FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Pós-graduação em Odontologia

SARA PRISCILA SILVA VIEIRA

ANÁLISE FACIAL EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

Belém
2022

SARA PRISCILA SILVA VIEIRA

ANÁLISE FACIAL EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Harmonização Orofacial.

Orientadora: Profa. Michelle Vidal de Araújo Almeida

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

SARA PRISCILA SILVA VIEIRA

ANÁLISE FACIAL EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Harmonização Orofacial.

Aprovada em 20/05/2022 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Michelle Vidal de Araújo Almeida

Profa. Lucila Reiva Maia de Carvalho

Profa. Adriana Fonseca Borges

Manaus, 31 de março de 2022

Dedico a minha família, em especial aos meus pais Vera e Adilson e a minha irmã Ana que me incentivaram a fazer a especialização, e aos amigos de curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus professores Daniel Zanatti e Michelle Vidal, aos amigos que fiz durante o curso e aos pacientes pela confiança que tiveram em nós, nos permitindo aprimorar nossos conhecimentos e técnicas aprendidas durante a especialização.

“A mais nobre paixão humana é aquela que ama a imagem da beleza em vez da realidade material. O maior prazer está na contemplação”. (Leonardo da Vinci)

RESUMO

A harmonização Orofacial é uma especialidade que tem crescido no mundo e sido muito procurada pelas pessoas em busca de uma face mais equilibrada e harmoniosa, pela pressão que a sociedade atual exige devido à grande exposição nas mídias de televisão e redes sociais. Logo, é necessário que se faça uma análise facial presencial e através de fotos e/ou programas digitais para que se obtenha um bom diagnóstico e plano de tratamento, para alcançar um resultado mais satisfatório e adequado para cada paciente e assim o sucesso do tratamento estético, e para a comunicação profissional-paciente do que será feito, e assim indicar com mais segurança tanto procedimentos de harmonização facial não cirúrgicos quanto cirúrgicos, melhorando o prognóstico e previsibilidade dos tratamentos, tentando corresponder aos desejos e expectativas do paciente, logo o objetivo desse trabalho é mostrar a importância de se fazer a análise facial correta para que se alcance o melhor resultado para cada paciente de acordo com a individualidade do seu perfil facial.

Palavras-chave: Análise facial; harmonização facial; tratamento estético.

ABSTRACT

Orofacial harmonization is a specialty that has grown in the world and has been much sought after by people in search of a more balanced and harmonious face, due to the pressure that today's society demands due to the great exposure in television media and social networks. Therefore, it is necessary to carry out a facial analysis in person and through photos and/or digital programs in order to obtain a good diagnosis and treatment plan, to achieve a more satisfactory and adequate result for each patient and thus the success of the aesthetic treatment. , and for the professional-patient communication of what will be done, and thus more safely indicate both non-surgical and surgical facial harmonization procedures, improving the prognosis and predictability of treatments, trying to correspond to the patient's wishes and expectations, so the objective of this work is to show the importance of performing the correct facial analysis in order to achieve the best result for each patient, according to the individuality of their facial profile.

Key words: Facial analysis; facial harmonisation; aesthetic treatment.

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**9**
2	**REVISÃO DE LITERATURA**	**10**
2.1	**Análise facial**	**11**
2.1.1	Avaliação frontal	**13**
2.1.1.1	*Terços faciais*	**13**
2.1.1.2	*Análise do sorriso*	**14**
2.1.1.3	C*omprimento do lábio*	**15**
2.1.1.4	*Exposição do incisivo superior em repouso (selamento labial)*	**15**
2.1.1.5	*Nariz*	**15**
2.1.16	*Distância bizigomática x Distância bigoníaca*	**16**
2.1.2	Análise de perfil	**16**
2.1.2.1	*Ângulo goníaco*	**16**
2.1.2.2	*Projeção nasal*	**17**
2.1.2.3	*Ângulo nasolabial*	**17**
2.1.2.4	*Linha queixo pescoço*	**17**
3	**DISCUSSÃO**	**18**
4	**CONCLUSÃO**	**23**
	REFERÊNCIAS	**24**

1 INTRODUÇÃO

A cada dia as pessoas estão mais preocupadas com a estética facial e corporal, a mídia exige uma perfeição da imagem, com aparência jovial, envelhecer com saúde e uma pele com aspecto hidratada, sem manchas, sem rugas e linhas de expressões, com isso tem aumentando a procura por procedimentos estéticos tanto a nível de consultório quanto a nível hospitalar.

No caso dos procedimentos estéticos faciais várias abordagens podem ser feitas para melhorar a harmonia e o equilíbrio, como corrigir as deformidades dentoalveolares através da cirurgia ortognática, o reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão através de próteses dentárias, implantes, coroas dentárias e aparelhos ortodônticos. Em relação a sustentação das estruturas como pele e músculo, devido a perda de gordura e remodelação óssea que ocorrem com o passar dos anos, são utilizados a intradermoterapia, a toxina botulínica, o preenchimento facial, os fios faciais e os bioestimuladores. E ainda podem ser feitas cirurgias como bichectomia, lipo de papada, liplift e lift facial.

E para que sejam adotados os procedimentos ideais para cada tipo de paciente é necessário que se faça uma boa anamnese e análise facial, pois independentemente do tipo facial, o equilíbrio e a harmonia são essenciais para uma boa estética facial e de seu perfil. Por isso, é tão importante buscar fazer uma criteriosa análise facial, podendo ser o planejamento através de análises feitas presencialmente e/ou digital através de fotos.

Este trabalho, através de revisão de literatura, tem por objetivo analisar e revisar os parâmetros da análise facial para que sejam usados na avaliação clínica e com isso individualizar os resultados obtidos com a harmonização orofacial.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Kichese, Moraes e Souza (2020) para se alcançar o sucesso em qualquer tratamento estético, a análise facial torna-se indispensável, pois auxilia no diagnóstico e plano de tratamento para o equilíbrio e harmonia dos terços faciais, assim como facilita a comunicação entre o profissional e o paciente. Com o entendimento dos fundamentos da análise facial, o profissional tem mais segurança tanto para indicar procedimentos de harmonização facial não cirúrgicos, quanto para indicar correções cirúrgicas, melhorando o prognóstico e previsibilidade dos tratamentos.

Machado *et al* (2020) explicam o quão é importante fazer uma boa análise facial, que pode ser através de um programa chamado Facial DESING que permite uma maior compreensão do paciente em relação aos procedimentos que poderão ser feitos, e com isso dar uma maior confiança aos profissionais para poder indicar os tratamentos, como preenchimento facial com ácido hialurônico, toxina botulínica, dentre outros.

Segundo Luiz *et al* (2019), a harmonização facial e a ortodontia são grandes aliadas para a melhora das queixas dos pacientes em relação ao perfil facial, porém a harmonização facial não exclui o tratamento ortodôntico quando o problema for má oclusão e este for o causador do perfil facial indesejado, sendo ele um tratamento definitivo para a mudança do perfil, e a harmonização facial uma auxiliadora para a melhora dos resultados.

Segundo Moreira Junior *et al* (2018), alterações e/ou deformidades faciais alteram negativamente a autoestima do paciente, e atualmente os odontólogos são altamente capacitados a melhorar a harmonia estética da face, através das técnicas orofaciais que complementam a beleza do sorriso e melhoram a estética facial. E ele sabendo diagnosticar se for de origem esquelética, dentária ou se a alteração anatômica não puder ser corrigida com terapias estéticas não cirúrgicas, poderá indicar com mais segurança procedimentos de harmonização cirúrgicos.

Como ressaltam Celano e Labuto (2021) a harmonização facial é um conjunto de procedimentos que exigem do dentista conhecimento necessário para saber lidar com a individualidade de cada paciente, entendendo que existem riscos e benefícios

ao paciente em relação ao sistema estomatognático, logo é tão importante a análise facial para o planejamento da harmonização facial.

Araujo, Sebben e Ellery (2010) concluíram que atualmente a sociedade está muito exigente, com isso a busca pela perfeição tornou-se incansável, fazendo com que as pessoas optem por meios para alcançar o resultado que anseiam. É nesse momento que os profissionais que atuam na área de estética facial poderão responder a essas necessidades e inquietações. Através da fisiognomonia que irá estudar a anatomia, a aplicação da teoria das proporções simétricas e dos formatos geométricos em conjunto aos temperamentos pessoais e a teoria das cores, o profissional que utilizar essa estratégia de análise terá um diferencial profissional, pois irá personalizar a imagem pessoal de cada indivíduo.

Macedo *et al* (2008), ressaltam que existem alguns requisitos que podem auxiliar no diagnóstico, como o exame clínico detalhado; fotografias faciais frontais em repouso e sorrindo, em perfil e em ¾ de perfil em repouso e sorrindo; tomografia volumétrica, Cone-Beam; e traçados fotométricos sobre as fotografias frontais em repouso e sorrindo e em perfil, mas que o melhor exame, ainda, é o exame clínico do paciente, começando com a avaliação das características faciais.

2.1 Análise facial

Rodriguez *et al* (2000) descreverem que antropometricamente a face pode ser classificada em três tipos: dolicocefálica (longa e estreita), braquicefálica (curta e com largura aumentada) e mesocefálica (tipo intermediário).

Já Capelozza (2004) que o padrão de crescimento, considerando a morfologia da face na visão frontal e lateral, podem ser classificados como Padrão I, II, III, Face longa e Face curta. Na avaliação do perfil, o Padrão I é caracterizado por um grau moderado de convexidade. A expressão da maxila na face é identificada pela presença da projeção zigomática e depressão infraorbitária, que podem ser verificadas também na visão frontal. Na análise morfológica frontal apresentam simetria aparente, proporção entre os terços faciais, volume proporcional do vermelhão dos lábios e selamento labial passivo.

Sobre o Padrão Facial II, Silva Filho *et al* (2005) concluíram que essa alteração óssea pode ser devido ao excesso de maxila, deficiência mandibular ou a combinação de ambos, e possuem um perfil demasiadamente convexo.

Reis (2006) constatou que o Padrão Facial II apresenta, frequentemente, um ângulo nasolabial bom, associado ao sulco mentolabial marcado pela eversão do lábio inferior com excesso de exposição do vermelhão.

Silva Filho et al (2005) concluíram que se a linha queixo e pescoço estiver boa no Padrão Facial II, a deficiência está na maxila, todavia se estiver curta, existe deficiência na mandíbula.

O Padrão Facial III, segundo Silva Filho, Magro e Ozawa (1997) apresenta, basicamente perfil reto ou côncavo (menos frequente), deficiência maxilar, prognatismo mandibular ou a combinação de ambos.

Segundo Colombo *et al* (2004) no Padrão Facial III, devido a verticalização compensatória dos incisivos inferiores, o sulco mentolabial encontra-se aberto, e o terço inferior da face tende ao aumento, e a linha queixo e pescoço se estiver boa, indica deficiência da maxila, e se estiver aumentada, é devido o prognatismo da mandíbula.

Sobre o Padrão face longa, os pacientes apresentam excesso de exposição dos dentes anteriores superiores e gengiva, com os lábios em repouso, ausência de selamento labial passivo e contração do músculo mentoniano durante o fechamento labial, segundo Angelillo e Dolan (1982).

Capelozza (2004) descreve o Padrão de face longa com ausência de selamento labial, convexidade facial aumentada, expressão maxilar deficiente e linha queixo e pescoço curta, devido ao excesso na altura facial.

Cardoso *et al* (2005) concluíram que o padrão de crescimento apresentado pelo grupo Face Longa foi vertical. Além disso, a deformidade se localizou principalmente abaixo do plano palatino. Sendo a principal característica cefalométrica esquelética presente foi o aumento da altura facial anterior inferior. Observou-se, ainda, que essa alteração resulta no aumento da altura facial total, verificando-se uma proporção alterada na altura facial posterior e presença de retrognatismo maxilar e mandibular, excessiva extrusão dentária anterior (superior e inferior) e póstero-superior, não sendo o mesmo observado na região póstero-inferior. Os incisivos superiores estavam bem posicionados, enquanto os incisivos inferiores encontravam-se lingualizados.

Reis *et al* (2006) concluíram que o paciente Padrão face curta tem deficiência nas dimensões verticais, lábios comprimidos, maxila com expressão adequada e

excesso da linha queixo-pescoço, devido à rotação anti-horária da mandíbula além de falta de exposição dentária em repouso e a pouca expressão no sorriso.

Na análise frontal, a face do paciente Padrão facial curta apresenta-se quadrada e larga, além da altura facial diminuída. Os indivíduos podem apresentar incisivos bem posicionados em relação ao lábio, o nariz será largo ou normal, com boa presença de zigomático e selamento labial é compressivo, segundo Capelozza (2004).

2.1.1 Avaliação frontal

Segundo Saadia e Ahliin (2000), pela vista frontal, a face deve ser avaliada quanto a simetria bilateral, proporções de tamanho da linha mediana às estruturas laterais e proporcionalidade vertical. É traçada uma linha vertical verdadeira (Centro da glabela, filtro e mento), dividindo a face em duas partes.

Para avaliação frontal, Bronfman *et al* (2015) sugerem analisar através da linha mediana (glabela- subnasal, estômio e mento), linha interpupilar (traçada no centro da pupila e comissura labial), linha C (tangencia a região mais anterior do ouvido externo, paralela à vertical verdadeira) e divide assim a face em 04 proporções geométricas.

De visão frontal, a face é examinada para determinar a simetria bilateral, proporções de tamanho da linha mediana às estruturas laterais e proporcionalidade vertical. Quando apresenta assimetria pode ter relação com mordida cruzada, atrofias musculares, alterações de crescimento ósseo ou condilares, e ainda correlação com paralisia facial, segundo Moreira Junior *et al* (2018).

2.1.1.1 *Terços faciais*

Os terços da face podem ser avaliados por meio dos terços da face: superior, médio e inferior. São formados a partir de linhas perpendiculares ao plano sagital. As linhas têm como referência a raiz do cabelo, rebordos superciliares, subnasal e rebordo inferior do mento. Uma face é proporcional quando os três terços têm aproximadamente o mesmo tamanho. O terço inferior é considerado o terço de maior importância na hora de estabelecer um diagnóstico e um plano de tratamento, segundo Navega (2016).

Simões (1988) disse que pode-se avaliar as proporções e simetria por meio dos terços da face: superior, médio e inferior. Através de linhas perpendiculares ao plano sagital. A primeira linha passa pela raiz do cabelo, a segunda linha pelos rebordos superciliares formando o terço superior da face. Da segunda linha até a terceira, que passa pela raiz subnasal, localiza-se o terço médio da face. Da terceira até a quarta linha, que passa pelo rebordo inferior do mento, localiza-se o terço inferior da face.

Segundo um estudo feito por Cardoso e Decursio (2015) o terço superior corresponde, em média, 30% do comprimento total do rosto, o médio 35% e o inferior 30 a 35%. Com isso diagnosticar corretamente os terços faciais faz com que se decida entre cirurgia ortognática previamente a reabilitações estéticas.

Segundo Amado, Freire e Natalício (2019), em uma face considerada equilibrada, os terços da face apresentam altura entre 55 a 65 mm.

2.1.1.2 *Análise do sorriso*

Tedesco, em 2019, declarou o tipo de arco que seria o ideal, o qual foi o arco do sorriso convexo e radial. Quanto mais radial for o contorno incisal dos dentes anteriores superiores, maior será a aparência jovial do sorriso. A relação dentolabial ideal se dá quando o lábio superior em repouso cobre aproximadamente dois terços das coroas dos incisivos, com exposição de 2-4 mm dos incisivos superiores. O afastamento interlabial não é maior que 2-3 mm. Os lábios superior e inferior podem ser postos em contato com pouca ou nenhuma contração muscular, com o lábio inferior cobrindo o terço incisal dos incisivos centrais superiores.

Segundo Garber e Salama (2000), expor completamente os dentes superiores, e até apresentar uma exposição gengival de 1mm a 3mm, é considerado um sorriso agradável e com características de jovialidade.

Todavia, em estudo recente, pesquisadores constataram que expor até 2mm de gengiva para os ortodontistas é considerado estético, e que para dentistas clínicos gerais e leigos seria de até 4mm de exposição gengival, segundo Pinho *et al* 2007.

Gürel (2003) relata que um sorriso agradável é alcançado quando os ângulos da boca (linha da comissura labial) estão paralelos à linha interpupilar e ao plano incisal, com a ponta dos caninos tocando levemente no lábio inferior.

2.1.1.3 *Comprimento do lábio*

Em relação ao comprimento do lábio superior, Rodriguez *et al* (2000) preconizam que deve ser medido do subnasal ao ponto mais inferior do lábio superior (Sn-LS). Sendo que esta medida é mais longa no sexo masculino do que no feminino. E se ele o lábio superior for anatomicamente curto (18 mm ou menos), observa-se um espaço interlabial aumentado e uma exposição do incisivo, associada a um aumento da altura do terço inferior.

O comprimento do lábio superior deve ser a metade do comprimento do inferior (pele e vermelhidão). O comprimento normal da linha subnasal à borda superior do lábio inferior é de 19 mm a 22 mm e engloba o comprimento do lábio superior, que é anatomicamente mais curto, promove aumento da distância interlabial em repouso e, consequentemente, a estética desejada, que é a exposição dos incisivos centrais superiores, segundo Arnett e Bergman (1993).

2.1.1.4 *Exposição do incisivo superior em repouso (selamento labial)*

Moreira Junior *et al* (2018) dizem que um excesso de selamento labial geralmente está associado a um aspecto senil, e que o selamento labial pode estar aumentado, excessivo ou normal. E que quando o lábio é curto pode expor excessivamente o incisivo em repouso.

Vig e Brundo (1978) constataram que seria ideal ter ao menos 1 a 3 mm de exposição de incisal em repouso, em pacientes mais jovens. E que em média, os incisivos superiores são expostos mais nas mulheres (3,4 mm) quando em repouso que os homens (1,91 mm) e que nos pacientes jovens eles são mais visíveis que nos pacientes de meia idade (3,37 mm versus 1,26 mm).

2.1.1.5 *Nariz*

Segundo Lobo *et al* (2019) as linhas verticais podem revelar a posição das asas do nariz e comissuras labiais em relação à íris. A linha que passa bilateralmente pela asa do nariz permite verificar se o nariz é normal, largo ou estreito para a face. O ideal é que esta linha toque no início da esclera, quanto mais

dentro da esclera está a linha, mais largo é o nariz e se a linha não toca na esclera, o nariz é estreito para face.

2.1.1.6 *Distância bizigomática x Distância bigoníaca*

Segundo Arnett e Bergman (1993), a distância bizigomática, que fica entre o ponto mais alto da região do zigomático, é em cerca de 30% maior que a distância bigoníaca. E que o terço inferior da face deve ser mais estreito, em vista frontal, causando efeito visual de rosto em formato de triângulo invertido.

Já em relação à proporção de altura (do tríquio ao mento) e a largura (medida entre zigomáticos), Farkas *et al* (1984) dizem que irá depender do gênero. Na mulher a largura do rosto corresponde a 70% da medida de seu comprimento, já no homem deve corresponder a 65% do seu comprimento.

2.1.2 Análise do perfil

Segundo Canut (2000), para a análise de perfil o paciente deve estar em posição natural da cabeça, olhando para o horizonte, evitando hiperextensão cervical, que pode projetar excessivamente o mento, ou a hipoextensão cervical, que pode gerar um encurtamento do pescoço, que geraria uma análise errada com mento projetado.

Mendoza e Marco (2004) descrevem que essa análise identifica 3 tipos de perfis: côncavo, convexo e reto. E que através dessa análise pode-se identificar o tipo de alteração do paciente, se de origem óssea ou dentária, ou associação de ambas.

2.1.2.1 *Ângulo goníaco*

Em relação ao ângulo goníaco, Gomes *et al* (2006) verificaram num estudo, que a média obtida foi de 121,4°, variando entre 109,0° e 133,0°. Os pacientes do gênero feminino apresentaram o tipo facial tendendo a mais horizontal, com redução do ângulo (120,3°, variando entre 109,0° e 128,8°), enquanto nos pacientes do gênero masculino o valor mínimo obtido foi 115,6°, o máximo foi 133,0°, e a média foi de 124,6º.

2.1.2.2 *Projeção nasal*

Moreira *et al* (2018) preconizam que a projeção nasal é a medida horizontal do subnasal a ponta do nariz e tem uma média de 16 a 20 mm, e que ela é indicadora de posição anteroposterior da maxila, pois em um nariz muito longo é possível que exista uma posição posterior da maxila. Assim, em discrepâncias acentuadas da projeção as terapias não cirúrgicas terão resultados limitados.

Rodriguez et al (2000) declaram que a testa e o nariz do homem são mais acentuadas que da mulher...

2.1.2.3 *Ângulo nasolabial*

Este ângulo é formado pela intersecção da linha do lábio superior e da linha da columela ao subnasal, sendo que pode ter uma melhora perceptível com procedimentos que visam preenchimento da base nasal ou também no ápice nasal, segundo Gürel (2003).

Todos os procedimentos devem colocar o ângulo nasolabial na variação cosmeticamente desejável entre 850 a 1050. No sexo feminino, pode ser mais fechado que em pacientes do sexo masculino. O ângulo nasolabial reflete o posicionamento anteroposterior da maxila representando uma maxila protruída, retruida ou bem posicionada, pelo que relata Amado, Freire e Natalicio (2019).

2.1.2.4 *Linha queixo pescoço*

A linha queixo pescoço é a distância da junção pescoço região submandibular até o mento. O comprimento dessa linha deve ser de aproximadamente 35 a 45 mm. A relevância clínica dessa distância (linha queixo pescoço) é observada em pacientes que apresentam valores abaixo da média e se queixam de excesso de tecido mole nessa região, pelo que relata Suguino *et al* (1996).

3 DISCUSSÃO

Tanto Kichese, Moraes e Souza (2020), quanto Machado *et al* (2020) acham importante uma criteriosa análise facial para obter um correto diagnóstico e plano de tratamento adequado para o paciente e através dela facilitar a comunicação entre o profissional e o paciente. Celano e Labuto (2021) também enfatizam quanto é importante a análise facial para o planejamento da harmonização para saber lidar com a individualidade de cada paciente.

Luiz *et al* (2019) ressaltam o quão é importante aliar harmonização facial e ortodontia, pois como descrevem Moreira Junior *et al* (2018) através dos conhecimentos dos odontólogos, que são profissionais altamente capacitados, poderão através das técnicas orofacias complementar a beleza do sorriso e melhorar a estética facial, sendo que assim como descrevem Araújo, Sebben e Elerry (2010) o profissional que utilizar estratégia de análise como a fisiognomia, terá um diferencial profissional.

Macedo *et al* (2008) e Macedo *et al* (2020) explicam os meios de se fazer uma análise facial que vai desde um exame clínico, avaliando as características faciais a uma análise feita através de um programa chamado Facial DESING.

Segundo o padrão de crescimento a face pode ser classificada como dolicocefálica, braquicefálica e mesocefálica (Rodriguez *et al*, 2000), e Padrão I,II, III, Face longa e Face curta (Angelillo e Dolan, 1982; Silva Filho, Magro e Ozawa, 1997; Capelozza, 2004; Colombro *et al* 2004; Cardoso *et al*, 2005; Silva Filho *et al*, 2005; Reis, 2006; Reis *et al*, 2006; Capelozza, 2014).

O Padrão I é caracterizado por um grau moderado de convexidade, projeção zigomática e depressão infraorbitária, simetria aparente proporção entre os terços faciais, volume proporcional do vermelhão dos lábios e selamento labial passivo (Capelozza, 2004)

O Padrão face II, a alteração óssea pode ser devido ao excesso de maxila, deficiência mandibular ou a combinação de ambos, e possuem um perfil demasiadamente convexo, com um ângulo nasolabial bom, associado ao sulco mentolabial marcado pela eversão do lábio inferior com excesso de exposição do

vermelhão e se a linha queixo e pescoço estiver boa no a deficiência está na maxila, todavia se estiver curta, existe deficiência na mandíbula (Silva Filho *et al*, 2005; Reis, 2006).

O Padrão Facial III apresenta, basicamente perfil reto ou côncavo (menos frequente), deficiência maxilar, prognatismo mandibular ou a combinação de ambos. E devido a verticalização compensatória dos incisivos inferiores, o sulco mentolabial encontra-se aberto, e o terço inferior da face tende ao aumento, e a linha queixo e pescoço se estiver boa, indica deficiência da maxila, e se estiver aumentada, é devido o prognatismo da mandíbula (Silva Filho, Magro e Ozawa , 1997; Colombo et al, 2004).

Sobre o Padrão face longa, os pacientes apresentam excesso de exposição dos dentes anteriores superiores e gengiva, com os lábios em repouso, ausência de selamento labial passivo e contração do músculo mentoniano durante o fechamento labial, segundo Angelillo e Dolan (1982). Capelozza (2004) descreve o Padrão de face longa com ausência de selamento labial, convexidade facial aumentada, expressão maxilar deficiente e linha queixo e pescoço curta, devido ao excesso na altura facial. Cardoso et al (2005) concluíram que o padrão de crescimento apresentado pelo grupo Face Longa foi vertical. Além disso, a deformidade se localizou principalmente abaixo do plano palatino. Sendo a principal característica cefalométrica esquelética presente foi o aumento da altura facial anterior inferior. Observou-se, ainda, que essa alteração resulta no aumento da altura facial total, verificando-se uma proporção alterada na altura facial posterior e presença de retrognatismo maxilar e mandibular, excessiva extrusão dentária anterior (superior e inferior) e póstero-superior, não sendo o mesmo observado na região póstero-inferior. Os incisivos superiores estavam bem posicionados, enquanto os incisivos inferiores encontravam-se lingualizados.

E o Padrão face curta tem deficiência nas dimensões verticais, lábios comprimidos, maxila com expressão adequada e excesso da linha queixo-pescoço, devido à rotação anti-horária da mandíbula além de falta de exposição dentária em repouso e a pouca expressão no sorriso, segundo Reis et al (2oo6). Na análise frontal, a face do paciente Padrão facial curta apresenta-se quadrada e larga, além da altura facial diminuída. Os indivíduos podem apresentar incisivos bem

posicionados em relação ao lábio, o nariz será largo ou normal, com boa presença de zigomático e selamento labial é compressivo, segundo Capelozza (2004). Tendo feito uma análise no paciente, será mais fácil e acertivo planejar os procedimentos baseado no tipo facial do paciente

Saadia e Ahliin (2000), Bronfman *et al* (2015) e Moreira Junior *et al* (2018) falam sobre a avaliação frontal da face que avalia a simetria bilateral, proporções de tamanho da linha mediana às estruturas laterais e proporcionalidade vertical. Ela é importante para analisar desvio mandibular, largura nasal, se existe alguma alteração de crescimento ósseo, paralisia facial entre outras alterações.

Simões (1988), Cardoso e Decursio (2015), Navega (2016) e Amado, Freire e Natalício (2015) falam sobre a análise dos terços faciais, sendo o inferior de maior importância para estabelecer um diagnóstico e plano de tratamento, pois o terço inferior aumentado pode estar correlacionado a um excesso vertical ósseo da maxila ou mandíbula, o que dificulta a probabilidade de resultados significativos com metodologias não cirúrgicas, sendo assim tratamento com ácido hialurônico não seria eficaz para esse tipo de caso.

Garber e Salama (2000), Gürel (2003), Pinho *et al* (2007), Tedesco (2019) analisaram o sorriso, e constataram que o ideal é o lábio superior em repouso cobrir aproximadamente de 2-3 mm os incisivos superiores, o afastamento interlabial de 2-3 mm, o lábio inferior cobrindo o terço incisal dos incisivos centrais superiores, exposição gengival de 1mm a 4mm e a ponta dos caninos tocando levemente o lábio inferior. É importante saber a posição ideal do lábio e exposição gengival em excesso, pois podem ser utilizadas técnicas para melhorar o sorriso, como aplicação de toxina botulínica nos casos de sorriso gengival e cirurgia de liplift nos casos em que o lábio superior é alongado e que cobrem os incisivos superiores.

Em relação ao comprimento do lábio superior, Arnett e Bergman (1993) e Rodriguez *et al* (2000), preconizam que é mais longo nos homens e que se ele estiver curto ocorre um aumento da exposição dos incisivos centrais superiores, sendo assim metodologias não cirúrgicas com ácido hialurônico podem ser efetivas para corrigir volume e comprimento labial.

Vig e Brundo (1978) e Moreira Junior *et al* (2018) concordam que excesso de selamento labial está associado a pessoas mais velhas, logo a exposição dos

incisivos superiores demonstra jovialidade, logo uma abordagem que o cirurgião dentista pode adotar para melhorar esse aspecto é realizar cirurgia de liplift, quando o paciente tiver indicação para ela.

Lobo *et al* (2019) falam sobre como identificar se um nariz é largo ou estreito, assim com a medida exata é possível identificar se um paciente tem indicação ou não para cirurgia de alectomia.

Farkas *et al* (1984) e Arnett e Bergman (1993) analisaram a relação da distância bizigomática e a distância bigoníaca, e constataram que a região do zigomático é maior do que a região bigoníaca, sendo em mulheres a largura maior do que nos homens, e caso a mulher apresente deficiência de maxila, pode melhorar fazendo aplicação de preenchedor nessa região.

Em relação ao ângulo goníaco, baseados nas medidas encontradas, Gomes *et al* (2006) constataram que as mulheres tendem a ter o rosto mais horizontal comparado com dos homens, logo devemos ter critério ao preencher essa região para não ficar com muito volume.

Moreira *et al* (2018) analisaram que o nariz muito longo provavelmente é devido a maxila estar mais para posterior, nesse caso a indicação seria de cirurgia ortognática ou preencher a pré-maxila com ácido hialurônico.

O ângulo nasolabial também reflete o posicionamento anteroposterior da maxila, pelo que relatam Amado, Freire e Natalicio (2019), podendo ser melhorado pelo preenchimento da base nasal ou também no ápice nasal, segundo Gürel (2003).

Sobre a linha queixo pescoço, Suguino *et al* (1996) relatam que pacientes com pescoço curto, com medida abaixo de 35 a 45 mm, queixam-se de excesso de tecido mole nessa região. Nesse caso procedimentos com enzimas podem não alcançar o resultado desejado, pois dependendo da discrepância o mais recomendado seria avanço mandibular cirúrgico. Papada também pode ser corrigida com prótese ou preenchimento de mento devido a retração mandibular causar papada. Assim, proporcionam um efeito lifting na face mais significativo e mais interessante, prevenindo o envelhecimento do rosto do paciente operado, “esticando” a pele e a musculatura.

4 CONCLUSÃO

Através do que foi verificado na pesquisa para a construção da presente monografia, constatou-se o quanto é importante uma minuciosa análise facial para

individualizar os tratamentos, não tornar os resultados padrões, pois os seres humanos são únicos, e cada um tem a sua característica pessoal, e quanto o cirurgião-dentista está apto para entregar um resultado de excelência para os seus paciente na área de harmonização orofacial, e não só tratar a cavidade bucal, pois tem ao seu alcance várias maneiras de analisar os mesmos, e auxiliar as pessoas a conseguirem seus objetivos, através de cirurgias, aplicação de toxina botulínica, preenchimento com ácido hialurônico e prótese como a de mento.

REFERÊNCIAS

AMADO, Flavio Monteiro; FREIRE, Jose Nilo de Oliveira; NATALÍCIO, Gabriela Letícia. **Curvas da Face: Harmonização Facial**. São Paulo: Quintessence Editora, 2019. 83- 123p.

ANGELILLO, J. C.; DOLAN, E. A. **The surgical correction of vertical maxillary excess (long face syndrome)**. Ann Plast Surg, Boston, v. 8, p. 64-70, 1982.

ARAUJO, Amanda Mendes de; SEBBEN, Marina; ELLERY, Fabiana Marin Thives. **Fisiognomia: Um estudo para melhor compreensão do visagismo na estética facial.** 2010. https://docplayer.com.br/35074279-Fisiognomonia-um-estudo-para-melhor-compreensao-do-visagismo-na-estetica-facial.html. Acesso em: 14 de jan 2022.

ARNETT GW; BERGMAN RT. **Facial Keys to orthodontic diagnosis and treatment planning part I**. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1993; 103(4): 299-312.

BRONFMAN C.M.; JANSON G.; PINZAN A.; ROCHA T.L. **Cephalometric norms and esthetic profile preference for the Japanese: a systematic review**. Dental Press J Orthod, v. 20, n. 6, p. 43-51, 2015.

CANUT BJ. **Ortodoncia Clínica y Terapéutica**. 2. Ed. Barcelona: Masson; 2000.

CAPELOZZA, FL. **Diagnostico em Ortodontia.** 1.ed. Maringá: Dental Press; 2004.

CARDOSO, Mauricio de Almeida; BERTOZ, Francisco Antonio; CAPELOZZA FILHO, Leopoldino; REIS, Sílvia Augusta Braga. **Características cefalométricas do padrão face longa.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v. 10, n. 2, p. 29-43, mar./abr. 2005

CARDOSO P; DECURSIO R. **Facetas, lentes de contato e fragmentos cerâmicos**. Florianópolis: Editora Ponto, 2015.

CELANO, Letícia S; LABUTO, Mônica M. **A importância da análise facial no planejamento da harmonização orofacial.** CADERNOS DE ODONTOLOGIA DO UNIFESO . v. 3, n.1, 2021, pp.18-30, Teresópolis - ISSN 2674-8223.

COLOMBO V; MORO A; RECH R; VERONA J; COSTA G. **Análise facial frontal em repouso e durante o sorriso em fotografias padronizadas.** Parte I: avaliação em repouso. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial 2004;9(3):86-97.

FARKAS LG*. et al*. **Anthropometric proportions in the upper lip-lower lip-chin area of the lower face in young White adults**. Am. J. Orthod., St. Louis, July 1984, 86(1): 52-60.

GARBER DA, SALAMA MA. **The aesthetic smile: diagnosis and treatment. J Periodontol 2000** 1996;11:18-28. https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.1996.tb00179.x

GOMES VL, GONÇALVES LC, DO PRADO CJ, JUNIOR IL, LUCAS BL. **Correlation between facial measurements and the mediodistal width of the maxilar anterior teeth**. J Esthet Restor Dent . 2006.

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

KICHESE, Alessandra Larissa Rosa; MORAES, Jenifer Alexandria de; SOUZA, Cynthia Soares de. **Análise facial: A primeira etapa para a harmonização orofacial.** Simmetria Orofacial Harmonization in Science. 2020; 1(3).

LOBO MM, KIRSCHNER R, BARBOSA LAF, CARDOSO G, PERIS AR. **Analise da face em harmonização facial (parte I): a perspectiva frontal**. Revista Face. 2019; 1(2);186-201.

LUIZ, Gleysson Alves Farias; COELHO, Patrícia Maria; ALMEIDA, Carolina Souza; COQUEIRO, Maria Clara Pereira; SILVA, Ana Maria Santos. **Alteração do perfil**

facial: Tratamento ortodôntico ou harmonização facial?. Id on Line Rev.Mult. Psic., Dezembro/2019, vol.13, n.48, p. 177-191. ISSN: 1981-1179.

MACEDO A; MORO A; JÚNIOR HS; MARTINS LF. **A análise facial no diagnóstico e planejamento ortodôntico**. Ortodontia SPO 2008;41(2):148-53.

MACHADO, L. L. (2020). **Atuação do cirurgião dentista na harmonização orofacial**. http://hdl.handle.net/10183/214031

MACHADO FILHO, Daniel Augusto; VIEIRA, Marcelo Germani; TANAJURA, Eduardo; CORRÊA, Bruno Cruz; MARQUARDT FILHO, Emilio Jose. **Planejamento digital em Harmonização Orofacial - Facial Design.** Simmetria Orofacial Harmonization in Science. 2020; 1(4):95-104. DOI: 10.24077/2020;14-95104.

MELO Réferson; BOAS, Aline Vilas; BARBOSA, Rafaela. **Análise Facial na Terapêutica Ortodôntica– uma revisão de literatura**. Odonto 2020; 28(55): 31-35.

MENDOZA C; Marco A. **Análisis Facial en Ortodoncia**. Kiru 2004;1(1):3.

MOREIRA JUNIOR, Rosenvaldo; RIBEIRO, Paulo Domingos; CONDEZO, Anthony Froy Benites; CINI, Marcelo Augusto; ANTONI, Carlos Cesar de; MOREIRA, Roosevelt. **Fundamentos da análise facial para harmonização estética na odontologia brasileira.** ClipeOdonto. 2018, 9(1):59-65.

NAVEGA, GCM. **Análise dos elementos que contribuem para a harmonia e estética do sorriso no contexto da face.** 2016. 73 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016.

PINHO S, FABER J, CIRIACO, C, LENZA MA. **Impact of dental asymmetries on the perception of smileesthetics. Am J Orthod Dentofacial Orthop**. 2007;132(6):748-53.

REIS SAB**. Estudo Comparativo do perfil facial dos padrões I, II e III portadores de selamento labial passivo**. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial 2006; 11(4):36-45.

REIS SAB; ABRÃO J; FILHO LC; CLARO CAA. **Análise facial numérica do perfil de brasileiros Padrão I**. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial 2006;11(6):24-34.

RODRIGUEZ ME; RODRIGUEZ M; BARBERIA E; DURAN J; MUNOZ M; VERA V. **La cara humana.** Ortodoncia Clinica 2000;3(3): 153-5.

SAADIA M, AHLIN J. **Atlas de Ortopedia Dentofacial durante el crecimiento**. Barcelona: Espaxs; 2000.

SILVA FILHO OG; MAGRO AC; OZAWA TO. **Má oclusão de classe III: caracterização morfológica na infância (dentadura decídua e mista)**. Ortodontia 1997;30(2):7-18.

SILVA FILHO OG; SILVA P; REGP M; SILVA F, CAVASSAN A. **Epidemiologia da má oclusão na dentição decídua.** Ortodontia 2005;1(5):22-33.

SIMOES, WA. **Ortopedia Funcional de los Maxilares.** Caracas: Isaro; 1988.

SUGUINO R, RAMOS AL, TERADA HH, FURQUIM LZ, MAEDA L, SILVA FILHO OG. **Analise facial**. Revista Dental Press De Ortodontia E Ortopedia Maxilar 1996;1(1):86-105.

TEDESCO, A. **Harmonização facial: a nova face da odontologia**. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2019. c. 2, p. 52-59.

VIG RG, BRUNDO GC. **The kinetics os anterior tooth display**. J Prosthet Dent. 1978, 39 (5): 502-504.