FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

FACSETE

PATRÍCIA MELAURO RIBEIRO MELO

ANÁLISE FACIAL: REVISÃO DE LITERATURA

SERTÃOZINHO

2021

PATRÍCIA MELAURO RIBEIRO MELO

ANÁLISE FACIAL: REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Latu Sensu* da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização.

Área de Concentração: Ortodontia.

Orientador: Marcela Roselino Ricci Santos

SERTÃOZINHO

2021

Melo, Patrícia M. R.

Análise Facial: Revisão de Literatura / Patrícia Melauro Ribeiro Melo. – Sertãozinho:[s.n.], 2021. 30p.; 30cm;il

Orientador: Marcela Roselino Ricci Santos

Monografia. (Especialização em Ortodontia) - Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas. Orientador: Marcela Roselino Ricci Santos. 1. Análise Facial 2.Ortodontia. Sertãozinho, 2021.

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

Monografia intitulada Análise Facial: Revisão de Literatura de autoria da aluna Patrícia Melauro Ribeiro Melo , aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Marcela Roselino Ricci Santos - Ortogotardo – Centro de Estudos em Ortodontia – Orientador

Paulo Henrique Barbosa Stopa - Ortogotardo – Centro de Estudos em Ortodontia - Coorientador

Eduardo Mendes Gotardo - Ortogotardo – Centro de Estudos em Ortodontia -Examinador

Sertãozinho, 17 de Novembro e 2021

Scanned by TapScanner

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus queridos e amados pais Júlia e Itacy, ao meu filho Vítor e ao meu querido esposo Felipe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela Vida, a minha família, aos meus grandes amigos e em especial a escola Ortogotardo!

RESUMO

Por meio de uma revisão de literatura o presente trabalho mostrou a importância da análise facial no diagnóstico ortodôntico e a importância do equilíbrio dos tecidos moles da face para que haja um equilíbrio dentário-esquelético e consequentemente sucesso no tratamento, assim como, apresentou também linhas de referência frontal e perfil para a análise facial, abordando de forma simples e clínica, os padrões de equilíbrio estético. O trabalho difunde que a análise facial veio para complementar a fase de diagnóstico, etapa importante no planejamento do tratamento ortodôntico.

PALAVRAS CHAVES: Análise Facial, Estética, Diagnóstico, Ortodontia, Ortopedia.

ABSTRACT

Through a literature review, the present work showed the importance of facial analysis in orthodontic diagnosis and the importance of balancing the soft tissues of the face so that there is a dental-skeletal balance and, consequently, treatment success, as well as presenting lines of frontal reference and profile for facial analysis, approaching, in a simple and clinical way, the patterns of aesthetic balance. The work shows that facial analysis came to complement the diagnosis phase, an important step in planning orthodontic treatment.

KEYWORDS: Facial Analysis, Aesthetics, Diagnosis, Orthodontics, Orthopedics.

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO** ……..	08
2.	**PROPOSIÇÃO**.....	10
3.	**REVISÃO DE LITERATURA** …….	11
4.	**DISCUSSÃO** ……..	21
5.	**CONCLUSÃO**..……..	23
6.	**REFERÊNCIAS** …….	24

1 INTRODUÇÃO

A procura pela harmonia e equilíbrio estético é uma preocupação que podemos notar desde a antiguidade (Peck & Peck, 1970). Este fato pode ser observado de diversas maneiras desde as mais antigas civilizações, porém, avaliar a beleza de um rosto seria algo muito complexo, pois trata-se de um termo de caráter subjetivo e bastante pessoal com influência cultural (Tukasan et al., 1996). Isto resultou na intensificação da busca pelo estudo da face e a harmonia entre os elementos faciais (Nunes et al., 2001).

Nos planejamentos ortodônticos existe também essa preocupação com a harmonia das formas faciais, por isso esse tema tornou-se tão importante em nossa área de atuação. Segundo Burstone(1958), a porção inferior da face influencia muito a forma como as pessoas se aceitam. Portanto, uma boa aparência, seria uma das primeiras funções da face. No início, grande parte das pesquisas se atentavam somente com a posição dos dentes em relação às suas bases ósseas (Vargevik e harvold (1985), e o diagnóstico e planejamento dos casos ortodônticos se ativeram basicamente à cefalometria, com isso, as análises cefalométricas tiveram um grande desenvolvimento e inúmeros foram os pesquisadores que criaram suas próprias análises. Atualmente faz-se necessário destacar a importância da análise facial como exame indispensável para o diagnóstico e o planejamento ortodôntico, que pode identificar as características positivas e negativas do tecido mole do indivíduo, propondo assim tratamentos adequados (Arnett,Bergman, 1993).

É importante salientar que o objetivo principal do tratamento deve estar a busca pela oclusão ideal funcional e inerte, saúde periodontal e o equilíbrio do sistema estomatognático como um todo, mas também a atenção aos tecidos moles sendo de vital importância (Arnett,Bergman, 1993). O planejamento das mudanças estéticas é difícil, especialmente no que se refere à sua integração com a correção da oclusão (Suguino et al., 1996). O equilíbrio e a harmonia facial, assim como a oclusão ideal, devem ser objetivos simultâneos e igualmente importantes no tratamento ortodôntico (Klontz, 1998).

O exame clínico da face é um dos elementos de diagnóstico de que lançamos mão no decorrer de um planejamento ortodôntico, é importante que haja uma

associação de informações no planejamento; medidas esqueléticas e análise subjetiva do padrão facial, sendo assim, faz-se fundamental a avaliação personalizada e individualizada de cada paciente,

2 PROPOSIÇÃO

A procura pela estética do sorriso tem atraído pessoas ao consultório odontológico que estão em busca de um sorriso harmônico, recorrendo à ortodontia corretiva e preventiva para correção de discrepâncias ortodônticas, sendo indispensável a dominância do profissional ortodontista no assunto para um bom diagnóstico, planejamento e tratamento. Com isso a proposta do presente trabalho é aprofundar no tema: análise facial; considerando a dimensão que o profissional ortodontista desempenha na busca pela harmonia dos tecidos através do tratamento ortodôntico, sendo ele cirúrgico ou não cirúrgico, apresentando a importância da análise facial como um recurso para o diagnóstico ortodôntico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Com o estudo da análise facial e a cefalometria radiográfica, tornou-se possível estudar com maior precisão os tecidos moles e duros, seus contornos e relações. Para predizer uma resposta do tecido mole em relação às mudanças no tecido duro, o ortodontista deve entender o comportamento do tecido mole no tratamento ortodôntico e no crescimento e desenvolvimento da face (Vedovello et al. 2002). As normas faciais são utilizadas para definir o que é aceitável e também para estabelecer valores que devem ser usados apenas como guias, sendo que exceções devem ser feitas em certos indivíduos, devido às suas características particulares, que podem representar traços familiares (Vedovello et al. 2002).

Os modelos e/ou exame clínico da oclusão indicam a necessidade de correção do posicionamento dentário (Arnett e Bergman 1993).

A literatura nos revela que muitas vezes focar somente em corrigir a oclusão pode levar a um desequilíbrio do perfil facial muitas vezes sem condições de correções posteriores (Siqueira; Silva, 2009).

A análise facial portanto deve ser usada para identificar as características faciais positivas e negativas do indivíduo e, por conseguinte, indicar como a maloclusão deve ser corrigida para se conseguir modificações faciais necessárias e vantajosas para o indivíduo (Arnett e Bergman 1993).

Muitos fatores influenciam as características faciais, tais como o padrão esquelético, o padrão dentário, a espessura do tecido mole, a etnia e as diferenças de gênero e de idade, que, para se obter sucesso no tratamento, todos esses fatores devem ser considerados (Vedovello et al. 2002).

A suposição de que a correção da maloclusão baseada em valores normativos cefalométricos proporcionam uma estética facial adequada segundo Angle 1907, não era sempre verdadeira, podendo algumas vezes levar o profissional a resultados abaixo das suas expectativas e das expectativas do indivíduo, porém em 1907 mesmo, Angle também destacou a importância dos tecidos moles. Sendo assim, para um diagnóstico bem sucedido é fundamental um bom exame dos modelos, uma correta análise cefalométrica radiográfica e a análise facial.

POSIÇÃO NATURAL DA CABEÇA

A posição mais adequada da cabeça durante a análise facial tem sido bastante considerada e discutida pelos ortodontistas e pesquisadores. Autores como Arnett e Bergman 1993a defenderam a posição natural da cabeça como a posição ideal para a obtenção das linhas de referência durante a análise facial.

Para McNamara Júnior et. al. (1993), o uso da posição natural da cabeça parecia ser um método ideal de orientação, porém sua reprodutibilidade era difícil, devido às variações naturais de postura.

Após muitos estudos, comprovaram que o plano de Frankfurt desvia-se em média 5º do plano obtido pela posição natural da cabeça (Vedovello et al. 2002) .

Porém, para Arnett e Bergman 1993a em suas análises faciais, os autores preferiram a posição natural da cabeça nas análises faciais, pois achavam que ela não apresentava grandes variações, como as posições que se baseavam em marcas intracranianas para sua determinação. A posição natural da cabeça seria, para esses autores, aquela que o indivíduo assumia naturalmente, pois segundo os mesmos, os indivíduos não andariam com suas cabeças com o plano de Frankfurt paralelo ao solo e, muitas vezes, quando o indivíduo tinha que movimentá-la para criar essa situação de paralelismo, acabava por criar um falso perfil de classe ii e iii.

Posição dos lábios

Segundo Ricketts (1968)*,* em uma análise do tecido mole bucal, vários fatores deveriam ser considerados, entre eles, a correlação entre forma e função, a interação entre a língua e os lábios em todas as suas funções e a influência labial no posicionamento dentário.

Na análise facial, de acordo com Legan e Burstone (1980), é importante se preocupar com a posição dos lábios do indivíduo durante o planejamento ortodôntico, assim como sua posição ao final do tratamento.

AVALIAÇÃO DO TECIDO MOLE

A avaliação global do tecido mole de frente e de perfil é essencial para que se tenha um entendimento amplo das características estéticas do paciente. Vários

estudos realizados tiveram como propósito desenvolver medidas que quantificasse a estética facial, para que estes valores auxiliassem no diagnóstico e no plano de tratamento (Costa et al. 2004).

Vista Frontal

- *Contornos e Tipos Faciais:*

Segundo Suguino et al. (1996), para que tenhamos uma boa proporção na face, é necessário observarmos alguns traços importantes como a altura e a largura faciais.

As faces podem ser em relação a largura: largas, normais ou estreitas; e em relação a altura: curtas, normais ou longas; como ainda podem ser enquadradas em: redondas ou ovais, quadradas ou retangulares (Arnett,Bergman, 1993).

Para melhor classificação, Ricketts propôs três tipos faciais, sendo eles: dolicocefálico, mesocefálico e braquicefálico.

• Braquifacial: são aqueles que apresentam predominância de crescimento facial horizontal e lateral sobre o vertical, musculatura facial forte e arcada dentária com tendência à forma quadrada.

• Mesofacial: apresentam harmonia no sentido vertical e horizontal. O arco se apresenta em forma de U.

• Dolicofacial: são indivíduos caracterizados por uma predominância de crescimento vertical. Face longa, arco em V, palato profundo.

- *Linhas Médias*:

As linhas médias são determinadas em relação cêntrica e no primeiro contato dos dentes (Arnett, Bergman, 1993).

Proffi t (1995) cita a importância da análise clínica da relação mediana de cada arco dentário com a linha mediana dos maxilares, para o tratamento ortodôntico. Para analisar a simetria dos lados direito e esquerdo é traçado uma linha imaginária na face que passa no filtro do lábio superior localizado na parte mais baixa da depressão do lábio superior e no centro da ponte do nariz localizado na metade da distância entre o canto interno dos olhos (Figura 1). Juntamente com a

avaliação da linha média da face é analisada a linha média dos incisivos superiores e inferiores.

As linhas médias horizontais são traçadas em 90º em relação à linha média facial. A linha de referência do mento, caninos superiores e inferiores e corpo da mandíbula devem ser todos paralelos.

Com a avaliação das linhas médias esqueléticas e dentárias, os fatores etiológicos são determinados. Os desvios da linha média dentária são resultado de múltiplos fatores que incluem: espaços, rotações dentárias, ausência de dentes, dentes vestibularizados ou lingualizados, coroas ou restaurações que mudam o tamanho dentário, diferença congênita no tamanho dentário de esquerda para direita (Suguino et al., 1996).

Desvios de linha média dentária são tratados ortodonticamente, enquanto os esqueléticos são tratados cirurgicamente (Arnett, Bergman, 1993).

De acordo com Almeida, Almeida (1999), quando o desvio ocorre na região nasal, isso sugere a existência de desvio de septo, adenóide hipertrófica ou carne esponjosa nasal, com presença de respiração bucal ou mista. Contudo, se o desvio ocorrer na região mentoniana, pressupõe-se desenvolvimento disforme do osso mandibular, com presença ou não de mordida cruzada, inclinação dos planos oclusais superiores ou inferiores.

- *Terços Faciais:*

Segundo Arnett, Bergman (1993), a face é dividida em três terços: superior, médio e inferior (Figura 1), sendo que, em uma face equilibrada, estes geralmente apresentam alturas entre 55 a 65 mm.

• Terço superior: fica compreendido entre a raiz do cabelo e a linha das sobrancelhas (Almeida, Almeida, 1999).

Segundo Arnett, Bergman (1993), este terço é o menos importante, visto que é afetado pela linha do cabelo e é altamente variável, dependendo do mesmo. Estas áreas são usualmente normais em alterações dento-faciais (Suguino et al., 1996).

• Terço médio: é limitado pela linha das sobrancelhas e pela linha subnasal (Almeida, Almeida, 1999).

Os olhos, as órbitas, o nariz, as bochechas e as orelhas são sistematicamente analisados (Figura 1). Para que ocorra uma proporção ideal, a largura da base do nariz deve ser aproximadamente a mesma da distância intercantal, enquanto a largura da boca deve se aproximar da distância interpupilar (Suguino et al., 1996).

Em relação ao exame dos olhos, Arnett, Bergman (1993) citam que estes devem estar simétricos tanto no sentido horizontal quanto no sentido transversal.

A assimetria do globo ocular sugere a existência de desenvolvimento deficiente do osso maxilar do lado afetado, podendo ser causado pela presença de mordida cruzada, respiração mista ou bucal (Almeida, Almeida, 1999). Um nariz excessivamente afilado e um nariz assimétrico sugerem presença de respiração bucal ou mista, podendo ter como causa a existência de adenóide hipertrófica, carne esponjosa nasal excessiva, desvio de septo ou algum hábito (Almeida, Almeida, 1999).

Na avaliação das bochechas, são observadas a eminência malar, borda infra-orbital e áreas paranasais (Suguino et al., 1996).

• Terço inferior: este terço é o mais importante para a avaliação do ortodontista, ele esta localiza-se entre a linha subnasal e o mento (Almeida, Almeida, 1999) (Figura 1). O comprimento do terço inferior está relacionado diretamente aos tipos faciais. O mento é avaliado quanto à sua simetria, relações verticais e morfologia. Se o terço inferior apresentar-se aumentado, tal desarmonia pode sugerir a ocorrência de mordida cruzada acentuada ou mordida aberta severa ou, até mesmo, a associação de ambas. Se o terço inferior estiver diminuído, a presença dessa desarmonia facial pode sugerir a ocorrência de mordida profunda severa acompanhada ou não de deficiência no desenvolvimento mandibular (Almeida, Almeida, 1999).

- *Análise do Sorriso:*

Dois tipos de sorrisos são analisados no momento da análise facial: o sorriso posado e espontâneo. No sorriso posado é avaliado o arco do sorriso que é a relação da curvatura das superfícies incisais dos incisivos e cúspides dos caninos superiores e a curvatura do lábio inferior; e é avaliado também o corredor bucal, que

é influenciado pela largura do arco, posicionamento ântero-posterior da maxila e pela musculatura.

No sorriso espontâneo é onde podemos mensurar a exposição gengival e margens gengivais e papilas. A exposição ao sorrir é de 3/4 de altura da coroa para 2mm de gengiva (Arnett, Bergman, 1993).

Segundo Suguino et al. (1996), a variabilidade da exposição gengival está relacionada a vários fatores, como comprimento labial, comprimento maxilar vertical, comprimento da coroa anatômica dos incisivos superiores e magnitude da elevação labial com o sorriso (hipertonicidade da musculatura dos elevadores do lábio superior).

Tjan, Miller (1984) e Landgraf et al. (2002) relataram dimorfismo sexual na avaliação do sorriso. As mulheres aceitam mostrar mais a gengiva que os homens durante o sorriso, em uma relação de 2:1.

Também é possível avaliar a maxila no sentido transversal, através do exame do sorriso. Em uma relação harmônica, durante o sorriso, a maxila se comporta de maneira a mostrar o corredor bucal (distância entre a face interna da bochecha e a face vestibular dos dentes posteriores). Diante de uma discrepância transversa de atresia maxilar, identificamos um extenso corredor bucal (Landgraf et al., 2002).

- *Avaliação dos Lábios:*

Os lábios precisam ser avaliados em repouso e durante o sorriso (Suguino et al., 1996).Inicialmente, observamos a simetria. Assimetrias podem ser causadas por deformidade do lábio (em pacientes fissurados), disfunção do nervo facial ou assimetrias dento esqueléticas (Suguino et al., 1996).

• Lábio superior: corresponde à região situada entre o ponto subnasal e o estômio, devendo ocupar 1/3 da distância subnasal-mentoniana. Seu comprimento normal, medido do subnasal ao ponto mais inferior do lábio, é de 19 a 22mm (Arnett, Bergman, 1993).

• Lábio inferior: segundo Landgraf et al. (2002), o lábio inferior e o mento correspondem a 2/3 da distância subnasal-mentoniana e situam-se entre o ponto estômio e o mentoniano. Seu comprimento normal, entre o ponto mais superior do lábio até o tecido mole do mento (Li – Pg’), fica entre 38 e 44mm (Arnett,

Bergman,1993). Um lábio inferior anatomicamente curto está associado, algumas vezes, com maloclusões de Classe II.

Um lábio inferior anatomicamente longo pode ser associado com maloclusões de Classe III (Suguino et al.,1996).

A exposição do lábio inferior, quando em repouso, deve ser 25% maior que a do lábio superior. Na posição de repouso, quando existe uma boa estética, haverá um espaço interlabial de 1 a 5mm (Arnett, Bergman, 1993).

Um aumento no espaço interlabial é observado quando existe um lábio superior anatomicamente curto, excesso maxilar vertical e protrusão mandibular com mordida aberta. Um espaço reduzido é encontrado nos casos de deficiência maxilar vertical, lábio superior anatomicamente longo (mudança natural com a idade, especialmente nos homens) e retrusão mandibular com mordida profunda (Suguino et al.,1996).

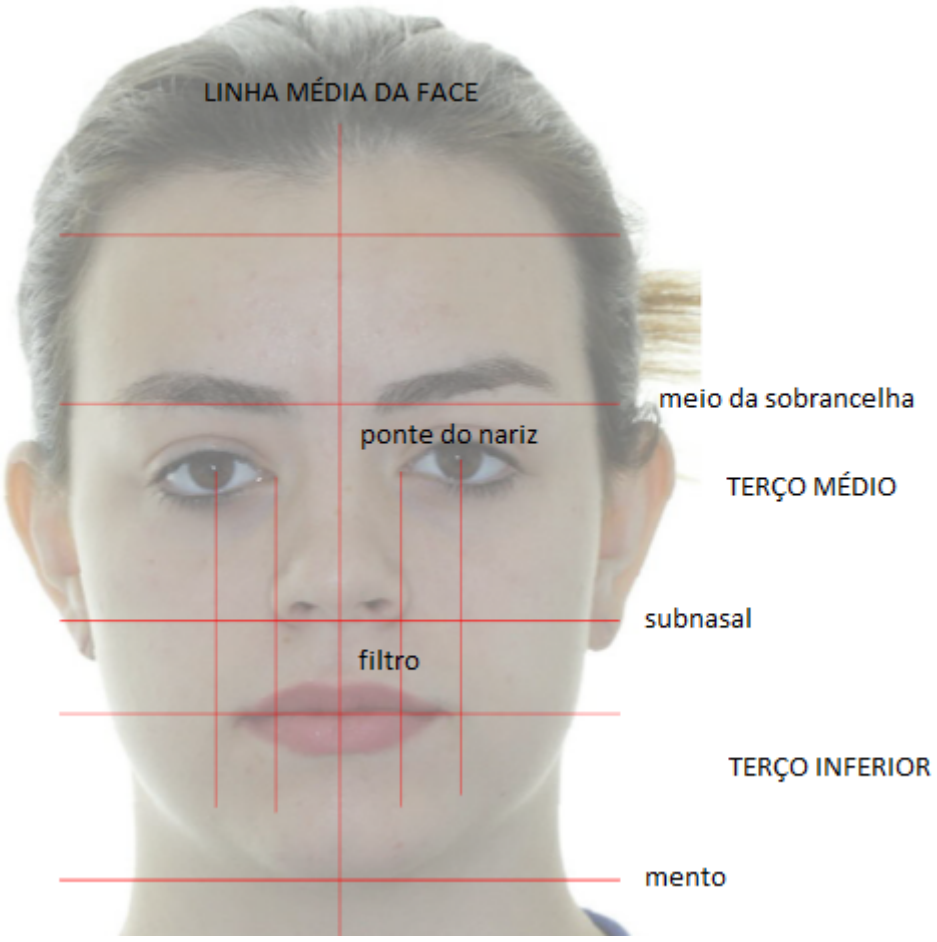


Figura 1: Linha média e Terços da face

Vista do Perfil

- *Tipo Facial:*

Como já antes mencionado os tipos faciais se dividem em braquifacial, mesofacial e dolicofacial, que podem ser avaliados no âmbito de perfil avaliando a relação do plano de camper com o plano mandibular (Costa et al. 2004), sendo o braquiocefálico com planos paralelos, o mesocefálico com planos levementes divergentes e o dolicocefálico com planos divergentes .

- *Linha Subnasal Vertical:*

Essa linha imaginária passa na região subnasal e deve ser perpendicular à posição natural da cabeça. Com esta linha podemos avaliar a posição ântero-posterior da maxila ponto A´, lábio superior (L.s), lábio inferior (L.i) e a posição da mandíbula (ponto B´ e ponto Pg´).

O indivíduo Padrão I caracteriza-se pela normalidade nas relações esqueléticas sagitais e verticais, nas avaliações de frente e de perfil (Capelozza, 2004).

O indivíduo padrão II são aqueles que apresentam um perfil demasiadamente convexo. O padrão II apresenta convexidade facial aumentada, em consequência do excesso maxilar, mais raro, ou pela deficiência mandibular (Silva et al. 2005)

O indivíduo padrão III apresenta características faciais peculiares, essencialmente perfil reto ou côncavo (menos frequente) (Capelozza, 2004)..

- *Espessura dos Lábios:*

De acordo com Prahl-Andersen et al. (1995), a espessura do lábio superior pode ser medida de duas maneiras: do subnasal ao ponto A e do incisivo superior à ponta do lábio (Figura 2).

A espessura do lábio inferior pode ser determinada entre os pontos: lábio inferior e incisivo inferior (Arnett, Bergman, 1993) (Figura 2). Pacientes com lábios finos tendem a apresentar maior mudança facial em relação ao movimento dentário quando comparado a pacientes com lábios espessos.

A espessura de tecido mole do lábio superior, lábio inferior e mento deve manter a proporção de 1:1:1 (Suguino et al.,1996).

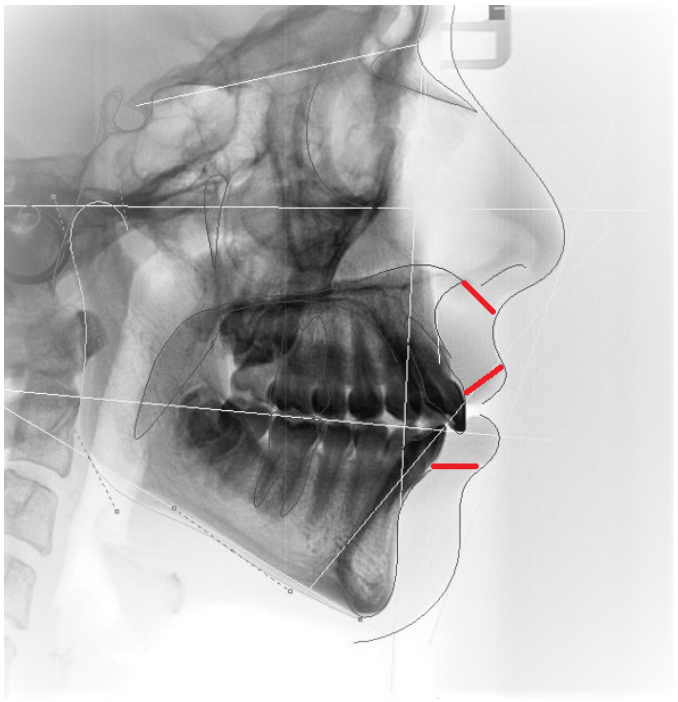


Figura 2- espessura dos lábios

- *Osso Malar:*

É a maior convexidade na região malar. Define posição anteroposterior da maxila, quando o osso maxilar apresenta-se plana ou achatada devido a deficiência maxilar.

- *Posição Mandibular e Tamanho da Linha Queixo-Pescoço:*

O tamanho da mandíbula é definido pela distância da junção pescoço a região submandibular até o mento mole. O ideal é visualizar e definir se a linha é curta, normal ou longa. A posição da mandíbula é determinada pela distância pg´ até L.V.V.. (Linha vertical verdadeira)

- *Ângulo Naso-Labial:*

É formado pela intersecção da linha do lábio superior e a linha que vai da columela ao subnasal (Arnett, Bergman,1993) (Figura 3).

O ângulo reflete a projeção do lábio superior perante a base do nariz. Seu valor normativo é de 104° (90° - 112°), porém mais importante que seu valor será sua relação para com a face do paciente, sendo um ótimo indicativo auxiliar do diagnóstico sagital da maxila (Landgraf et al., 2002).

Os ângulos agudos caracterizam orientais e mulheres, enquanto os ângulos obtusos caracterizam os homens (Herdy et al., 2002) .

Esse ângulo sofre influência direta da forma do nariz, além da projeção anteroposterior da maxila, tendo então um ângulo mais aberto para nariz arrebitado e mais fechado para nariz adunco. Sofre, ainda, influência da posição dentária, denunciando a protrusão e a inclinação dos dentes anteriores (Landgraf et al., 2002).

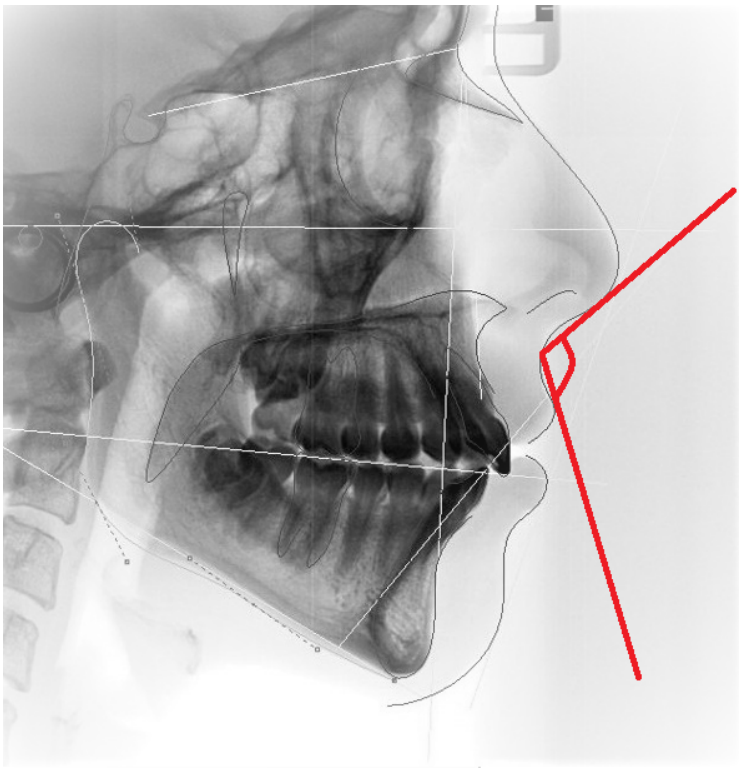


Figura 3 - ângulo nasolabial

- *Projeção Nasal:*

É medida horizontalmente do subnasal à ponta do nariz. Seu valor é de 16 a 20mm (Figura 4). É um indicador de posição anteroposterior da maxila (Arnett, Bergman, 1993). O ideal é examinar e definir o seu tamanho, com pequeno, normal ou grande.

Segundo Landgraf et al. (2002), é possível aceitar uma maxila mais protusa para indivíduos com nariz arrebitado e uma maxila mais retruída para indivíduos com nariz encurvado.

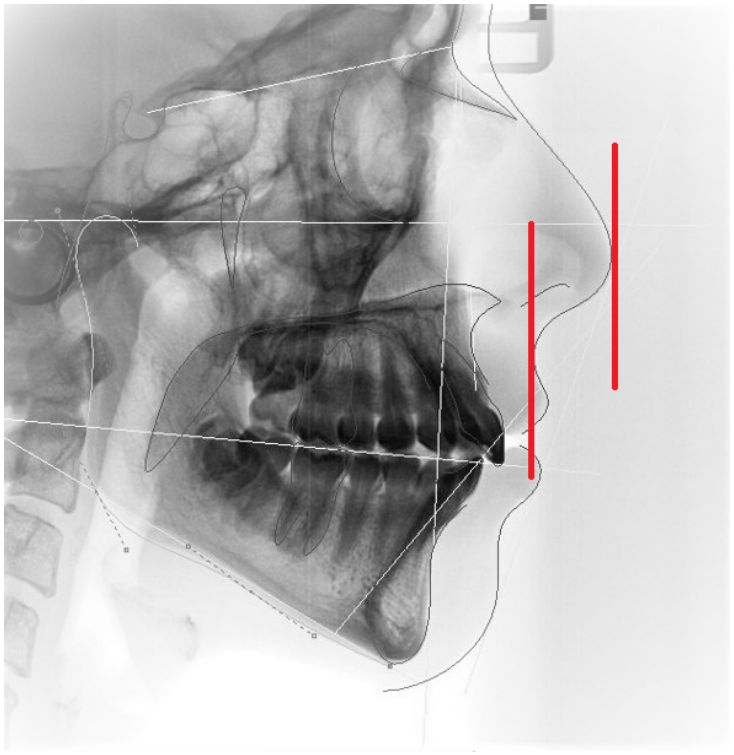


Figura 4 - projeção nasal

- *Sulco Mentolabial:*

É o contorno no extremo inferior da face, tanto a ausência quanto sua redundância conferem uma característica não estética, o bom seria o equilíbrio. O contorno deve ser uma curva delicada e o sulco tem uma profundidade de 4mm. Geralmente na classe II observamos este sulco muito curso e na classe III este sulco é plano.

4 DISCUSSÃO

Autores como McNamara Junior et al. (1993), Arnett e Bergman (1993a) foram unânimes em considerar a importância do estudo do tecido mole no diagnóstico ortodôntico.

A grande maioria dos autores concordam que tratar unicamente a mordida com base somente em análise de modelos ou em padrões cefalométricos ósseos sem exame da face não é o adequado.

A análise facial é um exame que auxilia o diagnóstico, o planejamento, o tratamento e consequentemente a qualidade dos resultados, evitando assim possíveis erros.

Ricketts (1968) e Legan e Burstone (1980) concordam que a posição do lábio inferior ao final do tratamento é importante.

Tjan, Miller (1984) e Landgraf et al. (2002) relataram dimorfismo sexual na avaliação do sorriso

Para McNamara Júnior et. al. (1993), o uso da posição natural da cabeça parecia ser um método ideal de orientação, porém sua reprodutibilidade era difícil, devido às variações naturais de postura. Para os autores Arnett e Bergman (1993) a posição natural da cabeça seria a posição ideal, pois é aquela que o indivíduo assume naturalmente, segundo os mesmos, os indivíduos não andariam com suas cabeças com o plano de Frankfurt.

5 CONCLUSÃO

Podemos notar na evolução humana que a estética facial tem desempenhado um papel importante na sociedade. A ortodontia foca o tratamento em diversos aspectos, dentre os quais devem estar bem relacionados a posição dentária como também a face de cada indivíduo fundamental para nortear as condutas clínicas.

A análise facial deve ser elemento fundamental para o diagnóstico, utilizada juntamente com outros exames complementares, como a cefalometria. Para a correção ortodôntica da maloclusão dentária visando a melhoria do padrão facial, faz se assim fundamental a avaliação personalizada de cada indivíduo, objetivando os anseios estéticos do paciente, oferecendo-lhe uma oclusão funcional com a melhora da face.

Verificou-se que esse tema desperta ainda muito interesse na literatura e que vários estudos ainda poderão ser realizados para se determinar novas medidas, linhas, ângulos e planos de grande importância para a análise facial.

REFERÊNCIAS

1. Almeida RC, Almeida MHC. Assimetria facial no exame clínico da face.Ortodontia 1999; 32:82-6.
2. Arnett, G. W.; Bergman, R.T. Facial Keys to Orthodontic Diagnosis and Treatment Planning - Parte 1. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, St. Louis, v. 103, n. 4, p. 299 - 312, 1993.
3. Arnett, G. W.; Bergman, R. T. Facial Keys to Orthodontic Diagnosis and Treatment Planing - Part I. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, St. Louis, v. 103, n. 5, p. 395 - 411, 1993.
4. Arnett, G. W.; McLaughlin, R. P. Planejamento facial e dentário para ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2004.
5. Ayala, J. P.; Gutierrez, G. A. Tratamento da maloclusão de classe II. In: INTERLANDI, S. Ortodontia - bases para a iniciação, São Paulo: Ed. Artes médicas, 1999. p. 329-376.
6. Azenha, O. R.; Macluf, E. F. Protocolos em ortodontia: diagnóstico, planejamento e mecânica. Nova Odessa: Napoleão, 2008.
7. Burstone, C.J. The integumental profile. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.44, n.1, p.1-25, Jan. 1958. Integumental contour and extension patterns. Angle Orthod, v.29, n.2, p.93 104, Apr. 1959.
8. Burstone, C.J. The integumental profile. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.44, n.1, p.1-25, Jan. 1958. Lip posture and its significance in treatment planning. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.53, n.4, p.262-285, Apr. 1967.
9. Burstone, C.J. et al. Cephalometrics for orthognathic surgery. J OralSurg, v.36, n.4, p.269-277, Apr. 1978.
10. Cabrera, C. A. G.; Cabrera, M. C. Ortodontia Clínica, Curitiba: Ed. Produções Interativas, 1999. p. 74 - 95.
11. Carrea, G.V. Les radiofacies profile delince en orthodontometric. Semaine Dent. v. 6, p. 416-9, 1924.
12. Câmara, C.A.; Estética em Ortodontia: seis linhas horizontais do sorriso. Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial. Maringá, v. 15, n. 1, p. 118 - 131, 2010.
13. Capelozza FL. Diagnostico em Ortodontia. 1.ed. Maringá: Dental Press; 2004.

14. Costa LAL, Fernandes GO, Kanazawa LS, Miranda JG, Pretti H. Análise facial - uma revisão de literatura. J Bras Orton Ortop Facial 2004; 9(50): 171-6.

15. Downs W.B. Analysis of the dentofacial profile. Angle Orthod, v.26,n.4, p. 191 - 212, Oct. 1956.

16. Gregoret, J. et al Ortodoncia y Cirugía Ortognática - Diagnóstico y planificación, Barcelona: Ed. Espaxs S.A. 1997. p. 17-30.

17. Herdy JLA, Nouer PRA, Junqueira JLC, Carneiro EH. Morfologia e alterações do perfil facial durante o crescimento. Ortodontia 1997; 35(2):109-19.

18. Janson, M. Ortodontia em adultos e tratamento interdisciplinar. Maringá: Dental Press, 2008.

19. Landgraf ME, Filho MV, Junqueira JLC, Valdrighi HC, Vedovello SAS. Análise facial, elemento chave no diagnóstico ortodôntico contemporâneo. Ortodontia 2002; 29(2):147-60.

20. Legan, H.L.; Burstone, C.J. Soft tissue cephalometric analysis for orthognathic surgery. J Oral Surg, v.83, n.10, p.744-751, Oct. 1980.

21. McNamara JR., J.A.; Brust, E.W.; Riolo, M.L. Soft tissue evaluation of individuals with an ideal occlusion and a well-balanced face. In: McNAMARA JR., J.A. (Ed.). Esthetics and treatment of facial form. Center for Human Growth and Development, craniofacial Growth Series. Univ. Michigan: Ann Arbor, 1993. v.28, p.115-146.

22. Nanda, R.S.; Ghosh, J. Harmonia entre os tecidos moles da face e o crescimento no tratamento ortodôntico. In: SADOWSKY, P.L. Atualidades em Ortodontia. São Paulo: Premier, 1997. Seção II, p.65-78.

23. Nunes, M.M.; Vellini-Ferreira, F.: Cotrim-Ferreira, F.A. et al.Método para a padronização da análise de fotografias do perfil facial. J Bras Ortodon Ortop Facial, v.6, n.34, p.303-311, jul./ago. 2001.

24. Peck H. A concept of facial esthetics. Angle Orthod 1970; 40(4):248-318.

25. Prahl-Andersen B, Ligthelm-Bakker ASWMR, Wattel E, Nanda R. Adolescent growth changes in soft-tissue profile. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1995; 107(5) :476-83.

26. Proffi t WR. Ortodontia contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.591.

27. Rakosi, T.; Jonas, I.; Graber, T. M. Exames Clínicos Especiais. Ortodontia e Ortopedia Facial: diagnóstico, São Paulo: Ed. Artes Médicas, 1999. p. 108 - 122.

28. Ricketts R.M. Esthetics, environment, and the law of lip relation. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.54, n.4, p.272-289, Apr. 1968.

29. Silva Filho OG, Silva P, Regp M, Silva F, Cavassan A. Epdemiologia da má oclusão na dentição decídua. Ortodontia 2005;1(5):22-33.

30. Siqueira D. F.; da Silva, M. V.; Carvalho, P. E. G.; do Valle-Corotti, K. M. The importance of the facial profile in orthodontic diagnosis and treatment planning: A patient Report. World Journal of Orthodontics. [S.l], V. 10 Issue 4, p. 361-370, 2009.

31. Suguino, R. et al. Análise Facial, Rev. Dental Press Ortodontia e Ortopedia Maxilar, Maringá, v. 1, n. 1, p. 86 -107, 1996.

32. Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. J Prosthet Dent 1984; 51(1): 24-8.

33. Tukasan PC, Walter R, Trio T. Estudos das alterações ocorridas no perfi l facial decorrentes do tratamento ortodôntico. Ortodontia 1996; 29(2):40-4.

34. Vargervik, K, Harvold E. P. Response to activator treatment in Class II malocclusions. American Journal of Orthodontics. [S.l], v.88,p. 242–251, 1985.

35. Vedovello Filho, M.; Rossi, A.C.S.; Iague Neto, G.; Vedovello, S.A.S.; Valdrighi, H.C Análise facial e sua importância no diagnóstico ortodôntico. J Bras Ortodon Ortop Facial, Curitiba, v.7, n.39, p.218-225, maio/jun. 2002.