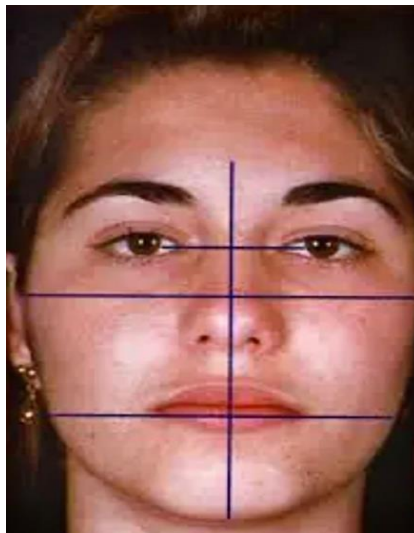
2.3.3 Linha interpupilar e plano incisal

A linha interpupilar é uma linha imaginária horizontal que conecta o centro das pupilas, enquanto o plano incisal é um plano auxiliar. Para atingir um equilíbrio agradável do sorriso é necessário que o plano incisal, a linha interpupilar e o contorno da margem gengival estejam paralelos entre si.^{7, 15, 16.}

Em alguns casos, observar-se uma assimetria do plano incisal, principalmente na presença de sorrisos altos. Essa desarmonia é caracterizada por uma inclinação desse plano.^{7, 15, 16}

Quando há pequenas inclinações, não é perceptível o comprometimento estético, mas quando acometida de maneira evidenciada, torna-se relevante a correção por meio de tratamentos ortodônticos ou cirurgia previamente ao tratamento restaurador.^{7, 15, 16}

Figura 4- Linha interpupilar e plano incisal



Fonte: Clinicaodontomania (2016)⁵¹

2.3.4 Tipos de sorriso

Na classificação do sorriso leva-se em consideração alguns parâmetros, como por exemplo: exposição da coroa dentária, gênero e idade.^{15, 32, 34}

Há três classificações quanto a exposição da coroa dentária, são elas: sorriso alto, médio e baixo. O alto expõe a altura total das coroas clínicas e uma faixa contínua de gengiva, o médio exhibe grande parte (cerca de 75%) da altura da coroa clínica ou sua totalidade e apenas as papilas interdentais, e o baixo revela menos de 75% da altura da coroa clínica, muitas vezes sem a exposição da gengiva.³²

Essa classificação também possibilita diferenciar um sorriso masculino do feminino. Isso porque, uma grande porcentagem de homens apresenta sorriso baixo e a maioria das mulheres possuem sorriso médio ou alto.³²

Com relação a idade, atribui-se jovialidade a uma maior exposição dos incisivos e faixa da gengiva, que também elevam os índices de atratividade.^{15, 34}

Figura 5- Tipos de sorriso:

A) Alto

B) Médio

C) Baixo



Fonte: Mondelli (2003)⁵²

2.3.5 Tipos de lábios

Os lábios são estruturas maleáveis que recobrem os dentes, sendo provedores de suporte e apoio labial, e quando perdidos podem acarretar redução de volume, projeção e aspecto de “boca murcha”.¹⁰

Faz-se necessário a proporção entre a amplitude do sorriso, relação largura e altura dos dentes e da boca, gerando um distanciamento interlabial de um a cinco milímetros, quando há posição de repouso.^{7, 14, 16}

Pacientes com lábios grossos possuem menor exposição dos dentes e periodonto, enquanto os que apresentam lábios finos ocorre o contrário. Os mesmos podem ser referenciados no sentido vertical, subdividido em lábios grossos, médios e finos e no sentido horizontal, subdividido em largos, médios e estreitos.^{7, 35}

O comprimento do lábio superior dá-se pela distância entre o subnasal e o ponto mais alto do lábio superior, variando entre 19 e 22 mm, já o lábio inferior é medido do ponto mais baixo ao ponto mais alto do mento.⁷

2.3.6 Exposição, contorno e zênite gengival

Na realização da odontologia estética restauradora é pertinente que o periodonto esteja saudável, observando essa condição quando a gengiva apresenta características de textura de casca de laranja, coloração rosada e firmeza. A presença de sangramento gengival e bolsas periodontais é verificada pela técnica de

sondagem, em que ela não deve ultrapassar três milímetros para que seja considerada saudável.^{7, 29}

A exposição gengival é definida pelo excesso de tecido anterossuperior ao sorrir, consequência da inadequação entre a borda inferior do lábio superior e a margem gengival dos dentes anterossuperiores, podendo ser originada por inúmeras causas, algumas delas: lábio superior curto, sorriso alto, coroa clínica reduzida ou suas associações.^{10, 27, 28}

Um sorriso estético não elimina toda exposição gengival, apenas evita que se sobressaia demasiadamente em relação aos outros elementos, seguindo a faixa de até três milímetros.^{7, 15}

O padrão de contorno gengival é descrito pela altura dos incisivos centrais, laterais e caninos, em que o central e canino apresentam-se na mesma altura, e o lateral um milímetro abaixo de ambos.⁷

O zênite gengival é considerado o ponto mais apical do dente e está localizado um milímetro distalmente nos incisivos laterais superiores e meio milímetro nos incisivos centrais e caninos superiores.^{7, 30}

2.4 Dentes em grupo

2.4.1 Linha do sorriso

É uma linha fictícia que tangencia as bordas incisais e pontas de cúspide dos incisivos e caninos superiores. Em sua forma adequada, a curvatura incisal é convexa e favorece um sorriso mais gracioso e jovial, na qual as bordas incisais dos incisivos centrais devem estar abaixo das dos laterais, formando uma curvatura convexa e desenho de arco.^{10, 31}

Podem ser encontrados outros dois tipos: a primeira é denominada plana por apresentar as bordas dos dentes anterossuperiores quase ou no mesmo nível das bordas dos posteriores; a segunda é a côncava, que apresenta uma curvatura invertida por não acompanhar o lábio inferior.^{15, 32}

Figura 6 – Tipos de linhas do sorriso:

A) Convexa

B) Plana

C) Côncava/ invertida



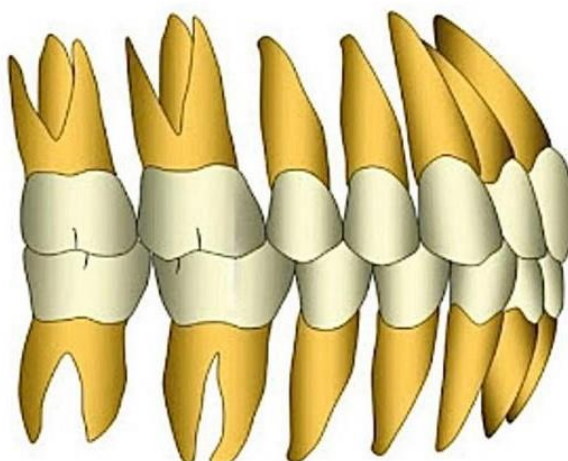
Fonte: Machado AW (2014), Câmara (2010), Souza D (2024)^{53,31,54}

2.4.2 Inclinação axial

Leva-se em conta linhas imaginosas iniciadas no bordo incisal, encaminhadas para o sentido apical da raiz, inclinando-se distalmente. Essa inclinação sofre progressão em relação a cada unidade que se afasta da linha média, despertando a ilusão de que há uma diminuição gradativa dos dentes, o que proporciona equilíbrio.^{7, 18, 24}

Quando esse equilíbrio não é alcançado na composição dental, torna-se visualmente desagradável, prejudicando a gradação e gerando alterações oclusais.^{16, 18}

Figura 7- Inclinação axial



Fonte: Ortodontiauniville (2017)⁵⁵

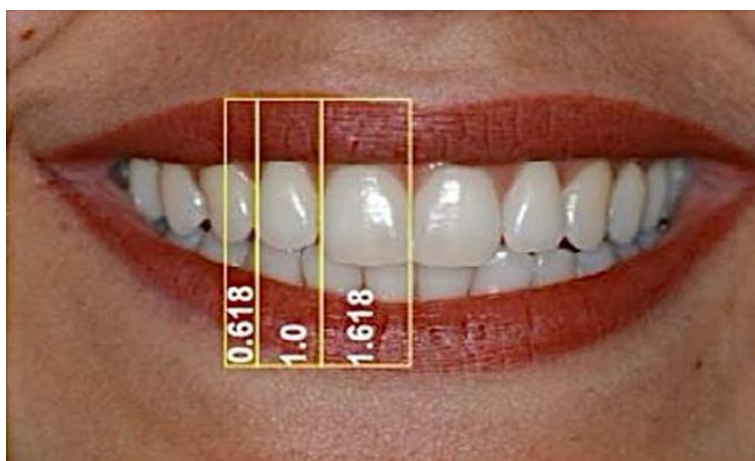
2.4.3 Proporção dentária

Com a finalidade de alcançar a proporção dentária, é crucial maior simetria próxima a linha média e conforme os elementos se distanciam torna-se aceitável leves desproporções. Sendo assim, os incisivos centrais superiores são estruturas fundamentais para obter simetria, devido a sua excessiva dominância.^{7, 18, 23, 24}

Para atingir essa equivalência, diversas hipóteses foram relatadas para o estabelecimento de parâmetros matemáticos. A mais aplicada foi a proporção áurea, que está relacionada ao tamanho aparente dos dentes na visão frontal e é utilizada como um guia objetivo durante a avaliação, juntamente a outros princípios.^{7, 20}

Por isso, deve haver cautela do profissional ao usufruir dessas métricas de forma consistente, visto que essa grandeza é uma média, em que o incisivo lateral superior equivale aproximadamente a 62% do incisivo central superior e o canino superior a 62% do incisivo lateral superior.^{7, 15, 24, 37}

Figura 8- Proporção áurea



Fonte: Mondelli (2003)⁵²

2.4.4 Corredor bucal

O corredor bucal é composto pela presença de espaço entre os molares, pré-molares e a porção lateral interna da boca, analisando o número de dentes que a pessoa exibe ao sorrir. Quanto menor a largura da maxila, maior será a dimensão desse espaço e vice-versa, causando a sensação de um “fundo escuro”.^{7,10}

São classificados de três formas: amplos, normalmente em casos de arcos maxilares estreitos, intermediários, em casos de arcos médios, e inexistentes, quando o arco possui grande amplitude, julgado o intermediário como ideal.¹⁵

Figura 9- Corredor bucal

A) Inexistente

B) Intermediário

C) Amplo



Fonte: Nascimento (2012)⁵⁶

2.4.5 Ameias

As ameias são estabelecidas pelos limites e divisões entre os dentes anterossuperiores. A ameia cervical está localizada na direção apical ao ponto de contato interproximal e é comumente integrada por gengiva, já a ameia incisal corresponde ao ângulo e sentido incisais, apresentando formato de “v” invertido e tendo influência na quantidade de fundo escuro que aparece durante o sorriso.^{7,10,16,18,33}

A ameia cervical pode sofrer alterações conforme a idade ou quando o paciente contém histórico de complicações periodontais. É muito comum que ocorra recessões gengivais nesses casos, ampliando a ameia e formando um triângulo interdental escuro, acarretando prejuízo na estética.^{7, 16, 18}

Idealmente, a ameia incisal exibe atributos específicos, em sua maioria mais estreita e retílinea na região mesioincisal dos incisivos centrais superiores, mais

arredondada e dissimétrica entre a distal do incisivo central e mesial do incisivo lateral, e mais ampla entre a distal do incisivo lateral e canino.^{7, 24}

No entanto, o tamanho desse arranjo pode variar de acordo com a idade do paciente. Pessoas idosas estão expostas ao desgaste incisal, devido ao decorrer do tempo e sucessivamente a diminuição dessa estrutura.⁷

Figura 10 – Ameias incisais e cervicais



Fonte: Mendonça A (2020)⁵⁷

2.5 Microestética

A microestética é composta por diversos aspectos, dentre eles destacam-se: anatomia dental, tamanho e forma, textura, cor e propriedades ópticas. Esse conjunto favorece a naturalidade, tornando possível a semelhança fidedigna de dentes restaurados com os naturais.^{16, 24}

2.5.1 Anatomia dental

No processo de reabilitação estética, é indispensável o aprofundamento dos detalhes e particularidades anatômicas para que sejam replicados nas restaurações.^{7,18}

Os elementos dentários são caracterizados por suas faces mesiais mais retas e as distais arredondadas. No caso dos incisivos centrais, a face vestibular é menos convexa quando comparada aos outros dentes anteriores.^{38,40}

Os incisivos laterais englobam o maior índice de anomalias, acarretando alterações em sua forma, tamanho, número ou posição, de etiologias genéticas ou ambientais e diagnosticados por exame clínico e/ou complementares.^{38,40}

A borda dos incisivos centrais possui ondulações denominadas “mamelões” ou “flor-de-lis”, mais comum em crianças e que tendem a desaparecer ou reduzir durante os anos, consequência do desgaste dentário.³⁸

2.5.2 Tamanho e formato

Esses componentes quantitativos são imprescindíveis para o planejamento restaurador, através do seu emprego define-se desarmonias e alcançam um bom resultado.^{7,10}

O tamanho é definido pela razão da largura pela altura dos dentes, estabelecidos como padrão a proporção de 75% a 85% dos incisivos centrais e 60% a 65% dos incisivos laterais.^{7,15,16}

É possível a ocorrência de alterações conforme o gênero e etnia. O sexo feminino exhibe dentes mais estreitos do que o sexo masculino, então, é muito comum que a proporção das mulheres seja de 75% enquanto dos homens seja 85%, e negros possuam dentes mais amplos do que brancos.^{7,15}

Além do tamanho, a forma é primordial por ser facilmente observada e pela influência significativa no procedimento reabilitador estético. É distribuída de três modos: retangular, com linhas semiparalelas; ovóide, caracterizada pela convergência para cervical e incisal, linhas arredondadas e ângulos discretos; e triangular, possuindo ângulos proeminentes e linhas externas anguladas para cervical e incisal.^{7,16,38}

Na definição do formato do dente, pode-se considerar o rosto do sujeito, isso porque ambos devem ser compatíveis. Souza et al (1997) mencionado por Mondelli (2018) efetuaram uma pesquisa comparando a forma da face vestibular do incisivo central superior com a forma da face de 37 pacientes entre 20 e 25 anos, obtendo o resultado de que 70,2% dos casos continham formato de rosto e dente semelhantes.^{10, 39}

2.5.3 Textura

É representada por características de uma superfície e seu aspecto tátil e óptico, devido a luz que reflete, distinguindo a textura como lisa ou áspera.^{7,10,18}

Ao longo do tempo observa-se que essas características diminuem ou tornam-se ausentes por conta do desgaste fisiológico. Verifica-se que jovens apresentam essas texturas mais sobressalentes, podendo deter brilho, ranhura, porosidade, manchas e relevos anatômicos, como lóbulos, sulcos e periquimácias.^{7,10,16}

Para o alcance de um resultado estético e natural, o uso desses detalhes no tratamento estético restaurador é fundamental, desde que não seja exagerado.¹⁸

2.5.4 Cor

A cor está diretamente relacionada à textura, visto que um dente com grande riqueza de detalhes reflete mais luz e aparenta ser mais claro. No entanto, para compreensão da cor na odontologia é importante também o entendimento de sua relação com as estruturas bucais como esmalte, dentina, polpa e gengiva.^{7,16}

Esse princípio é representado por três aspectos: matiz, croma e valor. O matiz é classificado de acordo com a escala Vita, aplicada conforme a dominância das cores: A corresponde à vermelho-marrom, B à laranja-amarelo, C à verde-cinza e D à vermelho-cinza. Croma é a intensidade do matiz, evidenciando a variação de saturação da cor e estando relacionada a localização, por exemplo: o terço incisal dos dentes detém o croma mais baixo quando comparado com o terço médio e cervical, pela maior quantidade de esmalte e menor quantidade de dentina. O valor transmite o quanto se aproxima do preto, representando baixo valor, ou do branco, alto valor. É possível observar isso ao colocar a imagem em preto e branco, eliminando a influência do matiz e croma.^{7,10,18,23,44}

Previamente as restaurações, é fundamental o emprego de um bom protocolo clínico para selecionar a cor dentária e a percepção de detalhes. Isso pode ser feito, utilizando fotografias em preto e branco, coloridas e com luz polarizada, a fim de obter maior facilidade para identificar e classificar a matiz, croma, valor, opalescência, translucidez, fluorescência e caracterização da dentina e do esmalte.⁷

Nesse sentido, o esmalte é extremamente translúcido e pouco saturado, permitindo a visibilidade da cor da dentina. Já a dentina, é a parte dentária mais interna e tem como característica baixa translucidez e alta saturação, sendo responsável pelo matiz e croma, determinando a cor do dente.^{7,23}

É comum pacientes maduros apresentarem a coloração mais escurecida, decorrente da formação de dentina secundária esclerosada, ocasionada com o passar dos anos.²³

2.6 Propriedades ópticas

2.6.1 Translucidez

É uma propriedade óptica, na qual a luz passa parcialmente através do interior dos dentes, sendo a dentina caracterizada pela baixa translucidez e o esmalte pela alta. Nas restaurações, sua presença gera naturalidade, produzindo caracterizações de acordo com seu grau de distribuição.^{44,46}

2.6.2 Opalescência

O efeito de opalescência ilumina o elemento, provocando sensação de profundidade e vitalidade, garantindo naturalidade e estética. É definida pela alternância de cor quando a luz é refletida ou transmitida. Quando a luz está sendo refletida, as áreas mais translúcidas apresentam uma coloração azulada, disseminando comprimento de ondas curtas, e quando a luz está sendo refratada, a coloração é alaranjada, difundindo o comprimento de ondas longas.^{44,46}

O local de percepção dessa propriedade com maior intensidade é o terço incisal, que tem presença de um halo opaco resultante da angulação do esmalte na borda, isso altera a forma como a luz é refletida e transmitida.⁴⁴

2.6.3 Fluorescência

Corresponde a absorção de energia luminosa de ondas curtas e a transmissão espontânea visualizada entre o branco intenso e o azul-claro. Apesar da fluorescência estar presente no esmalte, a dentina é três vezes mais acometida, resultado de suas moléculas orgânicas fotossensíveis aos raios ultravioletas.^{7,44,46}

Quando o procedimento restaurado é efetuado, é ideal que haja compatibilidade entre a fluorescência e os dentes naturais. Com sua ausência, as restaurações podem ser comprometidas quando expostas a luz ultravioleta/luz negra. Para minimizar essa ocorrência, usa-se lanterna com luz negra para averiguar seu efeito, evitando o comprometimento estético.^{7,44}

3 DISCUSSÃO

Para definir a linha média, Morley e Eubank (2001) realizam uma análise fotográfica minuciosa, localizando-a pela identificação de duas áreas de referência: nácio ou glabella e o centro do filtro, já Mondelli (2018) indica o uso de fio dental ou régua milimetrada para alcançar essa definição.^{10,24}

Com relação a discrepância e adequação da linha média, Kokich (1999), McLaren e Rifikin (2002) constataam que quando há um desvio de até 4 mm, os leigos não percebem essa discrepância ou não consideram antiestética. Sob outra perspectiva, Machado (2014) sugere que desvios a partir de 2 mm devem ser corrigidos.^{13,15,17}

A classificação do tipo de sorriso retratada por Tjan et al (1984), conceitua como sorriso alto qualquer um que expõe a coroa do incisivo central superior em sua totalidade. Sendo assim, um sorriso que apresenta exposição gengival de 1 mm deterá a mesma classificação de um com exposição de 5mm. Por outro lado, a classificação de Goldstein (2018) dita que um sorriso que detém o lábio superior cobrindo mais que metade da coroa receberá a mesma classificação de um sorriso cujo incisivo central superior está a 1mm coberto.^{14,32}

Com intuito de determinar o tamanho e formato dos dentes, diversos pontos de vistas foram relatados. Williams (1994) afirma que o formato dos dentes sofre influência do biotipo facial e atualmente essa afirmação é a mais utilizada para a escolha dos dentes artificiais pelas companhias de fornecimento dental. Em uma análise comparativa do formato da face com a forma de contorno vestibular do incisivo central superior, realizada por Souza et al (1947) e citada por Mondelli (2018), comprova que dos 37 pacientes em análise, 70,2% apresentam semelhança entre a comparação feita.^{10, 39, 62}

Em contrapartida, uma análise também foi realizada por Jagger e Harrison (1998), ao coletarem 50 modelos e fotografias de indivíduos, usufruindo de um software capaz de sobrepor as imagens e observar a similaridade entre elas. O resultado obtido não foi expressivo para afirmar que a métrica na avaliação clínica seria confiável. Do mesmo modo, Castelucci (2003) e Goldstein (2018) declaram que não há semelhança direta entre o formato do rosto e dos dentes e acreditam que outros fatores devem ser considerados para estabelecer o formato final dos

elementos restaurados, não sendo um artifício confiável quando aplicado de modo unitário.^{4, 60, 61}

A partir disso, um estudo realizado por Hussain et al (2015) constatou que atualmente os conceitos sobre formato dos dentes relacionados ao gênero seguem presentes, atestando que os dentes ovóides são considerados mais estéticos para o sexo feminino.³⁸

4 CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo, foi possível relatar a influência dos princípios estéticos na odontologia restauradora, que contribuem para o melhor domínio de proporções e dimensões, aplicadas para gerar harmonia, levando em consideração não apenas o sorriso, mas a face como um todo e aspectos como idade, gênero e etnia. Essa amplitude da visão permite que a junção dos componentes de microestética e macroestética seja mais assertiva.

É constatado que para um resultado efetivo, o conhecimento teórico e prático deve estar interligado, visto que um não atua sem a presença do outro. É crucial o entendimento do paciente como um todo, assimilando suas questões de saúde, estética e desejos sob o procedimento final, preservando sua individualidade.

Essas manobras estão intimamente relacionadas aos aspectos emocionais e psicológicos, uma vez que a estética é um âmbito de influência nas relações. Isso faz com que haja a busca crescente por profissionais bem qualificados da área, que aperfeiçoem os elementos dentários e valorizem seu arranjo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vollet LR. A Faculdade do Juízo na crítica da razão pura: Discussões sobre o primado da razão prática sobre a teórica. 2011.
2. Godinho J, Gonçalves RP, Jardim L. Contribution of facial components to the attractiveness of the smiling face in male and female patients: A cross-sectional correlation study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2020;157(1):98-104.
3. Almedlej R, et al. Estética dentária e probabilidade de encontrar trabalho na Arábia Saudita. Um estudo transversal. *J Fam Med Prim Care.* 2020;9(1):276.
4. Goldstein RE. Studio of need for esthetics in dentistry. *J Prosthet Dent.* 1969;21:589-98.
5. Lee RA. A estética e sua relação com a função. In: Rufenacht CR, et al., editors. *Fundamentos de Estética.* 1.ed. São Paulo: Quintessence; 1998. p. 375.
6. Sinski AG, Girardi CE, Fabris E, Basso JC, Cella ML, Giacon LA. O mercado de trabalho para o profissional da Odontologia: Um estudo com especialistas em estética. *Anais de Odontologia.* 2021;4(1):95-110.
7. Conceição EN. *Dentística: Saúde e estética.* 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. 300-17
8. Paolucci B, Gurel G. Aplicação clínica do Visagismo. *ProtéseNews.* 2015 Jul-Sep;2(3ª):19-37.
9. Arai LA. Clareamento dental em dentes polpados. Monografia. São Paulo: Universidade Camilo Castelo Branco; 2000.
10. Mondelli, J. *Estética e cosmética em clínica integrada restauradora.* 2 ed. São Paulo: Quintessence, 2018.
11. Lerner RM, Karabenick AS. Physical Attractiveness, Body Attitudes, and Self-concept in Late Adolescents. *J Youth Adolesc.* 1974; 3 (4): 307-16.
12. Olsen JA, Inglehart MR. Malocclusions and perceptions of attractiveness, intelligence, and personality, and behavior intentions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011; 140 (5): 669-79.

13. McLaren EA, Rifkin R. Macroesthetics: Facial and Dentofacial Analysis. J Calif Dent Assoc. 2002;30(11):839-46.
14. Goldstein R.E. Esthetics in Dentistry. 3a ed. Roboken: Wiley & Sons, Inc., 2018.
15. Machado AW. 10 commandments of smile esthetics. Dental Press J Orthod. 2014;19(4):136-57.
16. Conceição EN. Análise Estética do Sorriso e Fundamentos da Cor. In: Conceição EN. Dentística: Saúde e Estética. Porto Alegre: Quintessence Editora Ltda. 2018. 42-61.
17. Kokich VO, Kiyak HÁ; Shapiro PA. Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. J Esthet Dent. 1999;11(6):311-24.
18. Rufenacht CR. Fundamentals of esthetics. Chicago: Quintessence; 1990.
19. Lombardi RE. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. J Prosthet Dent. 1973;29(4):358-82.
20. Levin EI. Dental esthetics and the golden proportion. J Prosthet Dent. 1978;40(3):244-52.
21. Pagani C, Bottino MC. Proporção Áurea e a Odontologia Estética. J Bras Dent Estet. 2003;2(5):80-5.
22. Pagani C, Bottino MC. Proporção áurea e a Odontologia estética. J Bras Dent Estet. 2003 Jan-Mar;2(5):80-85.
23. Naini FB. Estética Facial: Conceitos e Diagnósticos Clínicos. 1. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
24. Morley J, Eubank J. Macro esthetic elements of smile design. J Am Dent Assoc. 2001;132(1):39-45.
25. Miller EL, Bodden WR Jr, Jamison HC. A study of the relationship of the dental midline to the facial median line. J Prosthet Dent. 1979;41(6):657-60.
26. Aurélio B.H. Ferreira. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª ed. Curitiba: Positivo, 2004. p. 1847.
27. Alpiste-Illueca F. Altered passive eruption (APE): a little-known clinical situation. Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal. 2011;16(1):100-104.

28. Oliveira MT, Molina GO, Furtado A, Ghizoni JS, Pereira JR. Gummy smile: A contemporary and multidisciplinary overview. *Dent Hypotheses*. 2013;4(2):55.
29. Genco RJ, Cohen DW, Goldman HM. *Periodontia Contemporânea*. 2ª ed. São Paulo:Santos.1997;117-134.
30. Simon Z, Rosenblatt A. Challenges in Achieving Gingival Harmony. *CDA Journal*. 2010 Aug;38(8):583-590.
31. Camara CA. Estética em Ortodontia: seis linhas horizontais do sorriso. *Dental Press J Orthod*. 2010;15(1):118-31.
32. Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent*. 1984;51(1):24-8.
33. Morley J, Eubank J. Macro esthetic elements of smile design. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(1):39-45.
34. Tosun H, Kaya B. Effect of maxillary incisor, lower lip, and gingival display relationship on smile attractiveness. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2020;157(3):340-7.
35. Matthews TG. The anatomy of a smile. *J Prosthet Dent*. 1978;39(2):128-34
36. Peck S, Peck L, Kataja M. The gingival smile line. *Angle Orthod*.1992;62(2):91-100.
37. Chiche G, Pinault A. Artistic and Scientific Principles Applied to Esthetic Dentistry. In: Chiche G, Pinault A. *Esthetics of anterior fixed prosthodontics*. Chicago: Quintessence; 1994.
38. Hussain A, Louca C, Leung AI, Sharma P. The influence of varying maxillary incisor shape on perceived smile aesthetics. *J Dent*.2015;50:12-20.
39. Souza JCF, Tamaki T, Tamaki ST. Estudo comparativo da forma do contorno vestibular do incisivo central superior com a forma do rosto. *Rev Pos Grad FOU SP*. 1997; 4:14-20.
40. Madeira MC, Rizzolo RJC. *Anatomia do Dente*. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 2016.
41. Nelson SJ, Ash MM Jr. Wheeler, *Anatomia Dental, Fisiologia e Oclusão*. Rio de Janeiro:Elsevier, 2012.

42. Vieira GVV, et al. Atlas de Anatomia de Dentes Permanentes: Coroa Dental. 2. ed. São Paulo:Santos, 2016.
43. Baratieri LN, et al. Luz, Cor e Caracterização de Restaurações. In: Baratieri LN, et al. Odontologia restauradora: fundamentos e técnicas, volume 1. São Paulo:Santos, 2014, 135-152.
44. Sikri VK. Color: Implications in Dentistry. J Conserv Dent. 2010;13(4):249-55.
45. Gomes ACR. Translucidez. Coluna da Tininha. Santa Catarina, 2015;5:19-22.
46. Salgado VE, Cavalcante LMA, Schneider LFJ. Fundamentals of optical properties applied to clinical dentistry. Rev APCD Estet. 2015;01(4):368-77.
47. Ribeiro T, 2017, disponível em <https://cero.com.pt/pt/os-10-mandamentos-do-sorriso/>
48. Correia S, 2022, disponível em <https://www.clinicasergiocorreia.com.br/gengivoplastia-em-curitiba-seu-sorriso-mais-bonito/>
49. Jardim AV, 2016, disponível em <https://ortodontiadescomplicada.com.br/o-que-e-a-linha-media-dentaria/>
50. Araújo S, 2020, disponível em <http://crisarcangeli.com/users/jayknights.jpg>
51. Clinicadontomania, 2016, disponível em <https://clinicaodontomania.com.br/ortodontia/linha-media.html/amp>
52. Mondelli J. Estética e cosmética em clínica integrada restauradora. 1ª ed. São Paulo: Santos; 2003.
53. Machado AW , 2014 , disponível em https://pt.linkedin.com/posts/daiane-souza-b5bbbbb96_o-básico-bem-feito-funciona-clareamento-activity-7139088957023174656-FnJr
54. Souza D, 2024 , disponível em https://pt.linkedin.com/posts/daiane-souza-b5bbbbb96_o-básico-bem-feito-funciona-clareamento-activity-7139088957023174656-FnJr
55. Ortodontiauniville, 2017, disponível em https://ortodontiauniville.blogspot.com/2017/05/oclusao-normal-na-denticao-permanente_5.html?m=1
56. Nascimento DC, Santos ER, Machado AW, Bittencourt MAV. Influence of buccal corridor dimension on smile esthetics. Dental Press J Orthod.

2012;17(5):145-50.

57. Mendonça A, 2020, disponível em <https://www.passeidireto.com/arquivo/84843903/abertura-das-ameias-incisais>
58. Talles D, Holleg H, Castellucci L. Prótese total convencional e sobre implante. Estética e relações intermaxilares em prótese total. São Paulo: Santos; 2003: 155-61.
59. Sellen PN, Jageer DC, Harisson A. Computer-generated study of the correlacion between tooth, face, arch forms and palatal contour. J Prosthodont 1998. 80: 163-8.
60. Kaya KS, Türk B, Cankaya M, Seyhun N, Coskun BU. Assessment of facial analysis measurements by Golden proportion. Brazilian Journal Otorhinolaryngol. 2019; 85(4): 494-501.
61. Kichese, Moraes, Souza. Simmetria Orofacial Harmonization. Science. 2019;2(5).
62. Williams JL. A new classification of human teeth with special reference to a new system of artificial teeth. Dental Cosmos. 1914, 52: 627-8