FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA

JOYCE OLIMPIA NOGUEIRA ARAUJO

A ANÁLISE FACIAL NO DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO

SETE LAGOAS
2025

Joyce Olimpia Nogueira Araujo

A ANÁLISE FACIAL NO DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO

Monografia apresentada ao curso de Especialização Pós Odonto BH da Faculdade de Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Orientador: Prof. Francielen Prates Ferreira Barbosa

Área de concentração: Ortodontia

SETE LAGOAS

2025

Joyce Olimpia Nogueira Araujo

A ANÁLISE FACIAL NO DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Ortodontia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Aprovada em 09/10/2025 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Bruno Almeida de Rezende
Professor – Especialista em Ortodontia Faisa/Ciodonto, Mestre e Doutor em Fisiologia e Farmacologia UFMG, Pós-doutor em Farmacologia UFMG .

Profª. Me. Francielen Prates Ferreira Barbosa
Orientadora – Especialista em Ortodontia FACSETE e Mestra em Odontologia FHO Uniararas.

Prof. Me. Rodrigo Romano da Silva
Professor – Especialista em Ortodontia Faisa/Ciodonto, Mestre em Ortodontia SLMandic

Belo Horizonte 09 de outubro de 2025.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por guiar os meus passos até aqui. Ao meu pai que, mesmo no céu, esteve presente de alguma forma comigo. A minha mãe, que sempre acreditou e apoiou os meus sonhos. Aos professores pelos ensinamentos, e amor pela ortodontia. Aos funcionários da instituição, por todo carinho e paciência.

EPÍGRAFE

“Cada traço do rosto é uma linha de arte. Corrigir com ciência é desenhar com propósito."

Leonardo da Vinci

RESUMO

Desde os estudos pioneiros de Edward Angle, a Ortodontia passou por uma grande evolução em seus conceitos e métodos de diagnóstico. Inicialmente, as classificações ortodônticas eram fundamentadas predominantemente em aspectos dentários, com foco no alinhamento e na oclusão, considerando que uma boa oclusão resultaria automaticamente em uma estética facial harmoniosa. No entanto, ao longo do tempo, percebeu-se que essa abordagem era limitada, pois não contemplava de forma adequada a interação entre o posicionamento dentário, as estruturas ósseas e os tecidos moles da face. Diante dessas lacunas, Capelozza Filho propôs uma análise morfológica inovadora, que valorizou a integração entre os componentes dentários e esqueléticos, reforçando a importância de um diagnóstico mais abrangente e individualizado. Essa nova visão trouxe uma compreensão mais profunda sobre o crescimento facial, permitindo que o ortodontista planeje tratamentos personalizados, capazes de promover não apenas o equilíbrio funcional, mas também a harmonia estética. Assim, compreender as características de crescimento facial e realizar um planejamento adequado são etapas essenciais para alcançar resultados estáveis, estéticos e compatíveis com as particularidades de cada caso, especialmente diante das discrepâncias craniofaciais.

Palavras-chaves: Estética; Diagnóstico; Crescimento facial; Ortodontia.

ABSTRACT

Since Edward Angle's pioneering studies, orthodontics has undergone significant evolution in its concepts and diagnostic methods. Initially, orthodontic classifications were predominantly based on dental aspects, focusing on alignment and occlusion, assuming that good occlusion would automatically result in harmonious facial aesthetics. However, over time, it became clear that this approach was limited, as it did not adequately consider the interaction between tooth positioning, bone structures, and the soft tissues of the face. Faced with these gaps, Capelozza Filho proposed an innovative morphological analysis that emphasized the integration of dental and skeletal components, reinforcing the importance of a more comprehensive and individualized diagnosis. This new perspective brought a deeper understanding of facial growth, allowing orthodontists to plan personalized treatments capable of promoting not only functional balance but also aesthetic harmony. Therefore, understanding facial growth characteristics and implementing appropriate planning are essential steps to achieving stable, aesthetic results that are compatible with the specific characteristics of each case, especially in the face of craniofacial discrepancies.

Keywords: Aesthetics; Diagnosis; Facial growth; Orthodontics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Padrão I	16;
Figura 2	Padrão II	17;
Figura 3	Padrão III	18;
Figura 4	Padrão face longa	16;
Figura 5	Padrão face curta	16;
Figura 6	Arquétipos e tipos faciais	16.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 10
2 PROPOSIÇÃO..... 12
3 METODOLOGIA..... 13
4 REVISÃO DE LITERATURA..... 14
4 DISCUSSÃO..... 25
5 CONCLUSÃO..... 27
REFERÊNCIAS..... 28

1. INTRODUÇÃO

O diagnóstico do padrão craniofacial desempenha um papel essencial na prática ortodôntica contemporânea. Edward Angle, que classificou as más oclusões em Classe I, Classe II e Classe III, com base na relação mesiodistal entre os primeiros molares superiores. Apesar de sua relevância, essa classificação era limitada a aspectos exclusivamente dentários. Com o passar do tempo, Lawrence F. Andrews observou inconsistências nos resultados de finalizações ortodônticas. Esse cenário motivou o desenvolvimento das "Seis Chaves da Oclusão", que estabeleceram critérios mais detalhados para o diagnóstico e planejamento ortodôntico (Reis et al., 2011).

A radiografia cefalométrica emergiu como uma ferramenta indispensável na documentação ortodôntica e ortopédica funcional, permitindo a análise detalhada das mudanças de crescimento ósseo nas diferentes etapas do desenvolvimento craniofacial. Essa metodologia facilita a identificação de padrões esqueléticos e dentários específicos, auxiliando em um diagnóstico mais abrangente e na avaliação da estabilidade dos tratamentos a longo prazo (Rangel et al., 2012).

Diversos estudos indicaram que tratamentos baseados apenas em análises dentárias poderiam resultar em comprometimento da estética facial e do sorriso. Capelozza Filho (2007), na tentativa de entender o crescimento facial e observar os diferentes padrões faciais, considerou as características demarcadas na análise subjetiva de tecidos moles, ou seja, a relação da tendência de crescimento ósseo com a identificação de ângulos e linhas específicos na análise frontal e lateral dos tecidos tegumentares. O sistema criado para análise facial através da observação morfológica detalhada é a principal ferramenta diagnóstica para classificação do padrão facial (Barbosa e Gonçalves, 2020).

Com base nessas limitações e avanços, Capelozza Filho propôs uma análise morfológica inovadora, dividindo os padrões faciais em Padrão I, Padrão II, Padrão III, Face Longa e Face Curta. Essa abordagem enfatiza a relação entre o plano sagital e os aspectos psicossociais, ressaltando a relevância do diagnóstico integrado para a resolução dos problemas ortodônticos atuais. A integração de análises esqueléticas e dentárias tornou-se um marco na Ortodontia moderna, destacando-se como um componente crítico na personalização dos tratamentos

(Reis et al., 2006).

Em qualquer filosofia de tratamento ortodôntico existe, a preocupação com a harmonia das formas faciais, e por isso esse tema tornou-se tão essencial. Para se obter um resultado satisfatório nos tratamentos, os ortodontistas buscaram compreender as características relacionadas ao crescimento facial de cada paciente.

2. PROPOSIÇÃO

O objetivo dessa revisão bibliográfica é analisar como a avaliação dos padrões faciais pode melhorar os resultados estéticos e funcionais dentro da ortodontia, bem como realçar a sua evolução ao longo dos anos.

3. METODOLOGIA

O presente estudo apresenta uma revisão de literatura sobre o tema proposto. Utilizou-se 4 palavras chave: Estética; Diagnóstico; Crescimento facial; Ortodontia. A pesquisa foi realizada através da base de dados: SciELO, PubMed, Google Acadêmico.

Foram coletados artigos na língua portuguesa e inglesa, sem escolha de período especifico. A seleção dos artigos utilizados no trabalho foi realizada de forma aleatória, através da leitura da integra, excluindo trabalhos de conclusão de curso e temas que não agregariam para o estudo.

4. REVISÃO DE LITERATURA

O diagnóstico na Ortodontia já foi baseado pela oclusão como sendo o principal objetivo do tratamento ortodôntico, e acreditava-se que uma ótima oclusão levaria, conseqüentemente, a uma estética facial ideal (Angle, 1907). Alguns autores sugeriram algumas classificações para as más oclusões, buscando agrupar os indivíduos com características semelhantes em diferentes classes ou padrões (Barbosa e Gonçalves, 2020).

Angle, em 1899, descreveu uma oclusão dentária normal ou ideal, na qual afirmava que o arco superior deveria ser maior que o arco inferior, e os dentes superiores deveriam projetar levemente aos inferiores. Diante disso, a relação correta seria em que a cúspide mésio-vestibular do primeiro molar superior estaria posicionada no sulco mésio-vestibular do primeiro molar inferior. Baseando-se no posicionamento desses dentes, classificou as más oclusões em Classes I, II e III com suas divisões e subdivisões, indicando qual a base óssea,(maxila e mandíbula) (Morihisa e Maltagliati, 2009).

Com o avanço da tecnologia, e o surgimento do cefalostato foi possível estudar o crescimento facial, por meio das telerradiografias. Andrews em 1972 realizou estudos com indivíduos com diferentes características oclusais e identificou as 6 chaves de oclusão normal, conforme Silva et al. (2022) discorreram:

> 1) Relação dos molares – os primeiros molares permanentes superiores devem mostrar três pontos de contato evidentes com os dentes antagonistas; a superfície distal da crista marginal do primeiro molar permanente superior contacta e oclui com a superfície mesial da crista marginal mesial do segundo molar permanente inferior; a cúspide mésiovestibular do primeiro molar permanente superior oclui dentro do sulco existente entre a cúspide mésio-vestibular e a mediana do primeiro molar inferior e a cúspide mésio-palatina do primeiro molar permanente superior adapta-se à fossa central do primeiro molar permanente inferior;
>
> 2) Angulação das coroas – a porção cervical do longo eixo de cada coroa encontra-se distalmente à sua porção oclusal;
>
> 3) Inclinação das coroas – a porção cervical do longo eixo da

> coroa dos incisivos superiores encontra-se por lingual à superfície incisal, aumentando a inclinação lingual progressivamente na região posterior;
>
> 4) Rotações – não deve haver rotações dentárias indesejáveis;
>
> 5) Contatos interproximais – não deve haver espaços interproximais;
>
> 6) Curva de Spee – deve apresentar-se plana ou suave.

Atualmente, a prática ortodôntica evoluiu para uma visão mais holística, levando em conta diversos fatores para alcançar resultados mais harmoniosos e funcionais. A análise facial permite avaliar a relação entre o esqueleto craniofacial e o contorno facial do tecido mole, e pode ser feita utilizando-se fotografias de frente e perfil, e durante o exame clínico do indivíduo. Na análise frontal, avaliam-se assimetrias da face no plano transversal e vertical. Já na análise do perfil, observam-se três tipos: reto, convexo e côncavo (Reis et al., 2006).

Mas, recentemente, Capelozza Filho (2007) afirma que a má oclusão,é diagnosticada através dos sinais e reflexos, como distúrbios promovidos pelo crescimento e as alterações dentárias. Sugere, então, a análise subjetiva de tecidos moles, ou seja, a relação da tendência de crescimento ósseo, com a identificação de ângulos e linhas específicas na análise frontal e lateral dos tecidos. Então, criou a nomenclatura baseada na diferença entre o padrão de crescimento de cada indivíduo. Essa classificação depende de uma análise morfológica criteriosa da face em dois planos, perfil e frontal. O autor então classificou os pacientes em: Padrão I, Padrão II, Padrão III, Padrão Face Longa e Padrão Face curta (Gandra et al., 2007).

O padrão facial I caracteriza-se por um crescimento esquelético equilibrado, simetria facial, perfil reto e selamento labial passivo. As alterações presentes, quando ocorrem, limitam-se ao nível dentário. A análise facial revela harmonia entre maxila e mandíbula, proporções faciais equilibradas como a distância interpupilar e a largura da comissura labial, e entre a largura nasal e a distância intercanto medial dos olhos. Há também boa projeção zigomática, depressão infraorbitária discreta, e um contorno mandibular adequado,ou seja linha queixo-pescoço na mesma posição. Com isso, o ângulo nasolabial e o sulco mentolabial não são considerados elementos chaves na classificação desse padrão facial,

principalmente quando a discrepância não é grave, visto que é possível, em diferentes padrões, essas medidas apresentarem uma variação pequena (Reis et al., 2011).

Figura 1 – Padrão I



Fonte: Reis et al., 2006.

O padrão II possui um perfil convexo, Os lábios superiores podem estar normais, devido à compensação dentária, ou podem estar projetados e hipotônicos se houver protrusão dentária. O perfil convexo, é decorrente de um crescimento deficiente da mandíbula ,ou um crescimento acentuado da maxila para frente (maçã do rosto), ou ainda uma combinação de ambos. Apresentam uma boa expressão na região do terço médio, com o zigomático normal ou até excessivo, o que pode criar uma depressão infraorbitária e um sulco nasogeniano bem marcado.

Devido a deficiência mandibular ser a mais comum, normalmente a maxila está bem posicionada em relação ao crânio. A linha queixo pescoço curta, o terço inferior deficiente, e o sulco mentolabial demarcado pela eversão dos lábios inferiores (Reis et. al., 2006).

Figura 2 – Padrão II



Fonte: Souza et al., 2005.

O padrão III contempla indivíduos que possuem um perfil côncavo, um crescimento exagerado da mandíbula (também chamado de prognatismo mandibular) ou por uma deficiência de crescimento anterior da maxila ,ou uma combinação de ambos. Quando a causa do padrão III é a deficiência maxilar, o terço inferior da face está normal ou diminuído, o sulco mentolabial está aberto pela compensação dos incisivos inferiores que buscam contato com os superiores, estando verticalizados ou lingualizados, além disso, o ângulo interlabial normalmente é maior devido a essa mesma compensação. Nesse padrão, ocorre uma tendência de aumento do terço inferior da face, e a linha queixo-pescoço pode ser normal ou aumentada dependendo do posicionamento da mandíbula. A projeção zigomática pode ser mascarada, pelo deslocamento de tecido mole provocado pelo excesso de mandíbula, com isso o terço médio da face tende a parecer deficiente (Antas et al., 2022).

Figura 3 – Padrão III



Fonte: Cappellozza et al., 2013.

Os pacientes classificados como Padrões Face Longa e Face Curta apresentam uma discrepância vertical visível nas avaliações de frente e perfil (Reis et al., 2006). O Padrão face longa na análise facial, permite identificar inúmeras características comuns tais como: ausência de selamento labial passivo e contração do músculo mentoniano durante o fechamento labial , além de uma grande exposição dos incisivos superiores, quando os lábios encontram-se em repouso, e gengival, durante o sorriso. O nariz é longo, observando-se estreitamento das bases alares, e o zigomático é geralmente plano. O terço inferior da face é longo, resultando numa aparência retrognata da mandíbula (Cardoso et al., 2005).

Figura 4 – Padrão face longa



Fonte: Capelloza Filho, 2007.

O padrão face curta apresenta como característica principal a redução da altura facial anterior total provocada pela diminuição da altura facial anterior inferior. Isto torna o selamento labial compressivo, com acentuação dos sulcos peribucais quando o individuo encontra-se em oclusão. O mesmo apresenta pouca ou nenhuma exposição dos incisivos superiores (Capelozza Filho, 2007).

Figura 5 – Padrão face curta



Fonte: Nary Filho et al., 2013.

A face é composta por diferentes estruturas que são capazes de se

desenvolver proporcionalmente ao tecido esquelético, acompanhando a anatomia ou não. Esse fato, ocorre pelas variações estruturais que a face pode sofrer sendo elas, espessura, tônus, comprimento e até mesmo acúmulo de gordura, retificando a importância de se fazer uma análise facial detalhada, e não estar limitado apenas aos valores esqueléticos (Macedo et al., 2008).

O biótipo facial é uma classificação que descreve a morfologia da face de uma pessoa, sendo os principais tipos: mesofacial, braquifacial e dolicofacial.

Essa classificação é importante, pois influencia o diagnóstico, o planejamento e a resposta ao tratamento. Cada tipo facial reage de forma diferente às intervenções, podendo afetar os resultados finais do tratamento ortodôntico de maneira positiva ou negativa. Os indivíduos mesofaciais possuem dimensões horizontais e verticais proporcionais. Já os indivíduos braquifaciais, a altura facial anterior é reduzida e a face mais larga; nos indivíduos dolicofaciais, a altura facial é aumentada e a face mais estreita (Ladislau et al., 2009).

Embora o tratamento ortodôntico tenha como objetivo melhorar a função mastigatória, a busca pela estética facial e do sorriso é uma das principais motivações dos pacientes. Na mêcanica ortodontica, temos algumas opções de tratamento como: extrações, desgaste interproximal, aparelhos movéis expansores, e a cirurgia ortognática. Com o tempo, estudos mostraram que extrações podem alterar o perfil facial, tornando as características faciais um fator determinante na decisão de extrair ou não dentes. O ideal é alcançar uma oclusão funcional sem comprometer a harmonia facial, já que corrigir apenas o posicionamento dos dentes nem sempre garante uma face esteticamente agradável (Macedo et al., 2008).

A Classe II é a correção mais realizada nos pacientes que procuram tratamentos ortodônticos (Melo et al., 2023). A atresia do arco dentário superior, é uma característica transversal da má oclusão Classe II, e também está presente em dentes decíduos e mistas, permanecendo ao longo do tempo. Isso mostra que as características dessa má oclusão não se corrigem sozinhas durante o crescimento. Embora geralmente não haja mudanças significativas, pequenas alterações podem ocorrer, podendo melhorar ou piorar a condição de forma individual (Peixoto et al., 2014).

O crescimento facial nesse padrão é semelhante ao de outros padrões, mas as diferenças geralmente não se corrigem com o tempo. Na literatura, é indicado que

no Padrão II a mandíbula cresce menos do que no Padrão I, desde a infância até a adolescência. Essa característica se mantém ao longo do tempo, o que justifica intervenções terapêuticas com aparelhos como o Fränkel e o Bionator que estimulam um crescimento equilibrado e melhoram a oclusão. Se o paciente não colaborar com aparelhos removíveis, também é possível usar um propulsor mandibular fixo ou elásticos intermaxilares. Já em indivíduos na fase adulta diante da má oclusão de Classe II é indicado a utilização do aparelho de protrusão mandibular. No entanto, também é bastante frequente encontrar pessoas com padrão II e relação molar de classe I, devido a compensações dentárias. Essas adaptações ocorrem para equilibrar a oclusão, mesmo quando há diferenças esqueléticas (Silva Filho et al., 2009).

O Padrão I e o III, também tem suas caracteristicas oclusais presentes, e requer um diagnóstico precoce. Na oclusão do padrão I é limitada à região dentoalveolar, ou seja, erros no posicionamento dos dentes nos sentidos sagital, vertical e transversal,ou seja ,com o biotiipo dólico, meso ou braquifacial sem envolvimento ósseo. Se houver comprometimento na face, como vertical ou transverso, o caso não pode ser classificado como padrão I. Além disso, é importante fazer um diagnóstico diferencial em casos de protrusão dentoalveolar superior, especialmente se houver ângulo nasolabial fechado, mesmo que outros sinais pareçam normais (Reis et al., 2011).

O padrão III, é raro encontrar uma relação molar diferente de classe III. Após o tratamento ortodôntico compensatório, às vezes, os indivíduos podem apresentar uma relação molar de classe I. Os dentes inferiores tendem a inclinar- se para a lingual, e os caninos inferiores também se angulam para a distal, ocupando menos espaço no arco. Os incisivos superiores, mesmo em casos de mordida cruzada anterior, costumam apresentar maior inclinação para a vestibular. Os dentes posteriores superiores (pré-molares e molares) também se inclinam mais para a vestibular, enquanto os inferiores se inclinam para a lingual, refletindo a tentativa de compensar a má oclusão. Além disso, os dentes superiores geralmente ficam angulados para a mesial, acompanhando esse processo de ajuste (Fattori e Feres, 2007).

Em geral, pacientes com face curta costumam ter sobremordida, enquanto aqueles com face longa tendem a apresentar mordida aberta, e geralmente está

presente a classe II, e uma exposição em excesso dos dentes em repouso. Essas características estão relacionadas ao crescimento dos maxilares, mas também podem estar associadas ao crescimento dentoalveolar, ou seja, ao desenvolvimento dos dentes e ossos alveolares, independente do crescimento osséo (Barbosa e Gonçalves, 2020).

Nos pacientes Padrão Face Longa que não são diagnosticados como tal, o grande risco é a utilização de mecânicas ortodônticas que tenham como consequência o aumento da dimensão vertical e o agravamento desse Padrão, pela redução da sobremordida. Os indivíduos Padrão Face Curta também podem com comprometimento da estética facial e das funções oclusais (guias anteriores) apresentar redução na convexidade facial, o que os confunde com os pacientes Padrão III. O diagnóstico diferencial é, novamente, realizado pela quantidade de exposição dos incisivos superiores no sorriso. A exposição reduzida, indicativa da necessidade de reposicionamento inferior da maxila, determina o diagnóstico (Reis et al., 2011).

Com base nas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento, a ortodontia busca atuar de forma preventiva que evita que os problemas de oclusão se agravem no futuro, muitas vezes sem a necessidade de aparelhos fixos ou extrações, além de incluir orientações para eliminar os maus hábitos. Já a ortodontia interceptativa, é um tratamento imediato, para problemas que estão em desenvolvimento, ajudando a corrigir essas questões cedo, o que pode facilitar o tratamento, e reduzir seu tempo e melhorar os resultados finais em termos de estabilidade e estética (Da Cunha et al., 2022).

Cada padrão facial possui uma característica morfogenética única ,que deve ser avaliada de forma subjetiva. Essa abordagem geralmente evita o uso de análises numéricas, pois a avaliação é mais pessoal e qualitativa para entender essas diferenças. Dessa forma, Cappellozza, o autor desse conceito, prefere uma análise subjetiva à falsa segurança da avaliação numérica.

Diante desse dilema, a utilização dos Diagramas de Referências Estéticas Faciais parece se encaixar facilmente nessa perspectiva de avaliação subjetiva, pois utiliza uma comparação intrínseca das proporções faciais, sem a utilização de uma avaliação numérica (Camara, 2006).

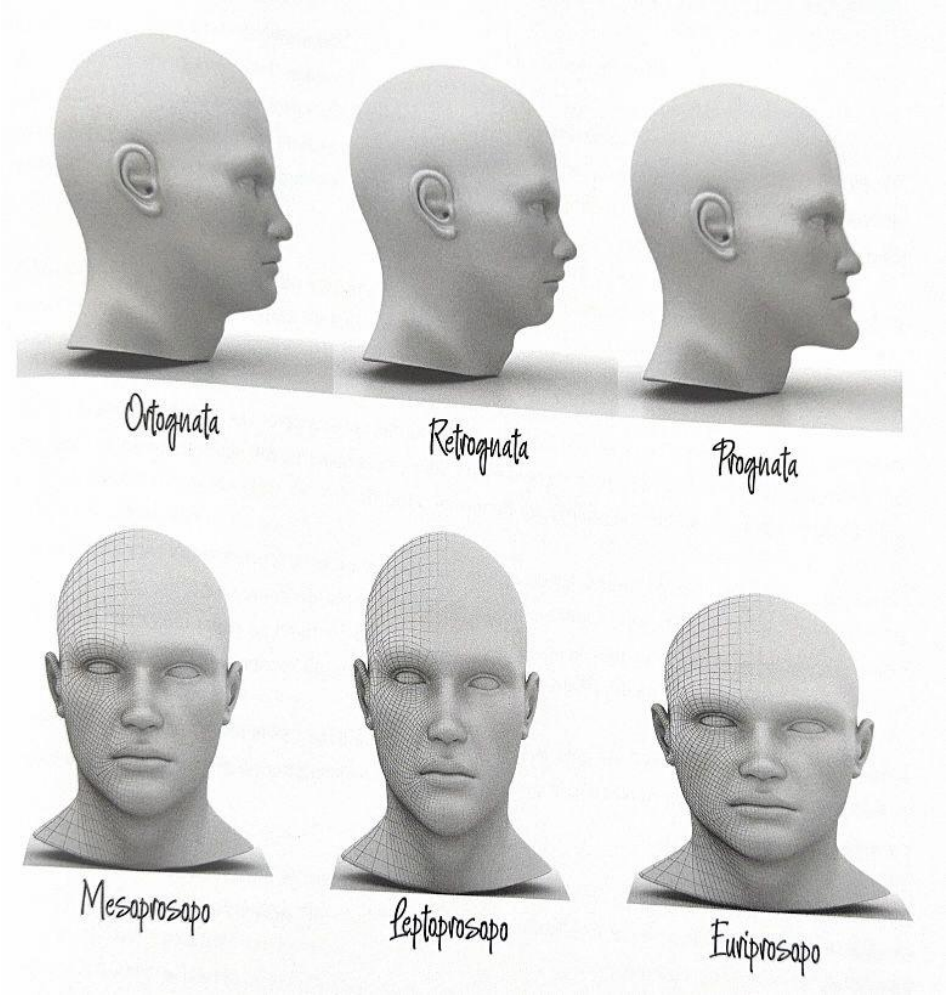
Com a mesma filosofia, foram criados alguns outros conceitos para complementar o diagnostico dos padrões faciais. Os arquetipos e templates que foram classificados em, conforme Camara (2018):

- Ortognata (Padrão I): Tipo facial considerado harmonioso ou equilibrado. As base osséas (maxila e mandibula) bem posicionadas entre si. O queixo está alinhado com a face. O perfil reto ou levemente convexo. E é o padrão considerado ideal do ponto de vista funcional e estético.
- Retrognata (Padrão II): Tipo facial onde a mandíbula está posicionada para trás em relação à maxila. O perfil convexo (testa e nariz projetados em relação ao queixo).
- Prognata (Padrão III): Tipo facial onde a mandíbula está projetada para frente em relação à maxila. Queixo proeminente, perfil côncavo.

Quando esses tipos faciais acrescentam efeitos verticais, são classificados em: leptoprosopo (ou dolicofacial), que é caracterizado por uma face longa e estreita, com tendência ao crescimento vertical; euriprosopo (ou braquifacial) apresenta uma face mais curta e larga, com tendência ao crescimento horizontal; e mesoprosopo (ou mesofacial),apresenta proporções equilibradas entre altura e largura facial, sendo considerado um padrão facial harmônico (Camara, 2018).

Além disso, nos casos de alterações ântero-posteriores da face, como prognatismo ou retrognatismo, existe uma subdivisão importante entre verdadeiros, e pseudo-prognatas ou pseudo-retrognatas. Essa diferenciação é determinada principalmente pelo tamanho e posicionamento da mandíbula. Um paciente pode apresentar aparência de prognatismo, por exemplo, sem que haja um real aumento mandibular, mas sim uma retrusão maxilar (pseudo-prognatismo). Da mesma forma, pode-se observar um pseudo-retrognatismo quando há uma maxila proeminente em relação a uma mandíbula de tamanho normal (Camara, 2018).

Figura 6 – Arquétipos e tipos faciais



Fonte: Camara, 2018.

5. DISCUSSÃO

A evolução dos critérios e diagnósticos em ortodontia evidencia uma transição significativa do enfoque exclusivo na oclusão dentária, como proposto por Angle (1899, 1907), para uma abordagem multifatorial que integra aspectos esqueléticos, dentários e de tecidos moles. Essa mudança reflete o reconhecimento de que a harmonia facial não é necessariamente consequência de uma oclusão ideal, sendo imprescindível a avaliação da estética e função de maneira integrada (Barbosa e Gonçalves, 2020; Morihisa e Maltagliati, 2009).

O avanço tecnológico, especialmente com a introdução do cefalostato por Broadbent (1931) e o consequente uso das telerradiografias padronizadas, permitiu maior precisão na análise do crescimento craniofacial. No entanto, autores como Capelozza Filho (2007) ressaltam que métodos exclusivamente métricos podem limitar a compreensão das variações individuais, defendendo a análise morfológica subjetiva como ferramenta central no diagnóstico ortodôntico. Essa abordagem, ao classificar padrões faciais em I, II, III, Face Longa e Face Curta, permite um planejamento mais personalizado, considerando não apenas estruturas ósseas, mas também proporções e harmonia estética percebida.

Os padrões faciais descritos apresentam implicações distintas para a conduta clínica. O Padrão I, caracterizado pelo equilíbrio esquelético e perfil reto, geralmente demanda intervenções limitadas ao nível dentoalveolar, com bons prognósticos funcionais e estéticos. Já o Padrão II, frequentemente associado à deficiência mandibular, exige atenção ao crescimento residual e pode demandar aparelhos funcionais ou procedimentos cirúrgicos em casos mais severos (Reis et al., 2006; Silva Filho et al., 2009). O Padrão III, por sua vez, é desafiador devido à predominância de alterações esqueléticas, muitas vezes requerendo abordagem ortocirúrgica, especialmente quando diagnosticado tardiamente (Antas et al., 2022).

As variações verticais, presentes nos padrões Face Longa e Face Curta, demonstram que o diagnóstico não pode se limitar ao plano sagital. O Padrão Face Longa, associado a alterações funcionais como ausência de selamento labial passivo e mordida aberta anterior, é particularmente sensível a mecânicas que aumentem a dimensão vertical. Já o Padrão Face Curta, caracterizado por

sobremordida profunda e selamento labial compressivo, pode ser confundido com o Padrão III em análises superficiais, reforçando a importância do diagnóstico diferencial (Capelozza Filho, 2007; Reis et al., 2011).

A análise facial subjetiva proposta por Cappellozza, complementada por ferramentas como os Diagramas de Referência Estética Facial (Camara, 2006), permite uma leitura mais funcional e individual das características faciais. Além disso, Camara (2018) propôs o uso de arquétipos faciais (Ortognata, Retrognata e Prognata), que, combinados aos biotipos verticais (leptoprosopo, euriprosopo e mesoprosopo), ampliam ainda mais a personalização do diagnóstico e planejamento ortodôntico.

Outro ponto relevante é a distinção entre alterações esqueléticas verdadeiras e pseudoalterações. A retrusão mandibular, por exemplo, pode ser aparentemente causada por uma maxila proeminente, caracterizando um pseudo-retrognatismo, enquanto um pseudo-prognatismo ocorre quando há retrusão maxilar e mandíbula aparentemente proeminente (Camara, 2018). Essa diferenciação é fundamental para definir a conduta terapêutica adequada e evitar tratamentos excessivos ou invasivos.

A ortodontia preventiva e interceptativa, como destacam Da Cunha et al. (2022), desempenha papel essencial ao atuar nas fases iniciais de desenvolvimento, prevenindo agravamentos futuros e muitas vezes evitando o uso de mecânicas complexas ou extrações dentárias. A combinação de conhecimento técnico, análise morfológica e interpretação subjetiva garante um tratamento ortodôntico mais eficaz, estável e esteticamente satisfatório. O impacto dessas mecânicas sobre o perfil facial deve ser criteriosamente avaliado, dado que a estética é frequentemente a principal motivação dos pacientes para buscar tratamento (Macedo et al., 2008).

6. CONCLUSÃO

Mediante as informações expostas e discutidas, conclui-se que o diagnóstico ortodôntico evoluiu significativamente ao longo do tempo, passando de uma ênfase exclusiva na oclusão, conforme a classificação de Angle, para uma abordagem mais abrangente que integra análises cefalométricas, morfológicas e faciais. As ferramentas modernas, como as telerradiografias, as seis chaves de Andrews e as classificações de Capelozza Filho, permitem uma avaliação mais precisa das características esqueléticas, faciais e de tecidos moles, essenciais para um planejamento individualizado e eficaz. Além disso, a importância do diagnóstico precoce e da intervenção interceptativa é destacada como estratégia para prevenir agravamentos e otimizar os resultados, especialmente em pacientes em fase de crescimento. Ressalta-se ainda que, a compreensão das mudanças faciais ao longo do tempo e a consideração do biotipo facial são fundamentais para garantir a harmonia estética e funcional do tratamento. Portanto, o sucesso na prática ortodôntica contemporânea depende de uma avaliação integrada, que respeite as particularidades de cada paciente, promovendo resultados que conciliem o funcionamento adequado com uma estética facial equilibrada.

REFERÊNCIAS

ANTAS, B. P.; GONÇALVES, S. S.; BARBOSA, A. C. L. Análises do padrão facial e cefalométrica relacionadas com a linha do sorriso e o tipo de mordida. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 4, n. 2, p. 01-13, 2022.

BARBOSA, A. C. L.; GONÇALVES, S. S. Avaliação do padrão, perfil e tipo facial de pacientes para o tratamento ortodôntico. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 2, n. 1, p. 32-48, 2020.

CAMARA, C. A. L. P. Estética em ortodontia: diagramas de referências estéticas dentárias (DRED) e faciais (DREF). **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 11, n. 1, p. 130-156, 2006.

CAMARA, C. Estética em Ortodontia: um sorriso para cada face. **Dental Press**, v. 3, n. 1, p. 274-283, 2018.

CAPELOZZA FILHO, L. et al. Proposta para classificação, segundo a severidade, dos indivíduos portadores de más oclusões do Padrão Face Longa. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 12, n. 1, p. 124-158, 2007.

CAPPELLOZZA, J. A. Z. et al. Avaliação tomográfica longitudinal prospectiva pré e pós descompensação ortodôntica em pacientes do padrão III cirúrgicos. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 1, n. 1, p. 01-08, 2013.

CARDOSO, M. A. et al. Características cefalométricas do padrão face longa. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 10, n. 1, p. 29-43, 2005.

DA CUNHA, L. C. F.; DA COSTA, T. V.; BUENO, S. M. A importância da ortodontia no tratamento de maloclusões. **Revista Científica Unilago**, v. 1, n. 1, p. 01-07, 2022.

FATTORI, L.; FERES, R. Padrão facial. Parte 1: discrepâncias sagitais. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial**, v. 10, n. 2, p. 78-88, 2007.

GANDRA, F. B.; LARA, L.; CAPELOZZA FILHO, L. Determinação da prevalência da classificação sugerida por Capelozza Filho, padrões I, II, III, Face Longa e Face Curta, e sua relação com a Classificação de Angle, na região sul de Minas Gerais. **Revista Uningá**, v. 13, n. 1, p. 258-264, 2007.

LADISLAU, A. S. et al. A importância da análise facial subjetiva como complemento da análise cefalométrica para o diagnóstico e planejamento ortodôntico. **Revista Espelho Clínico**, v. 1, n. 1, p. 01-09, 2009.

MACEDO, A. et al. A análise facial no diagnóstico e planejamento ortodôntico. **Ortodontia SPO**, v. 41, n. 3, p. 234–241, 2008.

MELO, B. M. B. et al. DTratamento orto-cirúrgico de benefício antecipado em paciente padrão III: relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 4, p. 16474-16486, 2023.

MORIHISA, O.; MALTAGLIATI, L. A. Avaliação comparativa entre agradabilidade facial e análise subjetiva do padrão facial. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 14, n. 1, p. 461-469, 2009.

NARY FILHO, H. et al. Epidemiologia e definição de critérios morfológicos para o diagnóstico dos indivíduos portadores de padrão face curta, em escolares matriculados no ensino fundamental do município de Palmitos/SC. **Revista Unisagrado**, v. 3, n. 1, p. 01-11, 2009.

PEIXOTO, A. P. et al. Three-dimensional dental arch changes of patients submitted to orthodontic surgical treatment for correction of Class II malocclusion. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 19, n. 4, p. 71-79, 2014.

RANGEL, D. C. et al. Estudo comparativo do padrão de crescimento entre as análises USP, Ricketts, McNamara e Jarabak. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, v. 5, n. 1, p. 547-461, 2012.

REIS, S. A. B. et al. Análise facial subjetiva. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 11, n. 1, p. 159-172, 2006.

REIS, S. A. B. et al. Estudo comparativo do perfil facial de indivíduos Padrões I, II e III portadores de selamento labial passivo. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 11, n. 1, p. 36-45, 2006.

REIS, S. A. B. et al. Concordância dos ortodontistas no diagnóstico do Padrão Facial. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 16, n. 2, p. 60-72, 2011.

SILVA FILHO, O. G. da et al. Crescimento facial espontâneo Padrão II: estudo cefalométrico longitudinal. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 14, n. 1 p. 40-60, 2009.

SILVA, Matheus Benevides Pereira; MORAES, Liliane B. M. Ortodontia: atenção à má oclusão no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 4, n. 1, 2022.

SOUZA, M. M. et al. Uso do aparelho de Thurow no tratamento da má oclusão esquelética de Classe II. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 10, n. 1, p. 76-87, 2005.