

# Estética gengival e dentária: a busca do equilíbrio

Cláudio de Pinho Costa\*, Leonardo de Pinho\*\*, Silvio Eduardo Arouca\*\*\*

## RESUMO

O conhecimento e domínio da análise facial, gengival e dentária tornaram-se imprescindíveis na prática da Odontologia Estética moderna, pois o poder de atração da face humana é dependente do equilíbrio de todo este conjunto. Embasado nestes princípios, este artigo descreverá, mediante uma seqüência clínica, a reabilitação

de um sorriso, no qual se diagnosticou uma desarmonia gengival e dentária. Também irá discutir os fatores relevantes na obtenção de restaurações de resina composta que simulem a natureza na dentadura anterior. Com a adoção de pequenos procedimentos cirúrgicos e restauradores, devolveu-se um sorriso harmônico e agradável à paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estética dentária. Estética gengival. Resinas compostas.

\* Especialista em Dentística Restauradora – Unesp Araçatuba (SP). Editor Científico do SBOE News e do Site Oficial da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética (SBOE). Clínica Particular – Brasília (DF).

\*\* Especialista em Periodontia – FOB ( USP ). Clínica Particular – Brasília (DF).

\*\*\* Mestre em Dentística Restauradora Unesp – Araraquara. Especialista em Dentística Restauradora Unesp - Araçatuba. Clínica Particular – Brasília ( DF ).

## INTRODUÇÃO

A beleza tem se tornado um dos maiores anseios da sociedade contemporânea. A procura pelo “belo” e pelo “bem-estar” está cada vez mais presente nos modernos meios de comunicação e, nessa conjuntura, a Odontologia Estética tem sido constantemente requisitada pelas pessoas. A melhora da auto-estima<sup>1</sup> e, conseqüentemente, da qualidade de vida, são fatores que levam estes pacientes ao desejo de restaurarem seus sorrisos e ficarem com aparência natural.

A integração entre as diversas especialidades tornou-se básica e necessária na Odontologia atual. A presença de pequenas discrepâncias, sejam dentárias e/ou gengivais, num determinado sorriso, se não diagnosticadas e tratadas corretamente, comprometem a função e condenam o equilíbrio de todo o conjunto<sup>1</sup>, essencial para a melhoria da auto-imagem dos nossos pacientes.

Para obter sucesso na reabilitação de nossos pacientes, em todos os aspectos, sejam eles funcionais e/ou estéticos, devemos, em primeiro lugar, saber escutar e ouvir a queixa destes pacientes. Somente após esta análise subjetiva, devemos, com nossos conhecimentos técnico-científicos e com um amplo domínio dos princípios estéticos orofaciais<sup>12,18</sup>, propor alternativas de tratamento.

Quando nos referimos à Dentística Restauradora, a meta de excelência em restaurações de resinas compostas exige, do operador, uma enorme capacidade de observação e compreensão dos detalhes da dentição natural<sup>6,9,12,13,20</sup>. Além disso, requer um profundo conhecimento da morfologia dentária, suas variações e seus componentes cromáticos<sup>9,13,20</sup>.

A partir daí, a Odontologia tem oferecido, com o surgimento e aplicação de materiais

modernos<sup>14</sup> e técnicas inovadoras, condições para que o exposto acima constitua o objetivo a ser alcançado. Durante o tratamento restaurador, com a utilização de um protocolo clínico-laboratorial que inclui enceramento diagnóstico e uso de uma guia de silicone<sup>2,7,8</sup>, executa-se o trabalho com maior facilidade, além do que, o resultado torna-se mais previsível. Esta previsibilidade se traduz no sentido de imitar a natureza, quando se procura reproduzir fielmente a forma e detalhes do dente em questão, além de lhe devolver as funções próprias.

Assim, apresentamos um caso clínico em que o conjunto estético se mostrava desarmonioso. Na arcada superior, havia a presença de: um desequilíbrio na altura gengival, incisivos laterais superiores com restaurações antigas de resina composta e dentes amarelados. Acrescente-se que os incisivos superiores estavam com bordos incisais desgastados, que transmitiam dimensões reduzidas, o que exigiu pequenas alterações/restaurações ricas em detalhes, para obter-se um resultado natural com efeitos ópticos acentuados. Esta solução conservadora devolveu o equilíbrio do conjunto às necessidades estéticas e funcionais da paciente.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

No presente caso clínico a paciente compareceu ao consultório com duas queixas principais: a primeira era em relação ao comprimento do canino esquerdo, bem menor do que o canino do lado oposto; a segunda referia-se a 2 restaurações amareladas nos incisivos laterais. Após o exame clínico e radiográfico da paciente foram obtidos modelos de estudos, assim como fotos para que o caso passasse a ser planejado nos termos do protocolo de trabalho por nós utilizado.



**Figura 1** - Aspecto clínico inicial. Observar desarmonia gengival presente nos dentes anteriores superiores e restaurações antigas de resinas compostas nos laterais superiores.



**Figura 2** - Pós-cirúrgico imediato.

Em uma primeira análise das fotos e modelos constatou-se que os limites do contorno gengival dos centrais e caninos se encontravam assimétricos em relação aos lados direito e esquerdo da boca (Fig. 1). De acordo com Rufenacht<sup>18</sup>, em um paciente de Classe I, o tecido gengival marginal deve ser percebido pelo observador em um mesmo nível em ambos os incisivos centrais. O mesmo alinhamento simétrico e horizontal do tecido gengival é aparente nos incisivos laterais e caninos, mas em

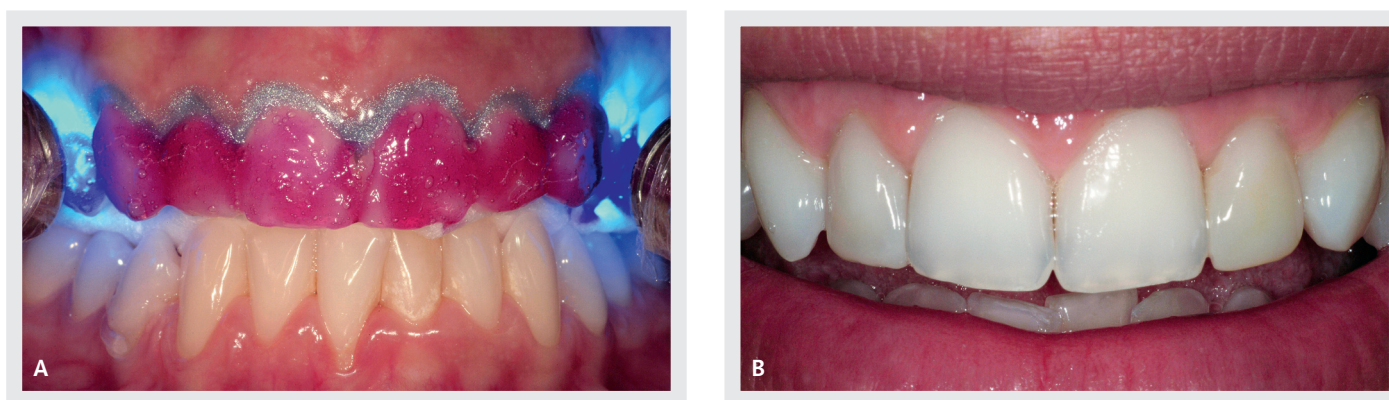
níveis mais abaixo para os incisivos laterais e ligeiramente mais acima para os caninos, formando um triângulo gengival descrito por Pascal Magne<sup>12</sup>.

Essa relação, teoricamente, é representada pelo Zênite gengival (ponto mais apical do contorno da gengiva em cada dente) e que geralmente se posiciona distalmente em relação ao centro do dente<sup>12</sup>.

Baseado nesses conceitos, passamos à realização da primeira etapa do tratamento, quando



**Figura 3** - Aspecto clínico após 90 dias da cirurgia gengival. Observar a simetria do contorno gengival entre os dois lados.



**Figura 4** - Aplicação do peróxido no consultório e aspecto clínico pós-clareamento.

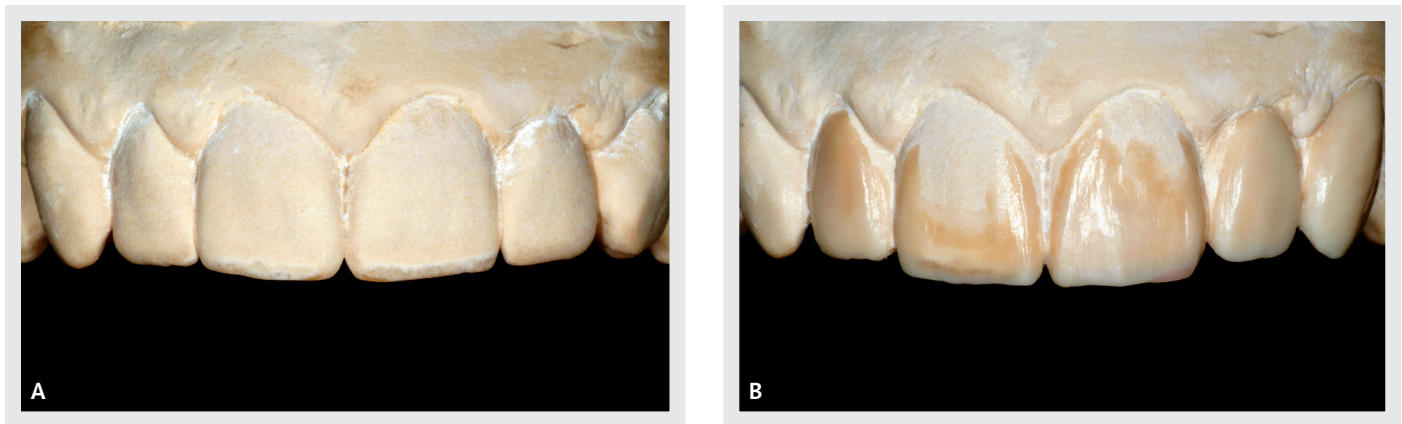
foi realizado um único procedimento periodontal cirúrgico para a correção do contorno gengival, seguindo como referência os zênites dos dentes 11, 12 e 22, os quais permaneceram intatos. O remodelamento gengival (Fig. 2) se deu nos elementos 14, 15, 21, 23, 24 e 25, sendo que nos dentes 23, 24 e 25 a técnica cirúrgica empregada para o aumento da coroa clínica envolveu incisões em bisel interno e intra-sulcular, osteotomia e osteoplastia. Nos dentes 14, 15 e 21 apenas a gengivectomia interna restabeleceu o correto contorno gengival<sup>12,18</sup>.

O prazo de espera para que a cicatrização se desse por completo foi confirmado quando as profundidades de sondagem dos dentes opera-

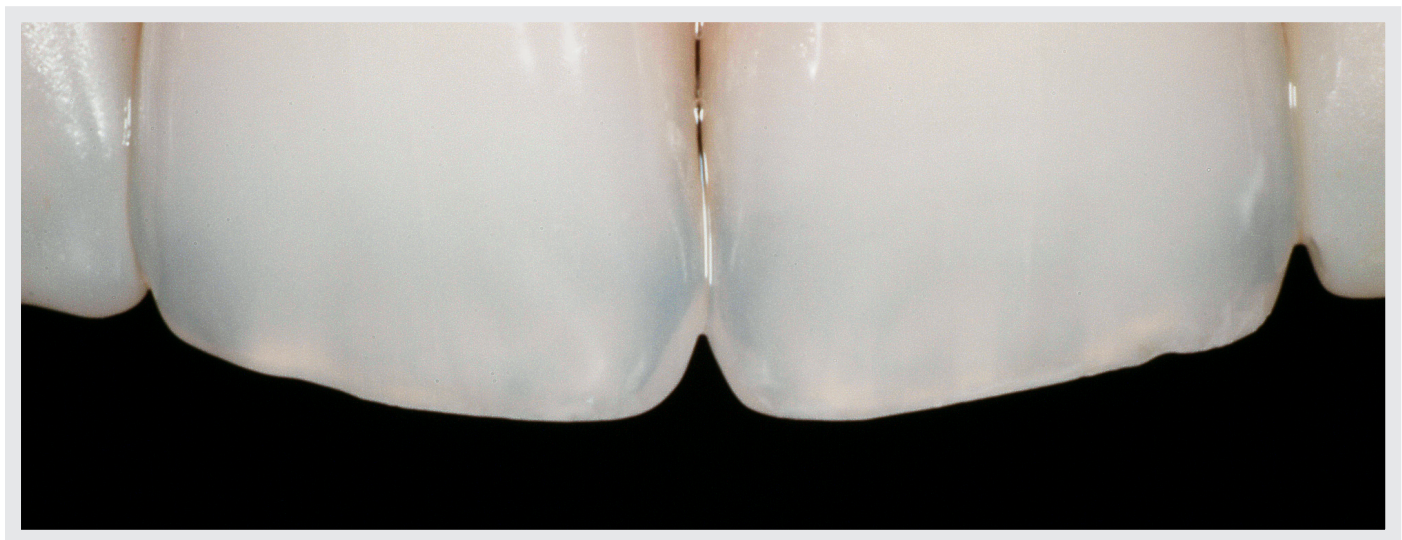
dos estavam iguais aos dentes adjacentes não envolvidos no processo cirúrgico, o que ocorreu aproximadamente cento e vinte dias após a intervenção (Fig. 3).

A segunda etapa a ser realizada foi o clareamento dentário. Para tanto, a técnica eleita e utilizada foi a associação do clareamento em consultório com peróxido de hidrogênio 30-35%, com o clareamento caseiro à base de peróxido de carbamida a 10%.

O procedimento clareador ocorreu de modo que foram necessárias 4 consultas, com intervalo de 2 dias entre elas. Usamos o Whiteness HP 30-35%, seguindo o protocolo recomendado pelo fabricante. Escolhemos como fonte ativa-



**Figura 5** - Confeção do enceramento, sendo determinada nova disposição dos dentes anteriores. Observar a melhoria na curvatura das bordas incisais e harmonia obtida.



**Figura 6** - Observar a riqueza de detalhes/policromia na incisal dos centrais.

dora um aparelho fotopolimerizador Demetron 501(Kerr) (Fig. 4A). Após a aplicação do protetor de gengiva Top Dam (FGM) e fotopolimerizado, o produto foi manipulado e ministrado seguindo as instruções do fabricante. Enquanto isso, foram confeccionadas moldeiras individuais de silicone para o uso “caseiro” do gel de peróxido de carbamida a 10% (Whiteness – FGM). Utilizou-se o produto por 30 minutos/2 vezes/dia, durante 15 dias, prazo esse necessário para que pudessemos obter um padrão de cor satisfató-

rio do ponto de vista estético e de satisfação da paciente.

Após 45 dias do final do clareamento<sup>5</sup> (Fig. 4B), deu-se início à planificação do tratamento restaurador propriamente dito. Como parte do protocolo de trabalho, realizou-se um molde e confeccionou-se um modelo de estudo (Fig. 5A) para que fosse feito uma avaliação detalhada e criteriosa de toda a morfologia dentária a ser reconstituída.

Esta avaliação diagnóstica anatômica, cuja



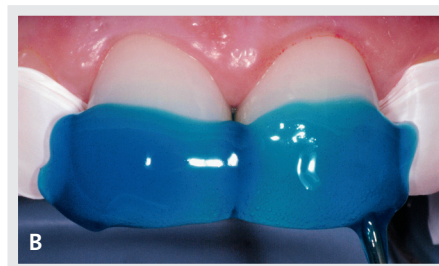
**Figura 7A** - Remoção das antigas restaurações de resina com Sof-lex nos laterais.



**Figura 7B** - Confecção de um mínimo bisel nos incisivos centrais com os mesmos discos.



**Figura 8A** - Prova da guia de silicone na boca.



**Figura 8B** - Condicionamento ácido dos centrais.



**Figura 8C** - Fotopolimerização do sistema adesivo.

finalidade é auxiliar o tratamento restaurador, foi realizada mediante um enceramento diagnóstico<sup>8,10</sup>. Para que seja feita esta análise é necessário um conhecimento profundo dos elementos constituintes da anatomia dentária<sup>12,13,15,19,20</sup>, assim como das dimensões de largura e comprimento dos dentes<sup>12,18</sup>. O objetivo é determinar um perfeito posicionamento das bordas incisais, restabelecendo o equilíbrio entre dentes e lábio e, conseqüentemente, uma harmonia deste sorriso com a face. Após determinado o “desenho” do novo sorriso no modelo de gesso (Fig. 5B), foi elaborada uma guia de silicone sobre ele. Fez-se um recorte nesta matriz/guia sobre a aresta vestibulo-incisal de cada dente, para que se tornasse referência

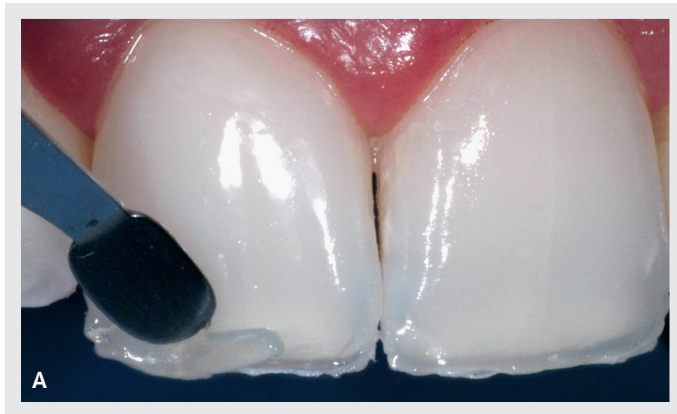
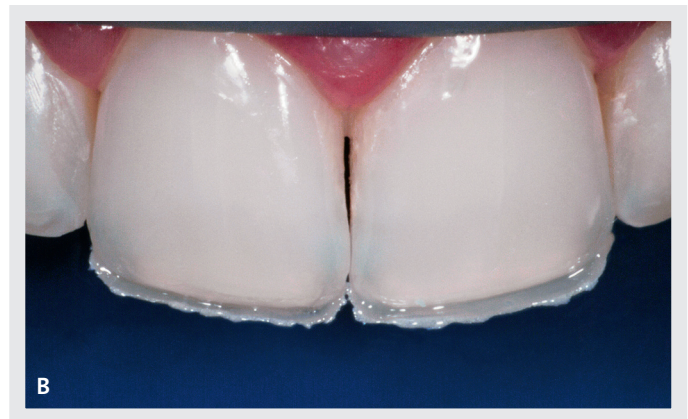
anatômica principal durante a reconstrução do sorriso.

O grande desafio neste caso era aumentar os incisivos centrais – dentes hígidos, que possuíam uma enorme riqueza de detalhes/policromia na região incisal (Fig. 6) e também reproduzi-los nos laterais, sem que houvesse perda da naturalidade e beleza destas nuances, sem desgaste da estrutura dentária. A observação destes detalhes anatômicos e também a sua compreensão<sup>9,12,13,20</sup> são elementos determinantes do alcance da naturalidade no tratamento restaurador.

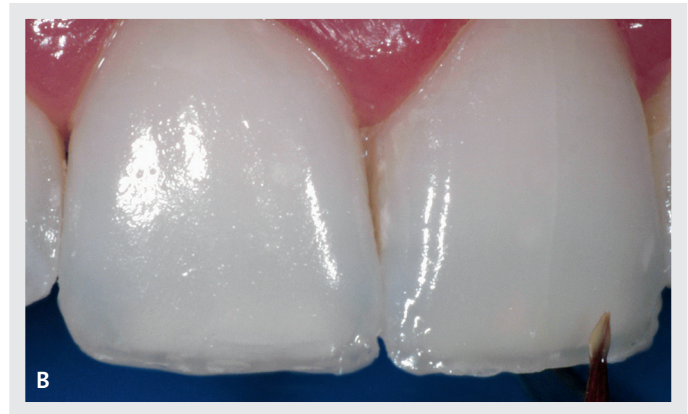
Iniciou-se o processo restaurador com o uso de isolamento absoluto modificado<sup>11</sup>, ou seja, a criação de um orifício e recorte de pré-molar a



**Figura 9** - Aplicação da primeira camada – esmalte artificial palatino.



**Figura 10A** - Esmalte artificial translúcido.

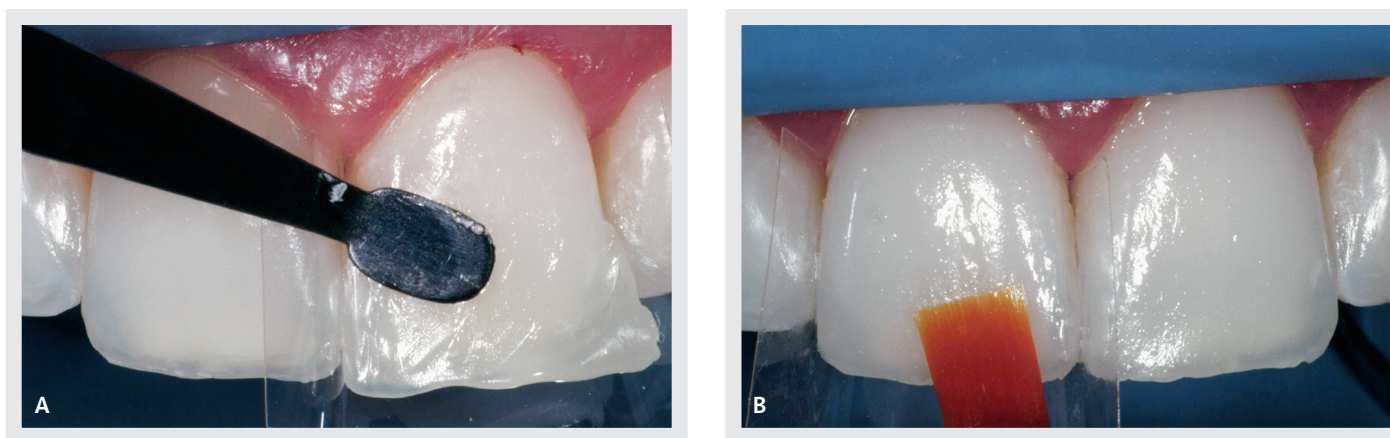


**Figura 10B** - Aplicação de corantes para reproduzir detalhes observados previamente.

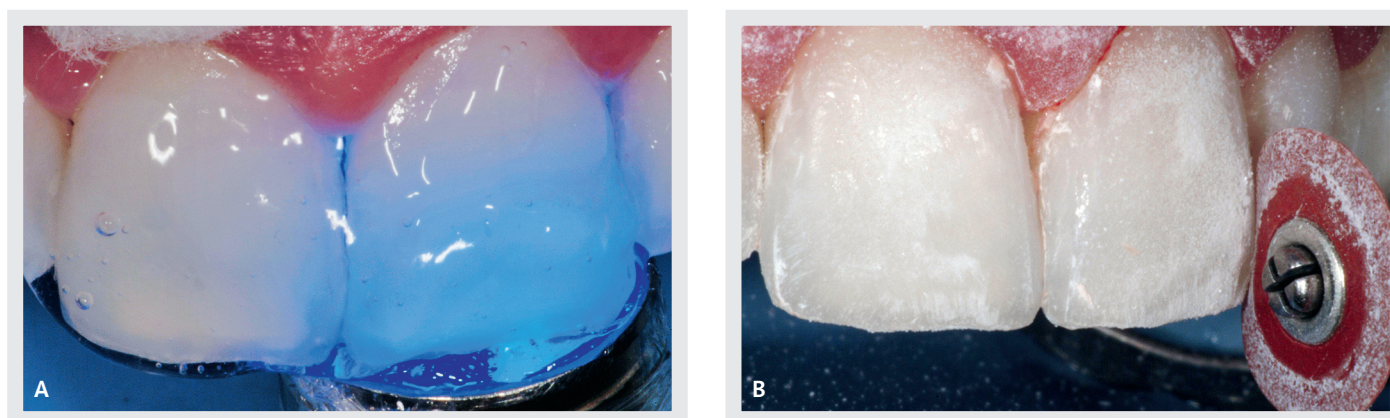
pré-molar no dique de borracha, a fim de permitir a colocação dele mesmo sobre os grampos retentores para se conseguir o controle adequado do campo.

O primeiro passo após o isolamento foi a remoção das resinas compostas que estavam nos incisivos laterais (Fig. 7A) utilizando discos solf-lex (3M) de granulação grossa, que também foram usados para a confecção dos mínimos biséis<sup>3,4,8</sup> (Fig. 7B), regularizando os bordos incisais e proporcionando assim melhor transição resina/dente. Não houve desgaste com relação à altura nos incisivos centrais.

Após o preparo, foi feita uma prova da guia de silicone (Fig. 8A) para conferir a adaptação da mesma e visualizar o espaço real que teríamos para trabalhar. Antes dos procedimentos adesivos, realizou-se a limpeza do dente com água oxigenada 3% por 20 segundos com a finalidade de remover matéria orgânica. Depois de lavado e seco, recebeu, como agente bactericida, clorexidina a 2% durante 20 segundos. Somente depois da secagem desta substância, iniciou-se o condicionamento com ácido fosfórico a 37%<sup>4</sup> (FGM) (Fig. 8B), lavagem com água em abundância e secagem suave, para remoção



**Figura 11** - Aplicação de um esmalte artificial (micropartícula) como camada final.



**Figura 12** - Aplicação do gel inibidor de oxigênio e definição da anatomia primária dos centrais.

do excesso de água. O adesivo utilizado foi o Adper Single Bond 2 (3M-Espe) (Fig. 8C).

No início da fase restauradora, propriamente dita, algumas considerações se fazem necessárias para otimização dos resultados estético e funcional. A considerar que a guia de silicone acompanha todo o comprimento cervico-incisal, é necessário que a primeira camada seja aplicada em toda a sua extensão, reproduzindo todo o esmalte palatino e também o halo esbranquiçado da incisal (Fig. 9). Neste caso, foi utilizada como esmalte artificial a resina híbrida 4 Seasons Hight Value

(Ivoclar/Vivadent).

Este incremento é fotopolimerizado por 40 segundos, segurando a matriz em posição, sendo depois removida, checada a adaptação da resina na palatina e, finalmente, fotopolimerizada por mais 40 segundos<sup>17</sup>. Os outros incrementos subseqüentes, até a penúltima camada, serão fotopolimerizados pelo tempo de 20 segundos cada, somente para otimizar o tempo operatório.

Com o objetivo de obter maior passagem de luz no terço incisal<sup>8,12,13,20</sup> e procurar reproduzir a opalescência do dente natural em referência,

utilizou-se a resina nanoparticulada<sup>14</sup> Supreme YT (3M/Espe) como esmalte artificial<sup>8</sup> de efeito translúcido (Fig. 10A). É válido ressaltar e lembrar que as resinas de esmalte para efeito, tanto esbranquiçado como translúcido, devem ser resinas com alta resistência a fraturas (características das híbridas, microparticuladas reforçadas e nanoparticuladas) por estarem sendo empregadas numa região de grandes esforços mastigatórios, assim como é a borda incisal. Para se reproduzir algumas nuances de tons amarelos, observadas durante o mapeamento cromático<sup>13,15,19</sup> (antes do isolamento e com os dentes úmidos), usamos uma mistura de corantes A3 opaquer + ochre + yellow (Kolor + Plus - Kerr) de forma bem sutil na região incisal (Fig. 10B).

Como incremento final e aplicada do terço médio até a borda incisal, optamos por uma resina microparticulada – Microneu Incisal Light Gray (Bisco) (Fig. 11). O emprego desse esmalte artificial tem como objetivo definir o valor final da restauração e deixar transparecer as caracterizações apostas anteriormente, reproduzindo também a translucidez natural do esmalte<sup>20</sup>. Durante a aplicação de todas as camadas, além da espátula verde (Safident-Allmore) usamos um pincel de ponta chata (Artiste - Line Brush (Hot Spot Design) para que seja feita uma excelente adaptação da resina ao dente, procurando não deixar degraus, o que facilita a aplicação de camadas posteriores e também o acabamento e polimento final<sup>16</sup>.

Após a aplicação desta última camada, é utilizado um gel de oxalato ou glicerina (inibidor oxigênio) e feita a fotopolimerização final (Fig. 12A) pela técnica convencional<sup>17</sup>, sendo necessários 60 segundos em cada face (Demetron 501 – Kerr). Com o lençol de borracha ainda em posição, realizamos somente a anatomia primária<sup>8</sup>,



**Figura 13** - Reconstrução dos laterais e posteriormente do canino esquerdo, sendo fiel ao protocolo de trabalho demonstrado anteriormente.



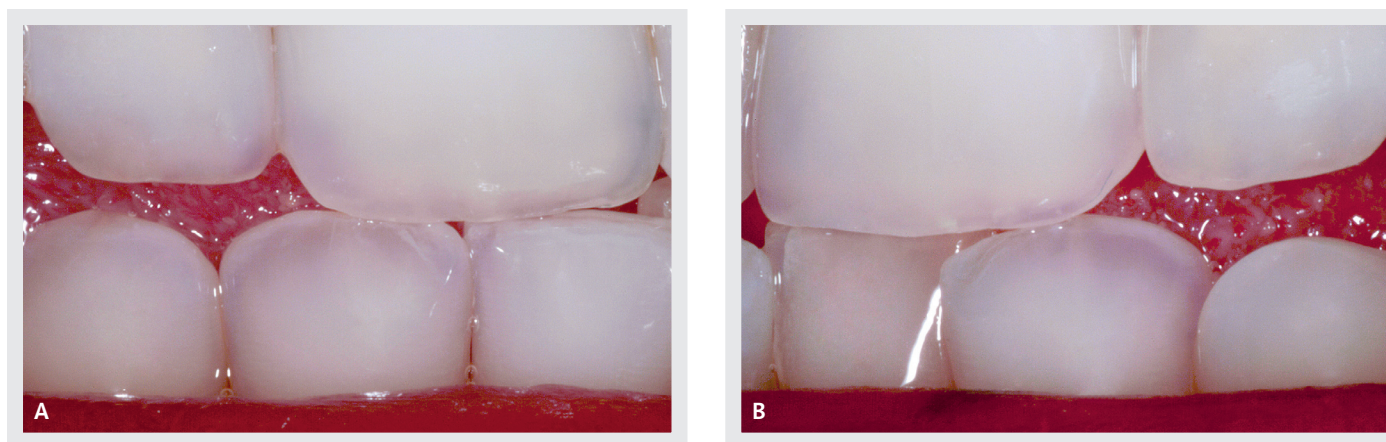
Figura 14 - Resultado imediato obtido.



Figura 15 - Observação da textura com pó de prata e polimento final.



Figura 16 - Resultado final após interação da estética gengival com a estética dentária.



**Figura 17** - Resultado final. Observar a naturalidade obtida com as resinas compostas nas incisais dos dentes superiores e semelhança com os dentes naturais inferiores.

que é a busca da forma geométrica básica e do posicionamento correto das arestas vestibulares. Procurou-se remover pequenos excessos com lâminas de bisturi, discos Sof-lex Pop-On XT (3M) e lixas abrasivas Epitex (GC) (Fig. 12B).

Para a reconstrução dos laterais e do canino esquerdo (Fig. 13), foi feita a mesma seqüência clínica. A aplicação incremental policromática<sup>7,8,9,10</sup> utilizada nos centrais foi copiada para os referidos dentes. A única diferença é que, nos laterais e no canino, utilizou-se um pequeno incremento de dentina artificial - 4 Seasons B1 Dentin (Ivoclar/Vivadent) – após a aplicação do esmalte palatino (1ª camada junto com a guia). Esta pequena camada de dentina artificial foi inserida na região dos mamelos dentinários, para se obter maior volume, caso contrário, teríamos uma espessura maior de esmalte artificial, conseqüentemente uma translucidez<sup>20</sup> acentuada. Somente após o término dos laterais, o caso foi finalizado com a plástica do canino esquerdo (Fig. 14).

Após os dentes terem sido reidratados, em uma segunda sessão, realizamos o acabamento e o polimento final<sup>16</sup>. Para se observar e reproduzir detalhes como textura superficial<sup>6</sup> e

linhas de reflexão de luz, utilizou-se um pó de prata (Benzer Dental Zurich) (Fig. 15A) e pontas diamantadas de granulação extrafina, como a SF 888012 (Kit Axis, Newton Fahl).

Para o polimento, foram usadas taças e pontas de óxido de alumínio (kit Astropol - Ivoclar/Vivadent), na cores cinza, verde e rosa, seqüencialmente. Elas podem ser empregadas também para eliminar irregularidades excessivas geradas pela texturização<sup>6</sup>. O brilho final foi adquirido com a utilização das escovas de carbeto de silício Jiffy brush (Ultradent) (Fig. 15B), e posteriormente com discos de feltro Flexibuff (Cosmedent) e a pasta de óxido de alumínio Enamelize (Cosmedent).

O resultado final (Fig. 16) foi um sorriso harmônico. Esta harmonia/beleza foi realçada devido ao equilíbrio do conjunto<sup>1</sup> - dentes e gengiva e conseqüentemente deste sorriso com a face.

Para se obter este mimetismo composto/dente foram levados em consideração aspectos físicos e óticos da dentadura natural<sup>13,15,19,20</sup> bem como dos materiais restauradores utilizados. Segundo Paulo Kano<sup>13</sup>, não é possível estabelecer protocolos ou definir técnicas de estratifi-



**Figura 18** - Aspecto inicial e final. Observar harmonia obtida entre tecidos moles (gengiva e lábio) e os dentes.

cação, sem que o clínico compreenda as formas como as cores se relacionam nos dentes naturais e nos materiais restauradores. A utilização de um guia de silicone<sup>2,7,8,10</sup>, como protocolo de trabalho, tornou-se fundamental e permitiu prever o alcance do objetivo do nosso trabalho, qual seja, a cópia fiel da natureza (Fig. 17).

### CONCLUSÃO

A integração entre as distintas especialidades da Odontologia tornou-se básica e indispensável no planejamento e execução dos tratamentos nos dias atuais. Devemos procu-

rar ter conhecimento e trabalhar com colegas de áreas afins, para oferecermos o que há de melhor, sejam técnicas, materiais e/ou opções de tratamento, aos nossos pacientes. Procurar obter um equilíbrio do conjunto<sup>1</sup> – dentes, gengiva e face – torna favorável a busca pela excelência do resultado final: melhora da autoestima, qualidade de vida e bem-estar.

O resultado final apontou para um sorriso harmônico, equilibrado, sendo valorizada a reprodução de detalhes, que conferiram naturalidade ao tratamento restaurador executado (Fig. 18).

## Gingival and dental aesthetic: searching for harmony

The knowledge and excellence in the facial, gingival and dental analyses have become essential features in the practice of a modern Esthetic Dentistry, since the power of the human face attraction depends on this whole set. Based on these principles, this paper describes, using a clinical sequence, the rehabilitation of a smile, in which a gingival

and dental unbalance was diagnosed. It will also address the factors that play an important role in the achievement of composite resin restorations that mimic the nature of the anterior teeth. The adoption of some minor surgical and restorative procedures enabled the patient to have again a nice and harmonic smile.

**KEY WORDS:** Dental aesthetic. Gingival aesthetic. Composite resins.

## REFERÊNCIAS

1. BAUDOU, J. Y.; TINBERGHIEN, G. Symmetry, averageness, and feature size facial attractiveness of women. *Acta Psychol*, Amsterdam, v. 117, no. 3, p. 313-332, Nov. 2004.
2. BEHLE, C. Placement of direct composite veneers utilizing a silicone build-up guide and intra-oral mock-up. *Pract Periodontics Aesthet Dent*, New York, v.12, no. 3, p. 259-266, 2000.
3. CAMPOS, B. B. **Efeito do bisel na infiltração marginal de restaurações de classe IV, de resina composta, em dentes bovinos**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2002.
4. CARVALHO, R. M.; SANTIAGO, S. L.; FERANDES, C. A. O.; SUH, B. I.; PASHLEY, D. H. Effects of prism orientation on tensile strength of enamel. *J Adhes Dent*, New Malden, v. 2, p. 251-257, 2000.
5. CAVALLI, V.; REIS, A.F.; GIANNINNI, M.; AMBROSAND, G. M. The effect of elapse time following bleaching on enamel bond strength of resin Composite. *Oper Dent*, Seattle, v. 26, no. 6, p. 597-602, Nov./ Dec. 2001.
6. CROLL, T. P. Simulation irregular enamel surface texture in composite resin restorations. *Quintessence Int*, Chicago, v. 19, p. 311-312, 1988.
7. DIETSCHI, D. Free-hand composite resin restoration: a key to anterior aesthetic. *Pract Periodont & Aesthetic Dent*, New York, v. 7, no. 7, p.15-25, 1995.
8. FAHL, N. J. Achieving ultimate anterior esthetics with a new microhybrid composite. *Compend Contin Educ Dent* Lawrenceville, no. 26, p. 4-13, 2000. Supplement.
9. FAHL, N. J.; DENEHY, G. E.; JACKSON, R. D. Protocol for predictable restoration of anterior teeth with composite resins. *Pract Periodont & Aesthetic Dent*, New York, v.7, no. 8, p.13-21,1995.
10. FAHL, N. J. Predictable aesthetic reconstruction of fractured anterior teeth with composite resin: a case report. *Pract Periodont & Aesthetic Dent*, New York, v. 8, no. 1, p.17- 31,1995.
11. LIEBENBERG, W. H. General field isolation the cementation of indirect restorations: Part I. *J Am Dent Assoc*, Chicago, no. 49, v.7, p. 349-353, 1994.
12. MAGNE, P.; BELSER, U. Estética oral natural. In: MAGNE, P.; BELSER, U. **Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: uma abordagem biomimética**.1. ed. Chicago: Quintessence, 2003. p. 57-96
13. MELO, T. S.; KANO, P.; ARAUJO JUNIOR, E. M. Avaliação e reprodução cromática em odontologia restauradora. *Int J Braz Dent*, São José, v. 1, n. 2, p. 95-104, abr./jun. 2005.
14. MITRA, S. B.; WU, D.; HOLMES, B. N. Uma aplicação da nanotecnologia no avanço dos materiais odontológicos. *J Am Dent Assoc*, Chicago, p. 351-358, nov. /dez. 2003.
15. MUIA, P. J. **Four dimensional tooth color system**. Carol Stream: Quintessence, 1993.
16. PEYTON, H. J. Finishing and polishing techniques: direct composite resin restorations. *Pract Periodont & Aesthetic Dent*, New Jersey, v.16, no. 4, p. 293-298, 2004.
17. RUEGGEBERG, F. A. et al. Factors effecting cure at depths within light-activated resin composites. *Am J Dent*, San Antonio, v. 6, p. 91-95, 1993.
18. RUFENACHT, C. R. **Fundamentals of esthetics**. 2nd ed. Chicago: Quintessence, 2001.
19. VANINI, L.; MONGANI, F. M. Determination and communication of color using the five color dimensions of teeth. *Pract Periodont & Aesthetic Dent*, New Jersey, v.13, no.1, p.19-26, 2001
20. VARGAS, M. A.; LUNN, P. S.; FORTIN, D. Translucency of human enamel in dentin. *J Dent Res*, Chicago, 1994.



## Endereço para correspondência

**Cláudio de Pinho Costa**  
 SEPS 710/910, Edifício Via Brasil Torre A, Sala 208 2º andar - Asa Sul  
 Brasília – DF - CEP: 70.350-108 - e-mail: clpinho@terra.com.br  
 site: www.esteticafacialdental.com.br