

UNINGÁ – UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ
FACULDADE INGÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DENTÍSTICA

JOSEANE VICCARI CALZA

ANÁLISE ESTÉTICA – INTER-RELAÇÃO DENTOFACIAL

PASSO FUNDO

2007

JOSEANE VICCARI CALZA

ANÁLISE ESTÉTICA – INTER-RELAÇÃO DENTOFACIAL

Monografia apresentada à Unidade de Pós-graduação da Faculdade Ingá-UNINGÁ-Passo Fundo-RS como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Dentística.

Orientador: Cristiano Magagnin

PASSO FUNDO

2007

JOSEANE VICCARI CALZA

ANÁLISE ESTÉTICA – INTER-RELAÇÃO DENTOFACIAL

Monografia apresentada à comissão julgadora da Unidade de Pós-graduação da Faculdade Ingá-UNINGÁ-Passo Fundo-RS como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Dentística.

Orientador: Cristiano Magagnin

Aprovada em ____ ____ ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Cristiano Magagnin

Prof. Ms Nelson Geovane Massing

Prof. Christian Schuh

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, DEONILDO e NILVA, que sempre estiveram ao meu lado,
incentivando e possibilitando a conquista de meus ideais profissionais.
E igualmente pelo carinho e compreensão que recebi de todos os meus familiares
durante este período de aprendizado em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu professor, orientador e amigo Cristiano Magagnin, pela dedicação, orientação e ensinamento na elaboração desta monografia.

Aos professores da disciplina de dentística restauradora pelos ensinamentos profissionais e conselhos para minha carreira profissional.

Ao professor e amigo Nelson Geovane Massing pela ajuda e disponibilidade oferecida durante a realização desta monografia.

Ao professor, amigo e colega Christian Schuh, por sua disponibilidade, ajuda e incentivo na construção deste trabalho.

Aos meus colegas de curso pelas experiências compartilhadas e pela convivência que se transformaram em grandes amizades.

Aos meus colegas de consultório que me ajudaram e apoiaram durante este trabalho.

A minha irmã Christiane e meu cunhado Leonardo pela hospitalidade, carinho e amizade durante o meu curso.

A minha irmã Lisiane pelo incentivo, apoio e conselhos para a realização desta.

Aos meus pais pela ajuda e disponibilidade constante em todos os momentos de minha vida.

A todas pessoas que estiveram ao meu lado e que, de alguma forma, colaboraram para que esta monografia fosse realizada.

RESUMO

A análise facial e dental devem ser integradas junto a todos os tratamentos odontológicos onde a estética e a função sejam os principais objetivos, pois a face é a base do equilíbrio estético e a odontologia estética precisa estar integrada e em sincronia com ela. O proposto trabalho avaliou a estética facial (princípios estéticos; exame da face), terço inferior da face (análise dentolabial), sorriso (componentes do sorriso) e harmonia dental (componentes dentais). Os principais pontos abordados foram descritos ao longo deste. O estudo também se deteve na avaliação e valorização do sorriso (sorriso perfeito) como ponto principal de referência no momento em que se olha e analisa uma face. Esta análise estimou também determinar, por meio da literatura, as referências necessárias que devem ser observadas para alcançar a estética em odontologia restauradora que, hoje, é tão valorizada e solicitada pelos pacientes nos consultórios odontológicos. Pois, quando se trata de reabilitar a estética e a função a dentística restauradora necessita desta avaliação facial para o seu completo êxito. O proposto estudo utilizou uma revisão bibliográfica para sua descrição.

Palavras- chaves: Estética. Face. Sorriso.

ABSTRACT

The face and dental analysis must be integrated next to all the odontological treatments where aesthetic and the function is the main objectives, therefore the face is the base of the aesthetic balance and the necessary aesthetic odontology to be integrated and in jointly with it. The considered work evaluated aesthetic face (the aesthetic principles; examination of the face), lower part of the face (dentolabial analysis), smile (component of the smile) and dental harmony (component dental). The main boarded points had been described throughout this. The study also if it withheld in the evaluation and valuation of the smile (perfect smile) as main point of reference at the moment where if it looks at and it analyzes the face. This analysis also esteem to determine, by means of literature, the necessary references that they must be observed to reach the aesthetic one in restorative odontology that, today, so is valued and requested for the patients in the odontologic clinics. Therefore, when it is treated to rehabilitate the aesthetic one and the function the restorative dentistry needs this face evaluation for its complete success. The considered study it used a bibliographical revision for its description.

Words keys: Aesthetic. Face. Smile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Composição dental.....	14
Figura 2 – Composição dentofacial.....	14
Figura 3 – Composição Facial.....	15
Figura 4 - Linhas	15
Figura 5 – Sorriso Harmônico – forças coesivas e segregativas.....	16
Figura 6 - Dominância	17
Figura 7 – Simetria dental anterior.....	18
Figura 8 – Face vista frontal.....	23
Figura 9 – Simetria Facial.....	23
Figura 10 – “T” facial	24
Figura 11 - Linha Interpupilar.....	24
Figura 12 – Terços Faciais	25
Figura 13 – Proporções Horizontais	25
Figura 14 – Linha Média facial e dental	27
Figura 15 – Linha média dentária.....	28
Figura 16- Plano de Frankfurt.....	29
Figura 17 – Perfil Reto	29
Figura 18 – Perfil Convexo	30
Figura 19 – Perfil Côncavo	30
Figura 20 – Linha – E	31
Figura 21 – Ângulo nasolabial	31
Figura 22 – Sulco Mentolabial	32
Figura 23 – Lábios	33
Figura 24 – Sorriso	34
Figura 25 - Tipos de labios.....	37
Figura 26 – Linhas verticais	38
Figura 27 –Comprimento dos lábios.....	39
Figura 28- Diferença de exposição dental entre os sexos.....	40
Figura 29 -Espaço Interlabial.....	41
Figura 30 – Apoio dos lábios.....	42
Figura 31 – Linha do sorriso baixa.....	44

Figura 32 – Linha do sorriso média.....	44
Figura 33 – Linha do sorriso alta.....	45
Figura 34 – Visibilidade dos dentes anteriores.....	46
Figura 35 – Exposição dental em diferentes idades.....	46
Figura 36- Bordas incisais.....	47
Figura 37 – Porção seca e molhada do lábio.....	48
Figura 38 – “V” invertido.....	49
Figura 39 – Curva Convexa.....	49
Figura 40 – Pronúncia do “f” e “v”.....	50
Figura 41 – Curva Plana – abrasão das bordas incisais.....	51
Figura 42 – Corredor vestibular.....	51
Figura 43 – Linha média X interincisal – posicionamento inadequado.....	53
Figura 44 – Fases do sorriso.....	55
Figura 45 – Constituintes do sorriso ideal.....	55
Figura 46 – Contorno dos dentes anteriores.....	56
Figura 47 – Dominância dos incisivos centrais.....	57
Figura 48 – Gradação dental.....	58
Figura 49 – Alinhamento dental no arco.....	59
Figura 50 – Forma das ameias.....	60
Figura 51 – Equilíbrio dos dentes superiores e inferiores.....	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 FACE.....	12
2.1.1 Princípios estéticos.....	13
2.1.1.1 Composição.....	13
2.1.1.2 Contraste e Características Manifestas.....	14
2.1.1.3 Unidade.....	15
2.1.1.4 Linhas.....	15
2.1.1.5 Forças Coesivas e Segregativas.....	16
2.1.1.6 Dominância.....	16
2.1.1.7 Simetria.....	17
2.1.1.8 Proporção e Razão Repetida.....	18
2.1.1.9 Equilíbrio.....	19
2.1.1.10 Personalidade.....	19
2.2 ANÁLISE FACIAL.....	19
2.3 EXAME DA FACE.....	21
2.3.1 Avaliação Fotográfica.....	22
2.3.2 Fatores que devem ser avaliados.....	22
2.3.3 Vista Frontal.....	23
2.3.4 Vista de Perfil.....	29
2.4 O SORRISO: TERÇO INFERIOR DA FACE – BOCA E LÁBIOS.....	33
2.4.1 Análise dentolabial.....	34
2.4.1.1 Movimento Labial.....	35
2.4.1.2 Tipos de Lábios.....	36
2.4.1.3 Espessura dos lábios superior e inferior.....	37
2.4.1.4 Largura dos Lábios.....	38
2.4.1.5 Comprimento dos Lábios.....	39
2.4.1.6 Espaço Interlabial.....	40
2.4.1.7 Apoio dos Lábios.....	41
2.4.1.8 Linha do Lábio.....	43
2.4.1.9 Visibilidade dos dentes anteriores.....	46

2.4.1.10 Borda Incisal.....	47
2.4.1.11 Curva Incisal.....	48
2.4.1.12 Curva incisal plana ou reversa.....	50
2.4.1.13 Corredor Vestibular	51
2.4.1.14 Linha Interincisal e Média	53
2.5 O SORRISO PERFEITO.....	54
2.6 COMPONENTES DENTAIS.....	56
3 CONCLUSÕES.....	62
REFERÊNCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

O profundo respeito pelo belo como medida fundamental de perfeição e do divino não deve ser encarado levemente ou ser associado com a vaidade humana quando certo grau de perfeição é aspirado pelo próprio ser humano (RUFENACHT, 1998).

Hoje, a influência da cultura grega na sociedade moderna ainda é predominante, mas as legítimas aspirações do indivíduo pela beleza têm sido ofuscadas pelo “espírito utilitário” ou pela necessidade de ser eficiente, o que parece ocupar o palco como uma única justificativa para o comportamento humano (RUFENACHT, 1998).

Estética (do grego *αισθητική* ou *aisthesis*: *percepção, sensação*) é um ramo da filosofia que tem por objetivo o estudo da natureza do belo e dos fundamentos da arte. Ela estuda o julgamento e a percepção do que é considerado belo, a produção das emoções pelos fenômenos estéticos, bem como as diferentes formas de arte e do trabalho artístico; a idéia de obra de arte e de criação; a relação entre matérias e formas nas artes (WIKIPEDIA, online, 2007).

Hoje, a estética, que pode ser entendida tradicionalmente como o estudo racional do belo, quer quanto à possibilidade da sua conceituação, quer quanto à diversidade de emoções e sentimentos que suscita no homem, está cada vez mais presente nas diferentes áreas do conhecimento humano (KINA, 2007).

Apesar da Odontologia sempre estar ciente da importância da estética dental, recentemente, a mídia, os pacientes e um grupo bastante expressivo de profissionais tem dado maior destaque a este ramo da profissão, em função da supervalorização da aparência do indivíduo na sociedade, da influência do sorriso na estética facial como um todo, e também da mudança de enfoque da prática profissional do cirurgião dentista, cuja ênfase está mudando da restauração de dentes cariados para o tratamento estético de dentes sadios (BARATIERI, 1998).

Entretanto, devemos considerar que, embora a estética nos dê a idéia de beleza e harmonia, muitas vezes nos deparamos com contradições, tendo em vista que aspectos culturais a tornam um caráter estritamente pessoal, não havendo, assim, regras para conseguí-la (CANDIDO, 1996).

Por mais que a estética seja subjetiva e varie individualmente, algumas normas são básicas, portanto, alguns critérios devem ser levados em consideração em relação à avaliação do paciente e são requisitos para a reabilitação (MEDEIROS, 1999).

Com a observação da estética facial, do terço inferior da face, com ênfase para o sorriso, e dos componentes dentais, podemos determinar como a análise facial pode servir de referência para os tratamentos restauradores. O presente estudo objetivou analisar os princípios estéticos, o exame da face, a análise dentolabial, os componentes do sorriso, o sorriso perfeito e os componentes dentais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FACE

Estamos a toda hora atentos à aparência do ambiente, dos objetos e das outras pessoas. Como um radar explorando o ambiente, podemos ver um rosto durante 150 milésimos de segundos, uma fração de tempo, e classificar sua beleza, registrando se ele nos é familiar ou não julgando-a da mesma maneira que faríamos se tivéssemos inspecionado por mais tempo. Muito tempo depois de termos esquecido de vários detalhes importantes sobre o que vimos, nossa resposta inicial permanece em nossa memória. Portanto, quando definimos o belo (estético) ou o feio (não-estético), uma série de associações em nossa mente se agrupam para compor tal informação instantaneamente. Nas situações diárias, quando esse processo se concretiza, nossa percepção visual é um pré – requisito essencial para a apreciação estética (KINA, 2007).

Porém, quando vemos e analisamos, nossa dedução não pode e não deve apenas passar pelos nossos sentimentos, é necessário, como observadores, apresentarmos padrões de análise e comparações bem claros e definidos, tornando o processo consciente em que a reação à beleza pode ser automática, mas os nossos pensamentos e comportamentos se dão definitivamente sob o nosso controle (KINA, 2007).

Já para Mondelli (2003), com o aumento da aplicação do fator estética nos tratamentos dentários, surgiu a necessidade de maior entendimento dos princípios

gerais estéticos. A análise científica de sorrisos harmônicos e atraentes tem rebelado a existência de princípios objetivos que podem ser sistematicamente aplicados a fim de avaliar e melhorar a estética dentária, dentofacial e facial de modo previsível.

Sem dúvida, os aspectos do julgamento da beleza humana são influenciados pela cultura, moda, emoções, idade e pela história individual, mas os traços gerais geométricos de um rosto, que dão origem à percepção da beleza, podem ser universais, independente da raça, religião, região e cultura, sendo sensíveis aos instintos humanos básicos e preferências inatas. Somos mais generosos com o belo do que com o feio, assim como somos mais generosos com todos que nos dão prazer, independente da intenção. Isto está no nosso inconsciente, inerente ao ser humano até mesmo com instinto, pois o belo quase sempre quer dizer saudável e bom (KINA, 2007).

O rosto é objeto de admiração e, por meio dele, são expressos os sentimentos de alegria, tristeza, angustia, dor, raiva... (MEDEIROS, 1996).

2.1.1 Princípios Estéticos

Apesar de a psicologia evolucionária ainda não ser capaz de determinar o rosto exato da beleza, parece haver uma proporção, unidade e ordem nas faces que achamos agradáveis e as pessoas tendem a concordar em relação a que rostos são belos e a achar feições semelhantes atraentes mesmo entre faces etnicamente diversas (KINA, 2007).

Portanto, deve haver certa compreensão geral da beleza, embora definida vagamente, uma espécie de beleza universal, para a qual, nos últimos anos, cientistas no mundo inteiro assumiram um profundo respeito e interesse pela tal “universalidade da beleza” (KINA, 2007).

2.1.1.1 Composição

O relacionamento entre os objetos visíveis pelo contraste é chamado de composição (RUFENACHT, 1998).

2.1.1.2 Contrastes e Características Manifestas

- Relacionadas à composição dentária: arranjo dentário, plano oclusal, incisal, linha média dentária, forma dos arcos, inclinação, tamanho, cor, posição e textura dos dentes (figura 1) (MONDELLI, 2003).



Figura 1 – Composição Dental

Fonte (Mondelli, 2003).

- Relacionadas à composição dentofacial: tipo e configuração do sorriso, espessura e dimensão dos lábios, largura da boca, proporção áurea, gradação e espaços negativos laterais (figura 2) (MONDELLI, 2003).



Figura 2 – Composição dentofacial

Fonte (Mondelli, 2003).

- Relacionadas à composição facial: dimensão vertical, dimensão entre os terços da face, linha média e simetria da face (figura 3) (MONDELLI, 2003).



Figura 3 – Composição facial
Fonte (Mondelli, 2003).

2.1.1.3 Unidade

O principal requisito para uma composição é a unidade que dará às diferentes partes da composição o efeito de um todo (RUFENACHT, 1998).

2.1.1.4 Linhas

A composição dental contém um grande número de linhas que são mais ou menos manifestas, como o plano oclusal, o plano incisal, a linha média ou a direção do dente, linhas iguais ou cruzadas são importantes para a harmonia da composição devido às forças coesivas e segregativas que podem produzir (figura 4) (RUFENACHT, 1998).

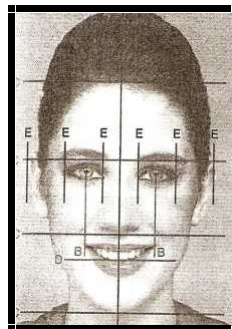


Figura 4 - Linhas
Fonte (Silva, 2004).

Quando as linhas verticais são proeminentes na face, os dentes anteriores são dentes mais longos, quando as linhas horizontais distintas tiverem o efeito oposto, os dentes anteriores serão mais curtos (AHMAD , 2005a).

2.1.1.5 Forças Coesivas e Segregativas

Coesivas: as forças coesivas realçam a unidade e a harmonia, enquanto as forças segregativas podem ser responsáveis tanto pela naturalidade quanto pela desarmonia, caso as forças coesivas não sejam capazes de recompor o equilíbrio necessário pela interferência das forças de segregação (MONDELLI, 2003).

As forças segregativas são essenciais para evitar monotonia e adicionam curiosidade e variedade na composição (AHMAD, 2005b).

Um sorriso harmônico e estético cuja composição dentária e áreas circunvizinhas seguem os princípios de perspectiva e/ou gradação (presença de corredor bucal), dentes com adequada proporção estética (relação altura/largura da coroa clínica), simetria, proporção áurea e cujas bordas incisais dos dentes ântero-superiores seguem a curvatura do lábio inferior constitui exemplo de um equilíbrio entre as forças coesivas e segregativas (figura 5) (MONDELLI, 2003).



Figura 5 – Sorriso Harmônico – Forças coesivas e segregativas

Fonte (FRADEANI, 2006).

2.1.1.6 Dominância

Implica na presença de elementos similares subseqüentes, gerando fortes fatores de contraste (MONDELLI, 2003).

Rufenacht (1998), quanto mais forte o elemento subseqüente, mais forte o elemento dominante e mais vigorosa será a composição (figura 6).



Figura 6 - Dominância

Fonte (MONDELLI, 2003).

A dominância é o principal requisito para produzir unidade e esta é o principal requisito para produzir uma composição. A dominância é o fator-chave necessário para produzir uma ampla avaliação da composição dentofacial e a necessidade de uma integração harmônica da composição dental na estrutura facial (RUFENACHT, 1998).

Para Mondelli (2003), esses fatores são importantes ao se saber que a boca é, em geral, o componente dominante da face, em virtude de suas dimensões, mobilidade e implicações fisiológicas e psicológicas, caracterizando-se como órgão fundamental, transmissor e receptor. A quantidade de dominâncias que é dada à boca pelos dentes depende em primeiro lugar da avaliação da personalidade do paciente, secundariamente do aspecto das feições faciais com o qual a boca deve competir para conseguir destaque e assim proporcionar harmonia para a composição facial.

2.1.1.7 Simetria

Simetria refere-se à regularidade na organização de formas e objetos (RUFENACHT, 1998).

Ao analisarmos a estética facial, observamos a harmonia dos traços, sendo que, na odontologia uma aparência considerada agradável está relacionada com princípios de simetria, e devemos observá-los sempre que possível (SILVA, 2002).

Existem dois tipos de simetria: (1) simetria horizontal ou corrente, e (2) simetria radial (RUFENACHT, 1998).

Mondelli (2003), diz que a simetria horizontal ocorre quando uma composição dentária contém elementos iguais da esquerda e da direita em uma seqüência previsível e regular, sem ritmo e contraste.

A simetria estática é evidenciada pela repetição de objetos inanimados como cristais (AHMAD, 2005b).

A simetria radiante é o resultado do formato e posição dos dentes, estendendo-se de um ponto central, em que os lados direito e esquerdo estão dispostos de maneira similar e interessante (imagens em espelho), representando uma força segregativa que dá vida e dinamismo a uma composição (MONDELLI, 2003).

Para Ahamad (2005b), a simetria dinâmica (radiante) refere-se a repetição de proporções em seres vivos.

A simetria horizontal, psicologicamente previsível e confortável, tende a ser monótona (forças coesivas), enquanto a simetria radial geralmente representa uma força segregativa que dá vida e dinamismo a uma composição (RUFENACHT, 1998).

Levando-se em consideração que os dentes estão em alinhamento normal, a simetria dentária pode ser mantida se as medidas dos dentes opostos forem equivalentes ou proporcionais. O problema maior para o clínico é determinar uma largura específica mais agradável das proporções de aparecimento dos dentes durante o sorriso (MONDELLI, 2003).

Além de simétricos, os dentes anteriores devem estar em adequada proporção entre si para alcançarem o equilíbrio horizontal e vertical e máxima estética. A qualidade da proporcionalidade é relativa e varia grandemente, dependendo de outros fatores como posição e alinhamento dentário, forma do arco e configuração do sorriso (figura 7) (MONDELLI, 2003).

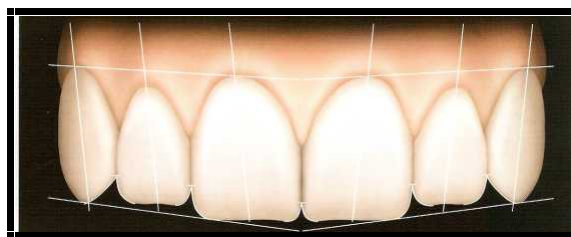


Figura 7 – Simetria dental anterior

Fonte (FRADEANI, 2006).

2.1.1.8 Proporção e Razão Repetida

O conceito de beleza tem correspondido freqüentemente à harmonia nas proporções. A proporção origina-se da noção de relacionamento, percentagem ou medida na sua determinação numérica e implica a quantificação de normas que

podem ser aplicadas a cada realidade física. Razão repetida é a divisão satisfatória de uma superfície em partes que contrastam em forma e tamanho, mas que estão relacionadas entre si (RUFENACHT, 1998).

2.1.1.9 Equilíbrio

O equilíbrio pode ser definido como a estabilização resultante do ajuste exato de forças opostas. Quando todas as partes estão judiciosamente ajustadas entre si e quando nenhum dos elementos constituintes está fora de proporção, isto sugere um resultado equilibrado, estável (RUFENACHT, 1998).

2.1.1.10 Personalidade

A personalidade existe apenas por meio de uma cadeia de relações conectadas por atitudes e comportamentos que requerem a participação do corpo. A manutenção ou a deterioração que pode afetar sua parte mais expressiva, a composição dentofacial, depende grandemente da percepção objetiva e da integração destes parâmetros nas reabilitações. Este elo físico e psicológico que estabelece a harmonia facial estética não apenas revive um velho conceito, mas também volta as atenções para a necessidade de um conceito confiável de percepção em nossos olhos, mais bem percebido por meio do conceito morfopsicológico que requer os mesmos elementos da percepção e da avaliação como princípios estéticos (RUFENACHT, 1998).

Cada paciente é um indivíduo com um problema ou preocupação excessiva e deve ser avaliado como uma personalidade, enquanto se considera o diagnóstico da solução do problema. O dentista capaz de dominar a arte da compreensão de personalidades e do relacionamento com cada tipo obterá maior aceitação do plano de tratamento (GOLDSTEIN,2000).

2.2 ANÁLISE FACIAL

Tendo em vista os princípios estéticos revisados acima, parte-se para a análise dos pontos que são referências em uma face.

A percepção do belo nos vários tipos depende de fatores raciais, étnicos, individuais e de aspectos relativos à civilização. Os fatores relacionados à geração e à moda podem contribuir para atualizar e favorecer, em dado momento, a preferência estética pela expansão direcional específica de uma zona facial, mas a beleza depende basicamente da integração harmônica dos princípios estéticos descritos anteriormente e é grandemente influenciada pela importância de fatores psicológicos (que se irradiam no indivíduo) que podem ressaltar ou afetar a aparência estética (RUFENACHT, 1998).

O impacto de uma imagem facial que não pode fugir da auto-avaliação estética, através de vários elementos de comparação, pode gerar uma auto-imagem negativa. Quanto mais se concentra a atenção em uma área particular mais as pessoas tendem a adquirir uma auto-imagem negativa com relação a esta área (RUFENACHT, 1998).

A maioria das pesquisas modernas dedicou-se não ao que a face revela, mas ao que as pessoas pensam que ela revela (GOLDSTEIN, 2000).

Para Rufenacht (1998), estas são as razões pelas quais parece ilusório executar qualquer restauração dentofacial, não importa quão “artística” ou técnica ela seja, se não compreendemos e interpretamos a realidade expressa na fisionomia e a forma da personalidade manifesta.

Cada paciente é um indivíduo e requer tratamento individual. As generalidades quase nunca se aplicam; elas são mais úteis como normas gerais e sugestões do que como cursos e métodos prescritos de tratamento (GOLDSTEIN, 2000).

O mapa facial (e com ele a boca) sofre várias alterações morfológicas progressivas durante a vida, indicando as reações do indivíduo aos eventos da vida e à maturidade do caráter. A prática clínica demonstra amplamente que a influência das patologias orais não só acelera, mas acentua profundamente essas alterações morfológicas, provocando uma percepção morfopsicológica e estética errônea. Isto sugere nossa implicação profissional na restauração da aparência facial, refletindo tanto a harmonia estética quanto o equilíbrio morfopsicológico em conformidade com os desejos e necessidades do paciente (RUFENACHT, 1998).

Mondelli (2003), observa que o exame facial constitui a chave do diagnóstico e do planejamento estético restaurador integrado. Vários aspectos interferem nessas composições como: formato da face, linhas de expressão (disposição e tons

muscular), linha média facial e dentária, dimensão vertical; tipos e configurações do sorriso e dos lábios, entre outros. Ao olhar uma face, não se percebe somente um detalhe e sim uma unidade, que conduz ao reconhecimento inconsciente de partes distintas apenas quando a harmonia dessa unidade é perturbada. Espera-se de uma reconstrução estética restauradora ou protética que ela mantenha e/ou restabeleça os traços faciais típicos, o perfil, a forma dos lábios e a harmonia ao sorrir.

O esqueleto, os músculos, os ligamentos e os dentes formam uma unidade coesiva, onde qualquer alteração a qualquer uma destas partes pode afetar regiões distantes daquela diretamente envolvida. Situações patológicas materializadas pela perda de dentes, por migração, por desgastes de dentes, pela ausência de restaurações, ou pela má posição dos dentes, não apenas provocam alterações morfológicas locais profundas, mas estas alterações podem, direta ou indiretamente, influenciar as estruturas adjacentes. Esta influência afeta sistematicamente a musculatura facial. O colapso muscular que se segue à perda de um dente não apenas afeta aqueles músculos que se beneficiavam do suporte dentário, mas também envolve o colapso de músculos associados, que estão conectados através de uma rede intrincada de fibras. Distúrbios funcionais naturalmente refletem-se na aparência facial, confirmando o elo existente entre a função e a estética. Apesar da Odontologia Estética levar obrigatoriamente a interdependência existente entre os elementos que constituem o meio bucal, os clínicos que trabalham na área de odontologia e da medicina estética deveriam estar cientes dos efeitos do envelhecimento prematuro da face ocasionado pelas patologias orais. Isto requer uma íntima cooperação entre estas duas especialidades (RUFENACHT, 1998).

2.3 EXAME DA FACE

Pode-se afirmar que, numa rotina de diagnóstico ideal, a avaliação se inicia com o exame da face pela vista frontal e de perfil, seguido pelo exame clínico (dentes e tecido mole), ou seja, antes de o paciente abrir a boca para a avaliação, o dentista já fez uma análise facial preliminar, estando o paciente em pé ou sentado (MONDELLI, 2003).

Deve-se avaliar como a aparência do paciente pode ser melhorada. Para isto, deve-se visualizar uma forma facial ideal e identificar o que está faltando para tornar essa face ideal (GOLDSTEIN, 2000).

2.3.1 Avaliação Fotográfica

Os diferentes enquadramentos permitem avaliações distintas: a simetria, harmonia, equilíbrio e linha média dos segmentos dentários são bem mais examinados de perto enquanto a simetria facial, tipos de perfil, sorriso e composição dentofacial e facial são mais bem examinados a uma distância maior (MONDELLI, 2003).

Para Conceição (2005), devem ser obtidas sete fotografias do paciente para a análise estética: 1) frontal com o paciente, 2) frontal com paciente sorrindo, 3) perfil com paciente sério, 4) perfil com paciente sorrindo, 5) intrabucal frontal, incluindo as duas arcadas, 6) intrabucal registrando toda a arcada superior e 7) intrabucal incluindo toda a arcada inferior.

2.3.2 Fatores que devem ser avaliados

Devemos também estar atentos à observação de que a face é a parte do corpo mais importante na determinação da atração física e que, dentre os componentes faciais, há uma hierarquia de valorização e importância: boca, olhos, estrutura facial, cabelo e nariz respectivamente. A face é o ponto base do equilíbrio estético, e o planejamento e o tratamento em odontologia estética precisam estar integrados e em harmonia com ela (CONCEIÇÃO, 2005).

Para Fradeani (2006), as características faciais têm uma importante influência sobre a percepção da personalidade do indivíduo. A análise dessas características é realizada utilizando-se as linhas de referência horizontais e verticais, que permitem a correlação da face e da dentição do paciente no espaço.

Mondelli (2003), observa que para se avaliar o formato e os contornos faciais, é necessário primeiramente observar alguns traços anatômicos da face, suas dimensões (altura e largura), relação e proporção, a fim de determinar suas influências no equilíbrio e harmonia da face.

Se pudéssemos marcar os pontos por onde “correm” e “fixam-se” por mais tempo nossos olhos quando visualizamos outra face, provavelmente, confeccionaríamos uma máscara (CONCEIÇÃO, 2005).

2.3.3 Vista Frontal

A melhor posição para uma correta avaliação estética é o posicionamento do observador à frente do paciente, que deve manter a cabeça em uma postura natural (FRADEANI, 2006).

A face deve ser examinada numa visão frontal para a avaliação da simetria bilateral, proporções horizontais de tamanho das estruturas laterais entre si e a partir da linha média, proporcionalidade vertical e também avaliação do tipo facial, largura nasal, relação labial e mento (figura 8) (MONDELLI, 2003).

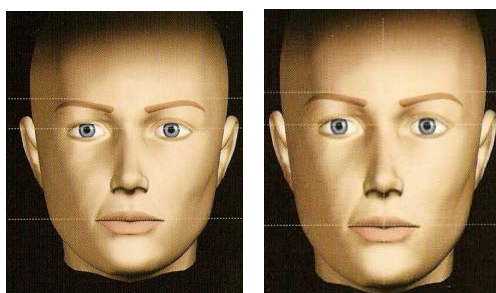


Figura 8 – Face vista Frontal

Fonte (FRADEANI, 2006).

a) **Forma da face:** de modo geral podemos classificar os tipos de forma da face em quadrada, ovóide e triangular. Entretanto, comenta-se que não há obrigatoriamente uma relação direta entre a forma dos dentes; outros aspectos que compõem uma análise estética devem ser considerados para estabelecer a forma final dos dentes a serem restaurados (CONCEIÇÃO, 2005).

b) **Simetria facial:** inicialmente observa-se a simetria bilateral e, para tanto, é traçada uma linha vertical verdadeira (glabella – ponta do nariz – lábios – mento), dividem a face em duas partes, cruzando perpendicularmente a linha da visão (horizontal verdadeira) (figura 9) (MONDELLI, 2003).

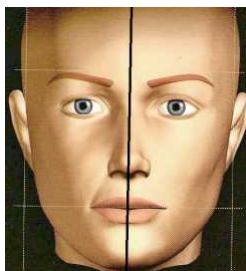


Figura 9 – Simetria Facial

Fonte (FRADEANI, 2006).

Um aspecto interessante e comentado por Chiche é o de que todo artista que desenha um rosto inicia determinando dois traços em forma de “T” que correspondem à linha mediana e interpupilar, respectivamente, e, em seguida, estabelece a linha de contorno e limite da face (figura 10) (CONCEIÇÃO, 2005).

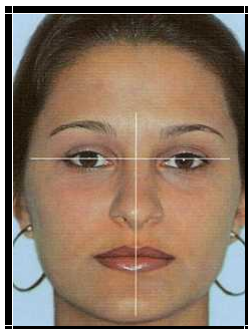


Figura 10 – “T” facial

Fonte (MONDELLI, 2003).

c) **Linha interpupilar**: A linha interpupilar é determinada por uma reta que passa através do centro dos olhos e representa, se paralela ao plano horizontal, a referência mais adequada para a realização de uma análise facial correta (figura 11) (FRADEANI, 2006).



Figura 11 – Linha interpupilar

Fonte (FRADEANI, 2006).

A linha interpupilar é usada como uma referência para orientar o plano oclusal e incisal. A margem incisal dos dentes anteriores devem ser paralelas com a linha interpupilar (AHMAD, 2005c).

Fradeani (2006), também observa que freqüentemente essas são as referências usadas para orientar o plano incisal, o plano oclusal e o contorno gengival.

d) **Linha mediana da face:** os pontos de referência para determinar a linha mediana da face são a glabella, a ponta do nariz, o filtro labial e a ponta do mento (CONCEIÇÃO, 2005).

Quanto mais centradas e perpendiculares essas duas linhas (mediana e interpupilar), maior a sensação de harmonia global da face (FREDEANI, 2006).

Para Mondelli (2003), as assimetrias sutis são características da natureza que através de pequenos contrastes transmitem e expressam dinamismo, ação e vivacidade a uma face (simetria dinâmica).

e) **Relações horizontais e verticais:** o balanço geral da face (proporcionalidade horizontal e vertical), nas vistas frontal e lateral, em geral é determinado com base no equilíbrio dos terços faciais, que devem ser aproximadamente iguais em altura (figura 12) (MONDELLI, 2003).

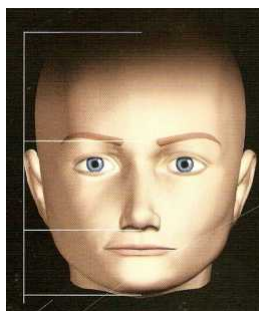


Figura 12 – Terços faciais
Fonte (FREDEANI, 2006).

f) **Proporções horizontais:** na vista frontal, as dimensões horizontais estabelecem as proporções de tamanho (largura dos olhos, das asas do nariz, da boca e distância interocular) das estruturas laterais entre si ou em relação à linha média da face (figura 13) (MONDELLI, 2003).



Figura 13 – Proporções horizontais
Fonte (FREDEANI, 2006).

Fradeani (2006), observa que a intersecção da linha média com os planos horizontais supramencionados cria um tipo de estrutura organizada onde é possível identificar a presença ou ausência de simetria entre os lados direito e esquerdo da face. O paralelismo entre o plano ocluso incisal, contorno gengival e linhas de referência horizontais é um fator determinante na criação de um sorriso com harmonia agradável.

Usando como referência o plano horizontal superior (plano bipupilar) a face pode ser dividida em três terços: largura ocular direita, largura nasal, largura ocular esquerda. Estas larguras devem ter aproximadamente a mesma medida para se estabelecer à proporção ideal da face (MONDELLI, 2003).

g) **Proporções Verticais:** a avaliação geral da face (proporcionalidade vertical), é tradicionalmente determinada com base no equilíbrio das dimensões dos terços superior, médio e inferior. Quando suas dimensões verticais são aproximadamente iguais, a face é considerada equilibrada, harmônica e estética. A face se divide verticalmente em terços: terço superior, da linha do cabelo à glabella; terço médio, da glabella (linha das sombrancelhas) ao ponto subnasal; terço inferior, do subnasal ao tecido mole do mento. As medidas (exposição dos incisivos, espaço funcional livre e dimensão vertical de oclusão) dentro do terço inferior são mais importantes para o diagnóstico e plano de tratamento restaurador das composições dentária e dentofacial. Por essa razão, tais medidas devem sempre ser conciliadas com a proporcionalidade dos terços médio e inferior (MONDELLI, 2003).

Goldstein (2000), observa que de maior importância ao equilíbrio facial são as proporções verticais. Estas relações começam com a proporção entre os lábios. Na face ideal, a distância dos olhos até a asa do nariz é igual a distância entre a boca e o mento (uma equação harmônica).

Para Mondelli (2003), o terço superior da face é o menos importante sob o ponto de vista restaurador e é altamente variável, dependendo do estilo do cabelo. As anormalidades nesse terço estão geralmente associadas a síndromes craniofaciais, mas não são muito freqüentes; o mais comum é apresentar características normais, não interferindo no tratamento restaurador. Já no terço médio da face deve-se avaliar a face como um todo, com relação à linha horizontal verdadeira, dividindo-a em terços iguais: largura facial direita, largura da boca, largura facial esquerda. Na avaliação das bochechas são observadas a eminência

malar, a borda infraorbital e as áreas paranasais. Finalmente, são observadas as orelhas. A sua simetria, nível e projeção são importantes para a harmonia do terço médio. No terço inferior da face o seu comprimento normal é aproximadamente igual ao terço médio, quando existe boa estética e proporcionalidade facial.

Do ponto de vista odontológico, o terço inferior da face representa sem dúvida a área que mais chama a atenção, pois é dominado pela presença de lábios e dentes. Teoricamente, o terço superior desse espaço é ocupado pela parte superior do lábio, enquanto os dois terços inferiores são ocupados pela parte inferior do lábio e mento. Portanto, a distância da parte inferior do nariz até a borda inferior do lábio superior deve ser aproximadamente metade do comprimento entre o lábio inferior e a parte inferior do mento. O terço inferior da face desempenha um papel significativo na determinação da aparência estética global (FRADEANI, 2006).

Fradeani (2006), observa ainda que essas três áreas faciais variam em tamanho de um indivíduo para outro, mas isso não representa necessariamente a razão de uma desarmonia maior.

h) **Linhas médias facial e dentária:** As linhas médias ideais (superior e inferior) deveriam ser coincidentes entre si e com a linha média facial. Quando isso não ocorre é, essencial identificar qual delas é assimétrica em relação à linha média facial (maxilar, mandibular ou ambas) em qual direção e em que magnitude a discrepância existe (figura 14) (MONDELLI, 2003).

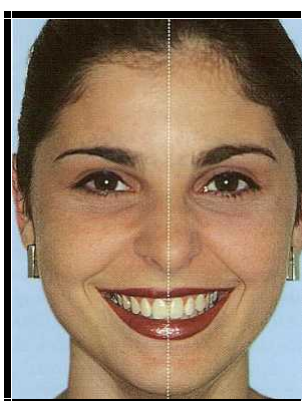


Figura 14 – Linha média facial e dental

Fonte (MONDELLI, 2003).

As linhas médias são geralmente determinadas em MIH. Contatos prematuros em relação cêntrica e algumas maloclusões, que provocam deslizamento e desvios, alteram a posição de oclusão habitual, não podendo assim ser realizada uma

determinação confiável da linha média nessa posição sem a correção de tais interferências. Com frequência, o centro do filtro é uma estrutura da linha média confiável e pode ser utilizado, na maioria das vezes, como base para a determinação da linha média do sorriso. Os desvios de linha média dentária podem ocorrer a múltiplos fatores que incluem: diastemas unitários ou múltiplos, rotações dentárias, ausência de dentes, alterações de inclinações e angulação dentária, coroas ou restaurações que alteram o tamanho dentário, discrepâncias congênitas nos tamanhos dentários entre dentes homólogos, desvios mandibulares funcionais ou esqueléticos, supranumerários, alterações patológicas (MONDELLI, 2003).

i) **Linha média dentária:** avaliação da linha média dentária é importante porque determina a simetria do arco já que representa uma linha imaginária que divide os incisivos centrais superiores e/ou inferiores (figura 15) (CONCEIÇÃO, 2005).

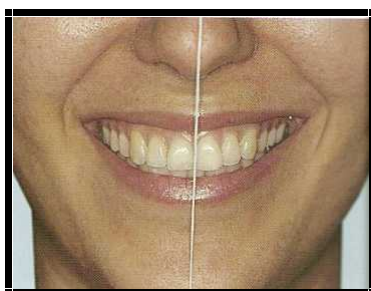


Figura 15 – Linha média dentária

Fonte (MONDELLI, 2003).

Pode estar localizada no centro médio da face e/ou no centro dos arcos superior e inferior. Nos pacientes edêntulos, é determinada usando-se como referência a papila incisiva, o freio labial ou o centro do filtro (MONDELLI, 2003).

Rufenacht (1998), diz que apesar da composição facial poder apresentar uma aparência simétrica, é sabido que existem variações entre os dois lados da face, e quando imagens em espelho de um lado são posicionadas lado-a-lado, uma face totalmente nova é criada, tendendo a parecer artificial porque as diferenças sutis em formas, linhas e cores foram eliminadas e com elas os elementos básicos da sublimação que a natureza utiliza com frequência. Isto pode dar crédito àqueles que acreditam que um posicionamento preciso da linha mediana pode contribuir para a criação de uma aparência artificial.

2.3.4 Vista de Perfil

Uma avaliação clínica adequada da vista de perfil é um fator determinante no sucesso do exame estético do paciente. A posição natural da cabeça, com a mandíbula e os lábios fisiologicamente relaxados, deve ser utilizada para se avaliar com precisão o perfil do paciente. A postura natural da cabeça é verificada utilizando-se o plano de frankfurt como referência (figura 16) (FRADEANI, 2006).

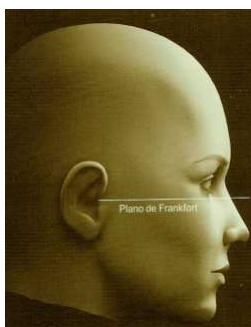


Figura 16 – Plano de Frankfurt

Fonte (FRADEANI, 2006).

a) **Perfil normal:** o perfil é avaliado pela medida do ângulo formado quando três pontos de referência são unidos sobre a face: glabella, subnasal e ponta do mento (pogônio). As linhas formadas que unem esses três elementos normalmente formam um ângulo de aproximadamente 170° (figura 17) (FRADEANI, 2006).

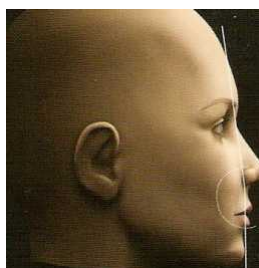


Figura 17 – Perfil reto

Fonte (FRADEANI, 2006).

b) **Perfil convexo:** um perfil convexo pode estar relacionado à deficiência mandibular, protrusão dos incisivos superiores, da maxila ou de ambas as bases ósseas (figura 18) (MONDELLI, 2003).

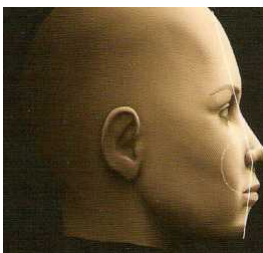


Figura 18 – Perfil Convexo

Fonte (FRADEANI, 2006).

A convexidade do perfil é como regra, correlacionada à posição posterior relativa do pogônio de tecido mole (FRADEANI, 2006).

c) **Perfil côncavo:** é encontrado em pacientes que apresentam maior crescimento mandibular ou deficiência maxilar, com ou sem cruzamento anterior da mordida (figura 19) (MONDELLI, 2003).

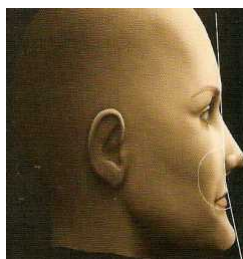


Figura 19 – Perfil Côncavo

Fonte (FRADEANI, 2006).

A concavidade do perfil está, como regra, correlacionada à posição anterior do pogônio (FRADEANI, 2006). Fradeani (2006), diz ainda que a convexidade ou concavidade excessiva normalmente indica a presença de classe II ou III esquelética. Por outro lado, um certo grau de divergência, tanto posterior como anterior, parece compatível com a proporção facial correta, boa oclusão e uma aparência estética geral agradável.

A análise permite, ainda, a avaliação do zigomático, ângulo nasolabial, linha-E, ângulo queixo-pescoço e dos sulcos nasogeniano e mentolabial (MONDELLI, 2003).

d) **Linha E:** um elemento útil na determinação do tipo de perfil é a avaliação da posição dos lábios com relação a uma linha ideal que une a ponta do nariz à ponta do mento (linha – E) (figura 20) (FRADEANI, 2006).



Figura 20 – Linha – E

Fonte (FRADEANI, 2006).

e) **Ângulo nasolabial:** esse ângulo é formado por 2 segmentos de retas que passam pelos pontos derivados do pronasal (ponto mais anterior da margem inferior da columela nasal) e lábio inferior, tendo em comum, o ponto subnasal este pode mudar perspectivamente com procedimentos ortodônticos, restauradores e cirúrgicos, e com alteração na inclinação dos dentes ântero-superiores (figura 21) (MONDELLI, 2003).



Figura 21 - Ângulo nasolabial

Fonte (FRADEANI, 2006).

O tamanho desse ângulo é afetado, obviamente, pela inclinação da base do nariz e pela posição do lábio superior. Em indivíduos de perfil normal, o ângulo nasolabial é aproximadamente 90° a 95° nos homens e de 100° a 105° nas mulheres (FRADEANI, 2006).

Para (Mondelli) 2003, todos os procedimentos restauradores integrados ou multidisciplinares devem colocar esse ângulo na variação estética desejável de 85° a 105° , 90° a 110° .

f) **Sulco mentolabial:** é caracterizado, em condições normais, pelo contorno externo do lábio inferior em uma curva delicada (figura 22) (MONDELLI, 2003).

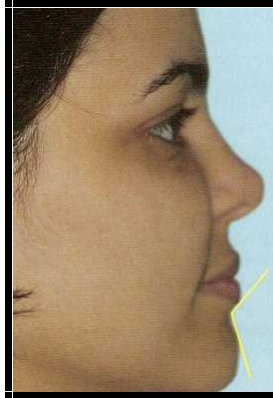


Figura 22 – Sulco Mentolabial

Fonte (MONDELLI, 2003).

A curva profunda é geralmente resultado do apinhamento dos incisivos superiores, no caso de mordida profunda classe II e deficiência maxilar vertical. A análise em conjunto do sulco nasolabial e mentolabial deve ser feita com base na magnitude de tensão, grau de curvatura mentolabial e perfil horizontal. Independentemente das características étnicas, a protrusão do lábio é influenciada pela espessura dos tecidos moles do mento, tonicidade do músculo orbicular; posição dos dentes anteriores e configuração das estruturas ósseas (MONDELLI, 2003).

Como salientado um dos principais objetivos do tratamento restaurador integrado é melhorar a estética dentofacial, considerando especialmente os tecidos moles; os quais constituem o envoltório do esqueleto dentofacial. As alterações estéticas apresentam-se como uma desarmonia que deve ser tratada com a combinação de várias especialidades, visando estabelecer ou desenvolver a harmonia e o equilíbrio da face (MONDELLI, 2003).

g) **Lábios:** com base em sua forma e tamanho, os lábios podem ser classificados como finos, médios ou espessos. A altura do lábio superior como regra deve ser metade da altura do lábio inferior, embora haja muitas variações individuais (figura 23) (FRADEANI, 2006).



Figura 23 – Lábios

Fonte (FRADEANI, 2006).

h) **Filtro labial:** a medida do filtro labial é, via de regra, 2 a 3mm mais curta que a altura da comissura labial, medida da base do nariz. Em adultos, a presença de filtro labial muito curto gera uma linha inversa no lábio superior quando em repouso. Isso raramente é observado, sendo, portanto, tido como anormal ou não-atraente do ponto de vista estético. As indicações proporcionais pelos lábios e perfil do paciente podem sugerir o tamanho e a forma ideal das restaurações anteriores. Incisivos centrais superiores imperceptíveis podem ser considerados uma compensação natural e útil no equilíbrio da aparência estética de um paciente com perfil convexo, especialmente na presença de lábios finos. De forma, contrária uma dominância dental maior pode ser agradável em um perfil côncavo, especialmente se o paciente apresenta lábios espessos (FRADEANI, 2006).

2.4 O SORRISO: TERÇO INFERIOR DA FACE - BOCA E LÁBIOS

A boca representa todo o seu significado, permitindo não apenas a ingestão de alimentos, mas também sua degustação, a exteriorização de sons, palavras, expressões e sentimentos (MEDEIROS, 1996).

O sorriso, que representa a forma mais primitiva e a essência da capacidade de comunicação humana, aparece facilmente na vida nas crianças pequenas. Os sorrisos e mais tarde as expressões faciais expressam sentimentos transitórios e emoções. Um sorriso agradável pode produzir uma aura que amplia a beleza da face, fazendo parte das qualidades e virtudes da personalidade humana. A percepção destas qualidades gera uma “força de atração”, um vetor necessário para o sucesso no mundo (RUFENACHT, 1998).

Para Conceição (2005), no caso da face o sorriso é o segmento mais importante e o primeiro em que as pessoas concentram sua observação quando olham outra pessoa.

Face e lábios em conjunto formam uma moldura dinâmica que se altera constantemente durante a fala e o sorriso, proporcionando a todo o momento uma exibição diferente dos dentes (FRADEANI, 2006).

A capacidade de um indivíduo de exibir um sorriso agradável depende diretamente da qualidade dos elementos dentais e gengivais que ele contém, da sua conformidade com as regras de beleza estrutural, com as relações existentes entre os dentes e os lábios durante o sorriso, e de sua integração harmônica na composição dental (figura 24) (RUFENACHT, 1998).



Figura 24 – Sorriso

Fonte (FRADEANI, 2006).

Mondelli (2003), observa que melhorar ou rejuvenescer um sorriso é uma tarefa difícil de ser realizada na Odontologia, por isso um análise criteriosa, com avaliação das regiões corretas, ajudarão no momento em que esta estética é pedida. A responsabilidade do cirurgião-dentista em preservar, criar ou realçar um sorriso agradável sem prejudicar a função é primordial, embora atualmente o paciente considere a função em segundo plano. A chave para o sucesso de um tratamento é a harmonia dos componentes da região peribucal da face e da cavidade bucal. Quando eles se combinam em um sorriso agradável, o paciente, o espectador e o dentista compartilham do resultado.

2.4.1 Análise Dentolabial

A posição natural da cabeça do paciente, um fator determinante na avaliação geral da face, também o é na análise dentolabial. Essa análise é essencial para avaliar a proporção correta entre dentes e lábios durante as várias fases da fala e do sorriso (FRADEANI, 2006).

A curvatura dos lábios, as concavidades presentes na pele e suas graduações angulares são mais bem visualizadas de perfil (MONDELLI, 2003).

Mondelli (2003), expõe que a região bucal externa ou peribucal inclui os lábios superiores e inferiores, os cantos da boca e a porção anterior das bochechas. Os sulcos nasolabiais, se presentes, atravessam a região peribucal a partir da asa do nariz em direção aos ângulos da boca e podem se estender para baixo. O filtro, normalmente presente, é uma depressão vertical do lábio superior que se estende da base do nariz à zona vermelha ou vermelhão do lábio. Os lábios são dois rebordos carnosos bastante móveis que circundam a cavidade bucal. Eles emolduram frontalmente o sorriso e são considerados a “cortina da boca”. Externamente, os lábios (incluindo a zona vermelha exposta) se estendem a partir da linha de contato entre ambos (estômio) para cima até a base do nariz (lábio superior) e para baixo até o mento (lábio inferior). A exposição da zona vermelha dos lábios (eversão) forma uma elevação encurvada e encontra a pele na linha branca, formando um ângulo obtuso. Há uma depressão côncava entre a zona vermelha do lábio superior e a base do nariz, cuja curvatura caracteriza o ângulo nasolabial; outra depressão semelhante, porém maior, é encontrada entre o lábio inferior e o mento, que estabelece o ângulo mentolabial.

O sorriso ocorre pela ação muscular não apenas dos lábios como também dos músculos periorculares. Um sorriso natural expressa alegria e espontaneidade e de fato faz com que atuem certos músculos faciais específicos, como o zigomático e a parte inferior do orbicular, que contrai simultaneamente para permitir a máxima elevação do lábio superior. Deve-se notar, por outro lado, que essa ação muscular não ocorre se for pedido ao paciente que sorria. Nesse caso, os orbiculares não se contraem, o que resulta em um movimento facial artificial (FRADEANI, 2006).

2.4.1.1 Movimento Labial

A observação dos movimentos labiais permite avaliar a exposição dental durante as várias fases da fala e do sorriso. Para analisar a movimentação labial natural é necessário interagir com o paciente durante a fase pré-operatória, em uma atmosfera informal e descontraída, observando os movimentos labiais durante a conversação amigável e espontânea. Os lábios devem se mover uniformemente com o plano horizontal e, portanto, estar paralelos à linha interpupilar, que, é importante lembrar, representa o plano de referência facial. Os lábios podem passar por alterações substanciais em relação à tonicidade, o que afeta seu movimento. Pode-

se encontrar variação considerável na exposição dental entre as duas arcadas no mesmo indivíduo. Por exemplo, durante o sorriso os dentes superiores podem ser mais visíveis, ao passo que em muitas fases da fala, os dentes inferiores podem estar mais expostos. Quando a estética é contemplada, a tendência é considerar-se apenas a aparência do sextante ântero-superior, enquanto o importante papel da arcada oposta freqüentemente é omitido (FRADEANI, 2006).

Mondelli (2003), acrescenta ainda que a inclinação dos dentes pode tornar os lábios excessivamente proeminentes ou retraídos.

Para Rufenacht (1998), a boca apresenta todo esse significado, permitindo não apenas a ingestão de alimentos e sua degustação, mas também a exteriorização de sons, palavras e expressões mímicas. Ela requer o relacionamento harmônico de todos os elementos faciais entre si e de cada um deles como um todo.

A composição dentofacial resulta dos impulsos de vida manifestos em uma variedade de movimentos musculares, induzindo a retração ou projeção das estruturas de suporte lábio a lábio. A restauração da composição dentária ou de um único dente implica na restauração simultânea ou melhoramento da composição dentofacial original em conformidade com o perfil morfopsicológico do indivíduo, sendo um pré-requisito para alcançar a harmonia estética (MONDELLI, 2003).

2.4.1.2 Tipos de Lábios

Ao observar a boca de diversos pacientes, podem-se distinguir diversos tipos de lábios e vários tipos de sorrisos (MONDELLI, 2003).

Em conjunto com os dentes, os lábios são responsáveis pelo tipo de sorriso e outras expressões faciais (MEDEIROS, 1996).

Para classificar os diferentes tipos de lábios, podemos usar uma referência vertical e outra horizontal. Na primeira, dividimos os lábios em grossos, médios e finos. Com relação ao sentido horizontal, podemos dividir os lábios em largos, médios ou estreitos (figura 25) (CONCEIÇÃO, 2005).

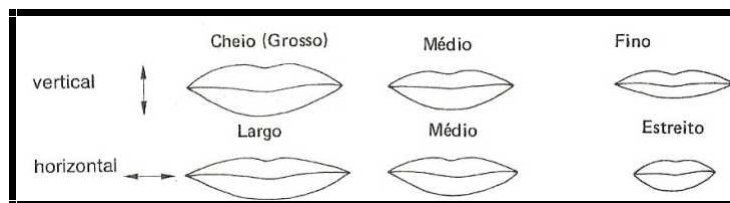


Figura 25 – Tipos de lábios

Fonte (LOOSLI, 1986).

Para isso em pessoas com a dentição natural devem-se determinar as diferenças atribuídas tanto à idade quanto ao sexo, estabelecendo a largura e comprimento, em milímetros, das seções visíveis dos dentes, em função da espessura, largura e dimensões dos lábios (MONDELLI, 2003).

A relevância clínica em observar os detalhes estéticos referentes aos lábios diz respeito especialmente a harmonizar a amplitude de exposição dos dentes ântero-superiores ao sorrir com o tipo de lábio, relacionar a largura dos dentes com a largura dos lábios, equilibrar a relação entre o lábio superior e inferior quando o paciente está em repouso, sorrindo ou falando, verificar sua relação de proporcionalidade com a face e detectar se a condição de “suporte” dos dentes para os lábios está adequada (CONCEIÇÃO, 2005).

2.4.1.3 Espessura dos Lábios superior e inferior

A espessura do lábio aumenta com a idade, mas a velocidade de crescimento diminui durante a puberdade, no sexo feminino. Essa característica dos lábios, na avaliação dos tecidos peribucais, é talvez mais importante no estabelecimento dos objetivos gerais do tratamento restaurador da região anterior do que a largura e a dimensão. Os pacientes com lábio superior fino tendem a apresentar maior exposição dentária, sorriso alto e, em conseqüência, maior mudança morfológica dentofacial em relação a perdas dentárias, fraturas, desgastes ou a movimentos ortodônticos, comparados aos indivíduos com lábios espessos. A espessura de tecido mole do lábio superior, lábio inferior e mento deve manter a proporção de 1:1:1, após procedimentos ortodônticos, protéticos ou restauradores nos dentes anteriores, a fim de manter um perfil labial harmônico (MONDELLI, 2003).

2.4.1.4 Largura dos Lábios

Para Mondelli (2003), a largura dos lábios e conseqüentemente da boca pode ser avaliada em função do ângulo de abertura facial, visto que não existem medidas médias relativas à idade, sexo ou raça que estabeleçam exatamente as dimensões que caracterizam uma boca larga, média ou estreita. Assim, ao se avaliar o ângulo de abertura facial (formado pelas linhas da direita e da esquerda que se estendem a partir do pogônio, contatando os pontos mais laterais das órbitas e das comissuras labiais), pode-se ter uma idéia da largura da boca. Esse ângulo, com valor normal atribuído às faces médias, é de $45^\circ + - 5^\circ$. Valores maiores indicariam boca larga, enquanto valores menores, boca mais estreita. A largura dos lábios ou da boca é avaliada com mais precisão por linhas verticais paralelas à linha média da face, que indicam em condições normais a igualdade entre as comissuras labiais e a distância interíris, estando o paciente com a boca fechada. Ao sorrir, essas linhas verticais que passam pelas comissuras labiais atingem o centro das pupilas que passam pelas comissuras labiais atingem o centro das pupilas (figura 26).

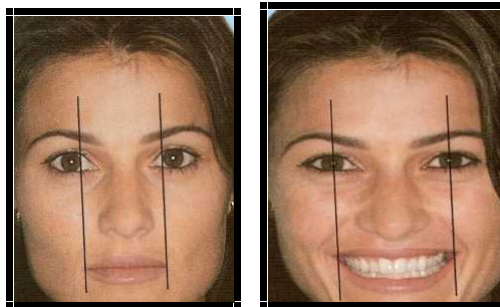


Figura 26 – Linhas verticais

Fonte (MONDELLI, 2003).

Considerando a regularidade de harmonia da face e dos arcos dentários, a similaridade de harmonia da face e dos arcos dentários, a similaridade da forma fundamental dos incisivos superiores, a forma básica do rosto e o curso da borda incisal dos incisivos superiores (paralela à curvatura do lábio inferior e adaptada à forma da boca), as dimensões e largura dos dentes anteriores devem ser determinadas não somente em função da largura externa da face, da boca, da distância interpupilar ou da largura da base nasal, mas considerando a interação de todos esses parâmetros. Isso porque nem sempre existe concordância entre a relação largura/altura dos incisivos centrais e a largura da boca, a largura da base do

nariz e a largura dos incisivos centrais. De maneira geral, na falta de um parâmetro definido, em função das diferenças no crescimento do crânio e dos lóbulos frontonais direito e esquerdo, junto com o crescimento assimétrico das metades direita e esquerda da face, pode-se estabelecer: para bocas largas dentes largos; para as bocas estreitas dentes estreitos. Assim, a forma, a largura e o comprimento dos dentes adequadamente restaurados e a disposição apropriada à forma e dimensão da face não são os únicos determinantes de restaurações bem-sucedidas; o rearranjo dentário e a sustentação dos tecidos moles e dos músculos peribucais, conseguidos pela reconstrução dos dentes anteriores, contribuem significativamente para a restauração harmoniosa do sorriso e da fisionomia do paciente, desde que se considerem a espessura e a dimensão horizontal dos lábios da boca (MONDELLI, 2003).

2.4.1.5 Comprimento dos Lábios

Lábio superior: o comprimento, tamanho ou dimensão do lábio superior é medido do subnasal ao ponto mais superior do lábio superior (figura 27) (MONDELLI, 2003).

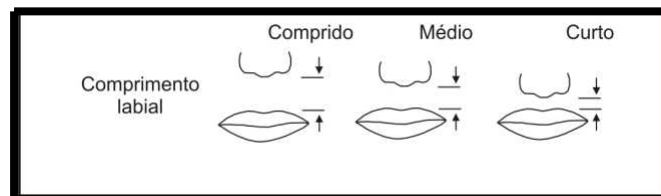


Figura 27 – Comprimento dos lábios

Fonte (LOOSLI, 1986).

Sua medida média normal é de 19 a 22 mm, sendo mais longa no sexo masculino do que no feminino. Quando o lábio superior é anatomicamente curto (18mm ou menos), observa-se um espaço interlabial aumentando a exposição dos incisivos, associado a um aumento da altura do terço inferior da face. Em alguns indivíduos, o lábio superior é tão curto que o comprimento total dos dentes ântero-superiores, assim como uma porção de mucosa gengival localizada acima dos dentes é visível quando o lábio está em repouso. Em outros, o lábio pode ser tão longo que nenhuma parte dos dentes ântero-superiores pode ser vista quando está em repouso. O autor ainda diz que outras pessoas podem ter o lábio superior com

um comprimento médio ou intermediário, comparado aos excessivamente curtos ou excessivamente longos. Esses lábios, médios ou intermediários, permitem quantidades variáveis de dentes ântero-superiores sendo visíveis em repouso, variando desde o comprimento total do dente, sem mucosa aparente, até 2mm ou menos de aparecimento do dente. Indivíduos com lábios superiores excessivamente curtos mostram mais os dentes, quando os lábios estão em repouso ou quando falam ou sorriem, do que as pessoas com quaisquer tipos de lábios longos. Isso é menos evidente no homem porque, de acordo com Sicher, “a sua pele mais espessa e firme restringe a mobilidade dos lábios, especialmente a do lábio superior”. Esta é a razão pela qual, via de regra, os homens mostram muito menos os dentes superiores que as mulheres, nas quais até a mucosa gengival do arco superior é freqüentemente exposta em movimentos extremos dos lábios (figura 28) (MONDELLI, 2003).



Figura 28 – Diferença de exposição dental entre os sexos

Fonte (MONDELLI, 2003).

Lábio inferior: a maioria das pessoas tanto do sexo masculino como do feminino apresenta lábio inferior médio. Este tipo de lábio geralmente está associado com relação de Classe I e, quando a mandíbula está em posição de repouso, os lábios se contatam normalmente, sem contração muscular, e os dentes não se tocam (espaço funcional livre) (MONDELLI, 2003).

Quando os dentes estão em máxima intercuspidação, os lábios se tocam levemente, e o terço incisal dos incisivos superiores é coberto pela superfície umedecida do lábio inferior (FRADEANI, 2006).

2.4.1.6 Espaço Interlabial

Quando a mandíbula está em repouso, os dentes não entram em contato, os lábios são levemente separados e uma parte do terço incisal dos incisivos superiores fica visível (figura 29) (FRADEANI, 2006).



Figura 29 – Espaço Interlabial

Fonte (MONDELLI, 2003).

Mondelli (2003), acrescenta que quando existir uma boa estética, haverá um espaço interlabial de 1 a 5mm na posição de repouso ou entreabertos. As mulheres também apresentam um espaço maior dentro da variação normal. Essa medida também é dependente dos comprimentos labiais e altura dentoescelética vertical. Os aumentos no espaço interlabial são observados em lábios superiores anatomicamente curtos, excesso maxilar vertical e protrusão mandibular com ou sem mordida aberta. Um espaço interlabial reduzido é encontrado nos casos de deficiência maxilar vertical, desgastes acentuados das bordas incisais e lábio superior anatomicamente mais longo (mudança natural com a idade, mais freqüente nos homens).

Com a idade, parte dos incisivos centrais pode apresentar sua visibilidade diminuída como resultado da abrasão das bordas incisais e, mais comumente, devido à inevitável redução no tônus do músculo perioral, o que leva a uma exposição cada vez maior dos incisivos inferiores. Portanto, são os dentes menores da boca, os quais já são normalmente visíveis durante a fala, que exercem papel decisivo na estética do paciente, especialmente em pacientes idosos (FRADEANI, 2006).

Rufenacht (1998), diz que a quantidade de exposição dental durante um sorriso depende de uma variedade de fatores, como o grau de contração dos músculos da expressão, o nível de tecido mole, as particularidades esqueléticas, o desenho dos elementos restauradores, a forma dos dentes e o desgaste dos dentes.

2.4.1.7 Apoio dos Lábios

Os lábios são sustentados pelos dentes anteriores e a perda destes ou desgaste acentuado comprometem o apoio labial. Um posicionamento dentário

impróprio, fora do plano neutro, afeta o equilíbrio da musculatura facial, devido às conexões desses músculos com o orbicular dos lábios. Em uma situação dentária normal, a posição dos dentes dentro do plano neutro é determinada pelo equilíbrio funcional existente entre as forças da língua e a ação compensatória da musculatura da bochecha e dos lábios. Isso significa que o suporte oferecido pelos dentes é efetivo na dinâmica dos movimentos labiais. As modificações no arranjo dos dentes podem afetar o nível e a extensão dos movimentos da musculatura facial e dos lábios, induzindo alterações de postura, a menos que algum mecanismo de adaptação compense essas deficiências. Os lábios “caem” à medida que não encontram apoio de subestrutura, especialmente das bordas incisais ou de estruturas da face vestibular dos dentes anteriores. Uma das funções da reconstrução estética é repor as estruturas ausentes, de tal modo que se proporcione novamente apoio para os lábios e que a boca e a face do paciente readquiram sua aparência normal. Existe apoio suficiente quando a porção avermelhada do lábio volta-se literalmente para fora (eversão dos lábios) e muitas vezes as rugas ao redor da boca são eliminadas (figura 30) (MONDELLI, 2003).



Figura 30 – Apoio dos lábios

Fonte (MONDELLI, 2003).

Para Mondelli (2003), o desenho do lábio que, de acordo com o conceito morfopsicológico resulta da influência das ações cerebrais, sentimentais e instintivas, depende do suporte dentoalveolar com o qual ele está intimamente conectado. Qualquer alteração que afete o suporte labial terá uma influência direta na musculatura peribucal e na estética facial. Quando essa perda é caracterizada por um desgaste de dentes anteriores ou pela perda de suporte dentoalveolar, pode-se observar uma rolagem para dentro da margem dos lábios (reversão) em direção aos cantos da boca. Distúrbios funcionais naturalmente refletem-se na aparência facial, confirmando o elo existente entre a função e a estética.

O desequilíbrio bucal, peribucal e facial, tanto morfológico quanto estético, pode ser atribuído a duas causas principais: (1) envelhecimento fisiológico ou programado, provocando alterações na tonicidade muscular e da pele e (2) envelhecimento patológico, provocado pelos traumas e doenças que afetam a cavidade oral (RUFENACHT, 1998).

A dificuldade consiste em determinar quais são, na aparência facial, os elementos que resultam de patologias orais e quais ocorrem como consequência do envelhecimento fisiológico. Essa dificuldade é aumentada quando se está diante de indivíduos numa faixa etária na qual se a seqüência de eventos (envelhecimentos fisiológico) pode ser considerada normal. A freqüência dos eventos ligados ao envelhecimento patológico e ao envelhecimento programado que afetam o equilíbrio facial também demanda uma terapia mais complexa e requer uma abordagem multidisciplinar das diversas áreas da Medicina e da Odontologia, não esquecendo que nesse campo de interesse as mudanças morfológicas da boca envolvem a pele, o tecido adiposo facial, as aponeuroses, os músculos, os dentes e o esqueleto facial (MONDELLI, 2003).

2.4.1.8 Linha do Lábio

Os lábios deverão ser avaliados em repouso, entreabertos e em movimento, durante o sorriso e a fala (MONDELLI, 2003).

Rufenacht (1998), expõe que a odontologia tem classificado arbitrariamente três tipos de sorriso que, ao relacionar a altura do lábio superior com os incisivos centrais ântero-superiores, são classificados como apresentando uma linha labial baixa, uma linha labial mediana ou uma linha labial alta.

Existem variações de gêneros, étnicas e de desenvolvimento quanto à forma, tipo e postura dos lábios na posição fisiológica de repouso. Nesta, inicialmente, observa-se a simetria. Ainda em repouso, os lábios deverão ser avaliados quanto à falta de apoio em decorrência de: (1) perda de dentes; (2) fraturas dentárias; (3) desgastes funcionais e parafuncionais das bordas incisais; (4) desgastes da face vestibular por abrasão/erosão e perimólise. Desse modo, na posição de repouso a visibilidade dos dentes varia em função da raça, sexo e do crescimento dento-esquelético. Para alguns pacientes, os dentes não são visíveis, enquanto para outros são mais evidentes, como se estivessem com os lábios entreabertos. A

postura normal na posição fisiológica de repouso estabelece: lábios fechados – dentes separados (MONDELLI, 2003).

Mondelli (2003), observa ainda que lábios entreabertos, em muitas pessoas, observa-se apenas os dentes superiores ou somente os inferiores; em outras, observa-se uma combinação dos dentes superiores com os inferiores. Ao sorrir, as partes visíveis dos dentes e da gengiva variam em função da dinâmica labial. Quando se examina a posição dos lábios ao sorrir, são observadas diferentes elevações labiais, em padrões esqueléticos anormais e normais.

Para Medeiros (1996), a altura do lábio irá determinar a quantidade de dente e gengiva expostos na conversação e sorriso.

Linha do sorriso baixa: a motilidade do lábio superior expõe os dentes anteriores não mais que 75% (figura 31) (FRADEANI, 2006).



Figura 31 – Linha do sorriso Baixa

Fonte (FRADEANI, 2006).

Linha do sorriso média: o movimento labial revela 75% a 100% dos dentes anteriores, como também as papilas gengivais interproximais (figura 32) (FRADEANI, 2006).



Figura 32 – Linha do sorriso Média

Fonte (FRADEANI, 2006).

Linha do sorriso alta: como nos dentes anteriores, que são completamente expostos durante o sorriso, uma faixa gengival de altura variável também é revelada (figura 33) (FRADEANI, 2006).



Figura 33 – Linha do Sorriso Alta

Fonte (FRADEANI, 2006).

Enquanto a linha labial baixa pode algumas vezes ser uma cobertura para uma odontologia mal executada, a linha labial alta, que deixa à mostra uma grande quantidade de tecido gengival e reflete agressividade, afeta aqueles que exibem algum tipo de protrusão maxilar ou que tem uma musculatura facial infraorbitária forte (RUFENACHT, 1998).

Mondelli (2003), diz que a exposição gengival em excesso (sorriso gengivoso) pode ser causada por um lábio superior curto, excesso maxilar vertical, coroa clínica curta e/ou elevação labial excessiva ao sorrir.

A linha labial ideal parece ser aquela obtida quando o lábio superior alcança, durante o sorriso, a margem gengival interdental dos superiores, uma situação que é comum em um grande número de pessoas (RUFENACHT, 1998).

Para Fradeani (2006), um sorriso agradável pode ser definido como aquele que expõe completamente os dentes superiores e aproximadamente 1mm do tecido gengival. Independentemente do tipo de linha de sorriso que o paciente possua (baixa, média, alta), quando movimentado para cima, a borda do lábio superior pode apresentar forma convexa, plana ou côncava em seu centro. Dependendo do comprimento do lábio superior, isso proporciona uma quantidade variável de exposição dental na área dos incisivos centrais superiores. O lábio superior pode, às vezes, apresentar diferentes níveis de exposição entre os lados direito e esquerdo, resultando em uma linha de sorriso irregular.

As linhas do sorriso podem variar suficientemente, fazendo com que um observador crítico queira saber o que está perturbando a harmonia facial. Este distúrbio pode ser causado por uma linha do sorriso assimétrica; uma linha que cubra irregularmente porções dos dentes em ambos os lados da linha média da face, proporcionando assim, uma aparência assimétrica desagradável (LOOSLI, 1986).

2.4.1.9 Visibilidade dos dentes anteriores

A regra geral é que aproximadamente 2mm em média dos dentes ântero-superiores apareçam quando a boca está ligeiramente aberta e os lábios estão em repouso ou relaxados (figura 34) (MONDELLI, 2003).



Figura 34 – Visibilidade dos dentes anteriores

Fonte (MONDELLI, 2006).

A quantidade de exposição do dente em repouso é uma posição determinada pela ação muscular (AHMAD, 2005*d*).

Nessa condição, que os incisivos aparecem em média 2mm, sendo que as mulheres normalmente apresentam maior visibilidade comparativamente aos homens (CONCEIÇÃO, 2005).

Em idade avançada, a perda do tônus do tecido leva ao alongamento do lábio superior e à maior cobertura dos dentes. O tônus muscular mais fraco do músculo orbicular do lábio leva à queda do lábio inferior e á conseqüente exposição maior dos incisivos inferiores (figura 35) (MONDELLI, 2003).



Figura35 – Visibilidade dental em diferentes idades

Fonte (FRADEANI, 2006).

A determinação de qual parte dos incisivos superiores é visível com os lábios em repouso constitui um dos parâmetros principais para avaliar se é necessária alguma alteração no comprimento dental (FRADEANI, 2006).

Devido ao desgaste funcional com a idade, a quantidade de incisivo central visível com os lábios em repouso ou entreabertos tende a se tornar

progressivamente menor, chegando a ponto de coincidir com a linha do lábio. A atividade parafuncional acelera o desgaste, tornando os dentes mais curtos do que os lábios, deixando-os pouco visíveis durante o sorriso e contribuindo para efeito desagradável. Os desgastes funcional e parafuncional, individualmente ou em conjunto, transformam o plano incisal em linha reta, diminuindo ou fazendo desaparecer as ameias incisais (MONDELLI, 2003).

A quantidade de dentes visíveis durante o sorriso depende acentuadamente do tipo e comprimento do lábio superior. Quando curtos, permitem a exposição inclusive do tecido gengival. Lábios e dentes anatomicamente curtos e excesso maxilar vertical, com exposição do tecido gengival durante o sorriso, representam dificuldade adicional do ponto de vista estético, quando necessitam de facetas ou resolução protética para os dentes anteriores (MONDELLI, 2003).

2.4.1.10 Borda Incisal

O posicionamento da borda incisal dos dentes anteriores apresenta grande importância estética e funcional, pois possibilita a desoclusão dos dentes posteriores nos movimentos excursivos e participa na fonação (figura 36) (MENDES, 1996).



Figura 36 – Bordas incisais

Fonte (MONDELLI, 2003).

Na maioria das pessoas, as bordas incisais dos centrais tocam ligeiramente a linha que divide o lábio em porção seca e molhada (figura 37) (MENDES, 1996).

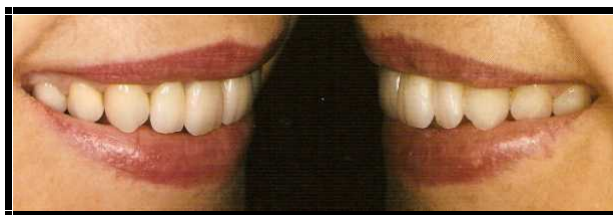


Figura 38 – Porção seca e molhada do lábio

Fonte (MONDELLI, 2003).

Com o lábio superior em repouso, normalmente são visíveis 1 a 5mm de borda incisal dos incisivos centrais, caso contrário dará a impressão de que o indivíduo não possui dentes ântero-superiores, ao se expressar, ou quem tem idade mais avançada, pela perda de apoio do lábio superior. Os incisivos laterais se apresentam mais curtos, geralmente 0,5 a 1,5mm, em relação aos centrais. Tal posicionamento, combinado com seus ângulos arredondados, contribui sobremaneira para a beleza do conjunto de dentes anteriores, assim como possibilita os movimentos excursivos da mandíbula (lateroprotrusão, por exemplo), sem ocorrência de contatos indevidos ou prejudiciais (MONDELLI, 2003).

2.4.1.11 Curva Incisal

Para Conceição (2005), a linha do sorriso ou curvatura incisal é determinada por uma linha imaginária que tangencia as bordas incisais dos incisivos superiores e a ponta de cúspide dos caninos superiores. Ela tem grande influência estética do sorriso. Uma condição agradável é quando essa linha do sorriso é convexa e acompanha a curvatura do lábio inferior. No outro extremo, a curvatura incisal é côncava e pode ser mais facilmente em idosos, ou que apresentam alguma parafunção, ou ainda em pacientes com hábitos oclusais nocivos, como roer unhas. O restabelecimento de uma linha do sorriso adequada pode propiciar um efeito de rejuvenescimento, pois é marcante o efeito negativo de uma linha côncava ou um efeito de “V” invertido na região entre os incisivos centrais superiores no sorriso (figura 38). Além disso, uma curvatura incisal adequada ajuda a “distrair” a atenção sobre eventuais características faciais desagradáveis.



Figura 38 – “V” invertido
Fonte (FRADEANI, 2006).

Quando o plano incisal não é paralelo com a curvatura do lábio inferior, as linhas excêntricas ou invertidas do sorriso são evidentes (AHMAD, 2005c).

Fradeani (2006), coloca que como regra, o plano incisal, quando observado de frente, apresenta uma curva convexa que segue a concavidade natural do lábio inferior durante o sorriso (figura 39).



Figura 39 – Curva Convexa
Fonte (MONDELLI, 2003).

A convexidade da curvatura incisal, juntamente com as proporções dentais ideais, produz uma simetria radial mais evidente quanto mais dominante forem os incisivos centrais em relação aos laterais. A simetria radial proporciona um sorriso atraente, sendo normalmente encontrada em pacientes jovens.

Para Conceição (2005), o plano incisal deve estar paralelo à linha interpupilar e à linha gengival para propiciar um equilíbrio estético especialmente em pessoas com sorriso alto.

Esta situação, sempre considerada favorável, confirma o efeito que as forças coesivas podem exercer em qualquer tipo de composição. Algumas observações podem demonstrar que o grau da curvatura da linha incisal é mais pronunciado nas mulheres do que nos homens (RUFENACHT, 1998).

Para criar um sorriso harmonioso, as margens incisais devem manter um alinhamento paralelo com o lábio inferior em todos os casos (FRADEANI, 2006).

A linguagem verbal, fonação ou fonética é uma das mais importantes funções do sistema estomatognático, da qual os dentes anteriores participam intensamente. Por essa razão, a posição e o comprimento desses dentes anteriores é muito importante na pronúncia de certos fonemas como /f/ e /v/, principalmente dos centrais, que tocam levemente na linha seco-molhada do lábio inferior, numa ação combinada para possibilitar a emissão do som (MENDES, 1996).

Para conceição (2005), uma condição mais favorável esteticamente é aquela em que a borda do incisivo superior toca a mucosa do lábio inferior durante a pronúncia da “f e “v” , propiciando uma trajetória suave durante o fechamento da boca (figura 40).

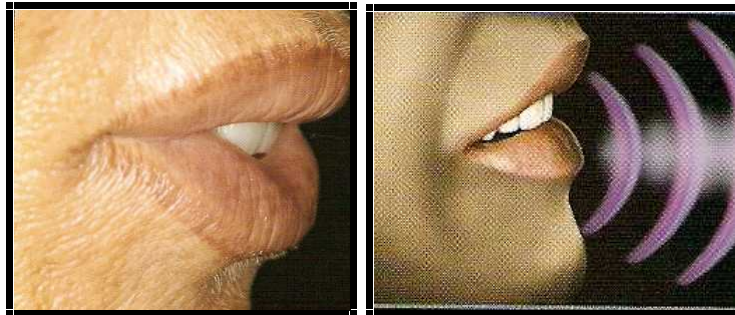


Figura 40 – Pronúncia “f” e “v”

Fonte (FRADEANI, 2006).

Uma análise estética funcional pode ser realizada conversando ou filmando o paciente enquanto ele pronuncia palavras com “f” e “v”, que exigem toque dos incisivos superiores na região seco-molhada do lábio inferior, ou com “s”, ou “z”, que tem grande influência da posição da língua e no afastamento em torno de 1 a 1,5mm entre as bordas incisais dos dentes superiores e inferiores.

A pronúncia fluente desses sons significa que os incisivos superiores apresentam comprimento correto e que seu perfil incisal está posicionado corretamente (FRADEANI, 2006).

2.4.1.12- Curva Incisal Plana ou Reversa

Algumas vezes a abrasão da borda incisal pode levar a um achatamento ou até uma curvatura incisal reversa, criando um efeito desagradável do ponto de vista estético. Juntamente com o decréscimo no comprimento dental, isso leva à redução ou, em alguns casos, ao desaparecimento dos ângulos interincisais, que contribuem

significativamente com a aparência agradável do sorriso (figura 41) (FRADEANI, 2006).



Figura 41 – Curva plana – abrasão das bordas incisais
Fonte (FRADEANI, 2006).

Isso leva à perda da denominada força coesiva na composição dentofacial, criando um efeito estético desagradável e uma aparência inevitável de sorriso “envelhecido” (FRADEANI, 2006).

Mondelli (2003), coloca que o desgaste das bordas incisais geralmente já é visível aos 20 anos de idade, em consequência da função. Uma das alterações mais desagradáveis do ponto de vista estético que ocorrem na dentição natural é o desgaste excessivo do terço incisal dos dentes ântero-superiores, principalmente devido a hábitos parafuncionais, reduzindo a sua altura e invertendo a relação largura/altura.

2.4.1.13 Corredor Vestibular

Corresponde ao espaço existente durante o sorriso entre a superfície vestibular dos dentes superiores e a mucosa interna dos tecidos moles que formam o canto da boca e as bochechas. É também consequência do fundo escuro da boca e depende da largura do arco superior e da musculatura facial responsável pela amplitude do sorriso (figura 42) (MENDES, 1996).



Figura 42 – Corredor Vestibular
Fonte (FRADEANI, 2006).

Para Fradeani (2006), é o espaço observado em ambos os lados da cavidade oral durante o sorriso, entre as paredes vestibulares dos dentes superiores e os cantos da boca.

Este espaço escuro contribui para a individualização da composição dental que é projetada pelo contraste de cor (RUFENACHT, 1998).

Para Conceição (2005), outros aspectos importantes a serem avaliados relativamente ao corredor bucal são a manutenção de um efeito de gradação entre os dentes da região anterior para a posterior, à definição de quantos dentes posteriores são visíveis no sorriso e o contorno gengival nessa região posterior aparente quando a pessoa sorri.

Já Mendes (1996), diz que o alinhamento dental num arco de forma acentuadamente triangular tende a provocar ausência ou insuficiência de corredor bucal, prejudicando sensivelmente o aspecto estético e provocando no observador a sensação de uma “boca cheia de dentes”.

A importância deste espaço deve ser destacada, mesmo se ele escapa da atenção do público, porque ele representa não apenas um fator-chave na harmonia do sorriso, mas também um fator de relacionamento harmonicamente proporcional entre o sorriso e as outras características faciais (RUFENACHT, 1998).

A perspectiva criada pela distância progressiva dos dentes com relação aos olhos do observador é bastante acentuada tanto pela redução gradual na reflexão luminosa nos dentes posteriores, como pela diminuição simultânea na altura dental, que tem início normalmente na região anterior, se estendendo no sentido posterior. A combinação desses dois fatores auxilia substancialmente a otimizar a ilusão de distância e profundidade (FRADEANI, 2006).

O fundo escuro da boca: a) enfatiza a forma do dente, devido ao seu brilho originado da reflexão da luz; b) aumenta o contraste; dá a composição dos dentes uma relação dinâmica (MENDES, 1996).

Os dentes ficam mais em evidência contra o fundo escuro da boca, que é o palco onde eles, os artistas principais, se apresentam durante o sorriso, após a abertura das cortinas da boca, que são os lábios (MONDELLI, 2003).

2.4.1.14 Linha Interincisal e Média

A coincidência da linha média com a dental irá influenciar também na harmonia facial e facilitar a reabilitação estética. A linha média determina a simetria do arco dental (MEDEIROS, 1996).

A linha média é o aspecto mais importante a ser considerado no sorriso, pois determina a simetria do arco. Uma linha desviada do seu centro é sempre reconhecida pelo paciente (MENDES, 1996).

O problema de posicionamento da linha mediana dos dentes, uma linha vertical imaginária que separa os dois incisivos centrais e que é um pré-requisito para a restauração da região anterior edêntula, e tem sido mencionado quando se fala de simetria no sorriso (figura 43) (RUFENACHT, 1998).

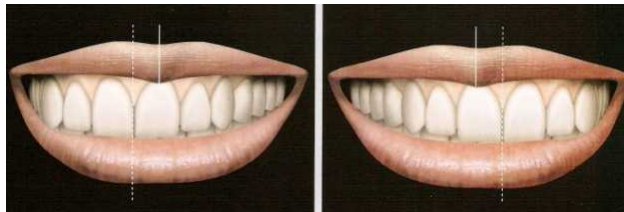


Figura 43 – Linha média X interincisal – posicionamento inadequado

Fonte (FRADEANI, 2006).

Uma linha média corretamente posicionada resulta invariavelmente numa composição dental equilibrada e vários pontos de referência têm sido sugeridos para a sua determinação: centro da distância bi-pupilar, posição da linha média dos incisivos inferiores, centro da distância entre as asas do nariz e freio do lábio. Devido às características de assimetria da face, nenhuma dessas referências pode ser utilizada isoladamente e por essa razão se recomenda o centro da face (MENDES, 1996).

Para Fradeani (2006), se a melhor referência para definir a linha média facial é o centro do lábio superior, ou filtro labial, o melhor elemento para identificar a linha média dental é geralmente a linha interincisal superior.

Um tipo harmônico de simetria dentária posiciona automaticamente essa linha mediana entre os incisivos centrais superiores e contribui para o ponto central de avaliação. Uma linha média posicionada de forma correta, juntamente com uma relação de contato proximal firme e definida entre os incisivos centrais, produz efeito desejável de coesão ou de unidade na composição dentária. Uma linha média

imaginária dividindo o filtro labial em metades simétricas ou iguais deve ser utilizada para estabelecer a linha média do sorriso (MONDELLI, 2003).

Desvios que afetam estes elementos dificilmente podem ser compensados pelo equilíbrio e criação fortes tensões visuais (RUFENACHT, 1998).

2.5 O SORRISO PERFEITO

Nós vivemos em uma cultura na qual as pessoas são freqüentemente julgadas por sua face; especialmente o sorriso como uma indicação de inteligência e competência e emoções (SLAVKIN, 1999).

Atualmente, um sorriso bonito indica saúde, amor próprio, status econômico e até sexualidade (SILVA, 2004).

Mendes (1996), coloca que é através do sorriso se expressam inúmeras sensações (sorriso maroto, sarcástico, amarelo, falso, de choro, etc.), característica exclusiva da raça humana e isso aumenta a responsabilidade do cirurgião dentista com o objetivo principal de melhorá-lo ou mantê-lo agradável.

De acordo com estas afirmações o sorriso perfeito é caracterizado por uma relação dente-lábio mediana, uma linha incisal correndo contra a borda superior do lábio inferior, e um lábio superior apresentando uma curvatura para cima. Os cantos da boca estão simetricamente alinhados com a linha pupilar e apresentam um espaço bilateral negativo proporcional. Quando o sorriso contém e é circundado por elementos dentais e faciais que conformam-se com os princípios fundamentais de estética, ele pode atingir outro nível de apreciação quando sua integração harmônica no perfil morfopsicológico do indivíduo gera uma reação psicológica emocional (RUFENACHT, 1998).

Mondelli (2003), acrescenta que em uma visão de perfil, a primeira manifestação de um sorriso é um afinamento dos lábios e distensão distal dos cantos da boca. Isso continua com a expansão do sorriso até que a abertura dos lábios exponha os dentes. Como na vista facial frontal, o espaço escuro persiste e a língua pode ou não ficar visível (figura 44).



Figura 44 – Fases do sorriso

Fonte (MONDELLI, 2003).

Um sorriso agradável pode produzir uma aura que amplia a beleza da face, fazendo parte das qualidades e virtudes da personalidade humana. A capacidade de um indivíduo exibir um sorriso agradável depende diretamente da aparência dos elementos dentários e gengivais que ele possui, da sua conformidade com os padrões de beleza estrutural, com as relações existentes entre os dentes e os lábios e de sua integração harmônica na composição facial (MONDELLI, 2003).

Para Silva (2004), a harmonia do sorriso dificilmente será alcançada se as estruturas que envolvem os dentes, tais como lábios, região nasogeniana, maxilares, nariz, enfim, o rosto como um todo, apresentarem deficiências estéticas.

Os constituintes para um sorriso ideal os dentes anteriores superiores coincidem com a curvatura do bordo mandibular durante um sorriso relaxado; os cantos dos lábios são elevados na mesma altura em ambos os lados; os espaços negativos bilaterais separam os cantos dos lábios dos dentes (figura 45) (AHMAD, 2005d).



Figura 45– Constituintes do sorriso ideal

Fonte (MONDELLI, 2003).

Pessoas com más condições bucais, tais como: dentes ausentes, cariados, escuros, malposicionados, restaurações insatisfatórias e espaços escuros disformes, em geral se esforçam para esconder seu embaraçoso sorriso, cobrindo a parte pouco apresentável com os lábios e até com as mãos. Essas pessoas raramente sorriem ou riem. Com essa prática, elas consciente ou inconscientemente cobrem de modo forçado os dentes com o estiramento dos lábios. Estes são os pacientes cujos cirurgiões-dentistas podem ajudar. Restituída a região peribucal e aos dentes uma

aparência agradável, recupera-se a vontade do paciente em mostrar um sorriso prazeroso (MONDELLI, 2003).

2.6 COMPONENTES DENTAIS

Os pacientes estão tornando-se mais esteticamente conscientes e estão convencidos de que temos que ter entendimento em um campo puramente artístico. Ao trabalhar com restaurações estéticas, alguma aptidão tem que ser estudada e aperfeiçoada, profundamente (CHICHE, 1993).

A face é um segmento extremamente importante na composição estética de um indivíduo e os dentes ântero-superiores, por sua vez, assumem um papel fundamental na estética da face. No entanto, quando por uma razão definida, um ou mais dentes que influenciam na aparência do sorriso necessitam ser restaurados, o profissional, além de considerar o dente em questão, isoladamente, também deverá analisar a sua relação com os dentes vizinhos e antagônicos, com o periodonto e com as demais estruturas bucais e faciais circunjacentes. Na verdade, conforme sugere Yamamoto, um grande estudioso da estética, todos nós precisamos treinar os olhos para observar os dentes naturais e adestrar as mãos para que elas expressem aquilo que os olhos vêem (BARATIERI, 1998).

Para Magne (1993), os componentes básicos da estética dental podem ser determinados pela observação sistemática dos dentes naturais e por sua integração harmoniosa com o sorriso e, finalmente, pelo caráter de um indivíduo.

A primeira coisa que se percebe no sorriso é o contorno básico dos dentes anteriores (figura 46). Destes, destacam-se especialmente os incisivos centrais, por seu posicionamento anterior. Dão a ilusão de serem os mais claros e maiores dentes da boca (MENDES, 1996).



Figura 46 – Contorno dos dentes anteriores
Fonte (FRADEANI, 2006).

Como a boca é um ambiente que escurece a medida em que se penetra no seu interior, os dentes anteriores sempre terão especial destaque devido à incidência de luz, seja durante a fonação, num sorriso ou mesmo numa gargalhada (MENDES, 1996).

Chiche (1993), diz que a regra absoluta na reabilitação estética é evitar restaurar um sorriso com um incisivo central com proporções pobres, entre, largura e comprimento, estas devem ser agradáveis.

Magne (1993), acrescenta que a forma e a dimensão estão indubitavelmente entre os elementos chaves, a respeito dos incisivos, a definição da forma depende essencialmente da configuração das arestas interproximal e do comprimento da coroa anatômica.

Para Conceição (2005), essa proporção individual entre altura X largura dos dentes é particularmente relevante para os incisivos centrais superiores. Isso se deve ao fato de que o princípio de dominância é o mais importante para a composição de uma aparência estética dental agradável, e o incisivo central é o dente dominante no sorriso (figura 47).

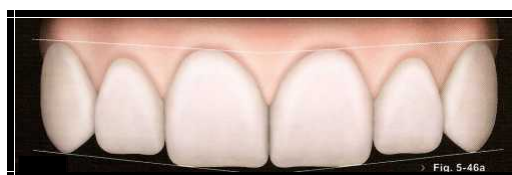


Figura 47 – Dominância dos incisivos centrais

Fonte (FRADEANI, 2006).

A ilusão de um dente natural pode ser criada pela descrição de alguns fundamentos de estética. Entretanto, a harmonia do resultado final também dependerá da integração de parâmetros relacionados com o sorriso, a face, a idade e as características do paciente. O arranjo, a posição, e o comprimento relativo de um arco dental assim como a determinação de embrasuras incisais e do espaço negativo são importantes (MAGNE, 1993).

A condição “de forma ideal do dente” pode ser considerada para ser desejável, embora alguma variação da forma perfeita percebida no dente nem sempre tem um efeito indesejável na estética. O tamanho do dente é relevante não somente para a estética dental, mas também para a estética facial. Os dentes

devem ser em proporção a si, e devem também ser em proporção à face, porque uma variação grosseira no tamanho dos dentes com relação ao tamanho da face afetará a estética (QUALTROUGH, 1994).

O formato da silhueta é a forma do dente, definida pelo seu contorno é ele que, muito mais que a cor, governa o que a maioria das pessoas percebem como atraente ou não. O contorno de um dente geralmente é determinado pela porção do dente que este nos ângulos das linhas mesiovestibular e distovestibular. Esta área define como o dente é longo ou curto. A percepção total é obtida não apenas por olhar para o dente, mas também olhando para o sorriso e a face inteira (GOLDSTEIN, 2000).

A presença de dentes e linhas e bem posicionados no arco sem dúvida contribui para harmonia e equilíbrio estético do sorriso porque permite uma transição gradual e suave no sentido antero-posterior e látero-central quando a pessoa é vista sorrindo de modo frontal ou lateral, respectivamente. Um efeito de gradação, ou percepção visual do tamanho dos dentes entre si expostos durante o sorriso, tem um significado importante para um equilíbrio estético (figura 48) (CONCEIÇÃO, 2005).

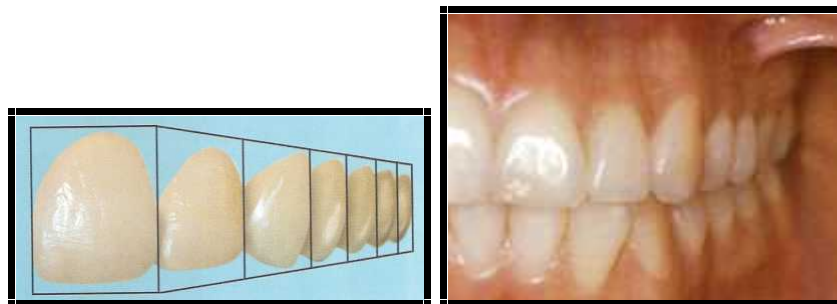


Figura 48 – Gradação dental

Fonte (MONDELLI, 2003).

Para Medeiros (1999), uma vez que os dentes estejam desalinhados, quebra-se o efeito da gradação, onde o destaque deve ser sempre para o dente que está à frente.

Baratieri (1998), também diz que a posição e o alinhamento dos dentes no arco podem influir de forma significativa na aparência geral de um sorriso, quebrando a harmonia e o equilíbrio do mesmo. Um sorriso, em geral, é esteticamente mais agradável quando os dentes estão adequadamente posicionados e alinhados. Dentes mal posicionados ou girados não somente

rompem a forma do arco, mas também podem interferir com a proporção relativa aparente dos dentes (figura 49).

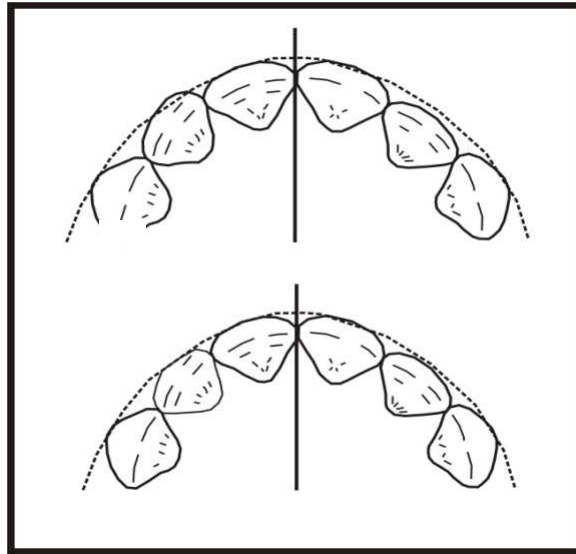


Figura 49 – Alinhamento dental no arco

Fonte (BARATIERI, 1998).

Dentes adequadamente posicionados e alinhados resultam numa estética significativamente agradável, entretanto, em grande parte dos pacientes, tal condição não é verificada, sem, contudo interferir no resultado estético do sorriso (CANDIDO, 1996).

Dentes anteriores, suportando o lábio e a musculatura associada, permitem o preenchimento de requisitos estéticos, fonéticos e funcionais. Isto implica que os dentes anteriores devem ser posicionados de acordo com o grau de tolerância permitido pelo formato do arco para garantir a integração da composição dental. Em uma situação dentária normal, a posição dos dentes é determinada pelo equilíbrio funcional existente entre as forças da língua e a ação compensatória da musculatura da bochecha e dos lábios (RUFENACHT, 1998).

Os dentes homólogos vizinhos devem se assemelhar para que haja uma harmonia estética (MEDEIROS, 1999).

A proporcionalidade entre os dentes é um fator importante na aparência do sorriso. Ela depende da relação que existe entre o comprimento e a largura dos dentes, bem como da sua disposição no arco, da forma do arco e da configuração do sorriso. Portanto, o relacionamento de largura e comprimento de cada dente com

os adjacentes pode ter um efeito significativo na aparência visual do conjunto (BARATIERI, 1998).

Rufenacht (1998), diz que introduzir no sorriso alterações sutis relacionadas à sensibilidade individual, bem como ao mistério que ele implica requer o conhecimento e o controle do princípio da gradação, que envolve a percepção de uma redução progressiva no tamanho do dente mais anterior até o mais posterior. O pré-requisito da progressão ântero-posterior é o alinhamento do contorno da superfície vestibular, do terço incisal, do terço médio e, em um nível inferior, do terço gengival, bem como o alinhamento das inclinações incisais méso-vestibulares.

A forma e o tamanho das ameias mudam com o passar dos anos e influem na aparência dos dentes. Alterando a forma da ameia incisal, pode-se alterar a aparência visual de largura. Ameias menores podem fazer os dentes parecerem mais largos, enquanto ameias maiores podem fazê-los parecer mais estreitos (figura 50) (BARATIERI, 1998).

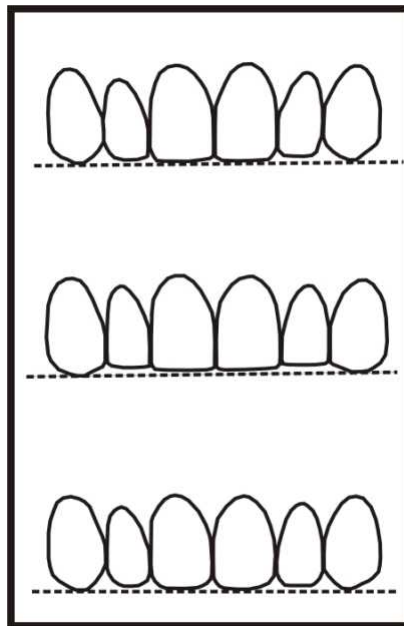


Figura 50 – Forma das ameias e aparência dental

Fonte (BARATIERI, 1998).

O equilíbrio parece-nos mais importante do que a simetria. Idealmente, os dentes do lado esquerdo do arco devem ter o mesmo “peso” na composição do sorriso que os dentes do lado direito do arco. Isto significa dizer que os demais componentes da estética (tamanho do dente, visibilidade, forma, cor, posição, textura de superfície, alinhamento, inclinação, ameias proximais, embrasuras

incisais, pontos de contato, sulcos e cristas de desenvolvimento e ângulos incisoproximais) deveriam estar dispostos de forma harmônica, muito mais do que simétrica. Da mesma forma que os dentes do mesmo arco devem estar em equilíbrio entre si, os dentes superiores devem estar em equilíbrio com os dentes inferiores (figura 51) (BARATIERI, 1998).



Figura 51 – Equilíbrio dos dentes superiores e inferiores

Fonte (MONDELLI, 2003).

3 CONCLUSÕES

A percepção de uma face equilibrada é possível, mas existe uma grande diversificação sobre o conceito de beleza facial, devido ao “sentimento do belo” ser diferente para cada pessoa.

Os objetivos do tratamento estético devem sempre estar direcionados para alcançar o belo ou melhorar a face, juntamente com o sorriso e os dentes, obtendo assim, uma harmonia que integra e relaciona todos os componentes citados.

As normas referenciadas ao longo deste trabalho devem ser lembradas, observadas e aplicadas para o sucesso de uma reabilitação estética.

Devolver ou dar ao paciente uma estética favorável significa dar-lhe uma auto-imagem positiva e, também, suprir a expectativa do paciente frente a uma mudança muito delicada, pois se trata da aparência da face e dos dentes, que são estruturas de maior importância para a estética de um todo.

Não há regra que se aplique a todos os casos, assim como não há seres humanos iguais, mas há padrões de análises e comparação claros e definidos.

Além do conhecimento das áreas da odontologia, o profissional precisa desenvolver noções de psicologia e também morfologia facial.

Beleza e juventude são desejos dominantes de nossa civilização, já que a informação, através dos meios de comunicação e a moda, tornaram as pessoas mais exigentes quanto ao seu aspecto físico, no qual a estética facial e especificamente a estética dental têm um lugar importante.

Avanços na odontologia estética vêm cada vez mais ao encontro da necessidade da perfeição, da arte, da sensibilidade e da capacidade do profissional.

REFERÊNCIAS

AHMAD. **Anterior dental aesthetics: Historical perspective.** British Dental Journal, [S.l.], v. 198, n. 12, p. 737-742, Jun. 2005*b*.

AHMAD. **Anterior dental aesthetics: facial perspective.** British Dental Journal, [S.l.], v. 199, n. 1, p. 15-21, Jul. 2005*a*.

AHMAD. **Anterior dental aesthetics: dentofacial perspective.** British Dental Journal, [S.l.], v. 199, n. 2, p. 81-88, Jul. 2005*c*.

AHMAD. **Anterior dental aesthetics: dental perspective.** British Dental Journal, [S.l.], v. 199, n. 3, p. 135-141, Ago. 2005*d*.

BARATIERI, L.N. Estética - Normas Básica. In: _____. **Estética: Restaurações Adesivas Diretas em Dentes Anteriores Fraturados.** São Paulo: Santos, 1998. p.35-53.

CANDIDO, M.S.; HOEPPNER, M. G. Cosmética em Odontologia Restauradora. In: GOMES, J. C. **Odontologia Estética: restaurações adesivas.** São Paulo: Artes Médicas, 1996. p. 19-38.

CHICHE, G.J.; PINAULT, A. **Smile Rejuvenation: A methodic approach.** Pract. Periodontics Aesthet Dent, v.5, n.3, p.37-44, 1996.

CONCEIÇÃO, E.N. Análise Estética. In: _____. **Restaurações Estéticas – Compósitos, cerâmicas e implantes.** 1.ed. São Paulo: Artmed, 2005. p.33-57.

DICIONÁRIO. Dicionário da língua portuguesa – Estética. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Est%C3%A9tica> . Acesso em: julho 2007.

ESTÉTICA. O significado da estética nos dias atuais. Disponível em:<
http://criticanarede.com/est_estetica.html>. Acesso em: julho de 2007.

FRADEANI, M. Análise Facial. In:_____ **Reabilitação Estética em Prótese Fixa: Análise Estética**. V.1.São Paulo:Quintessence,2006.p.36-61.

FRADEANI,M.AnáliseDentolabial. In:_____ **Reabilitação Estética em Prótese Fixa: Análise Estética**. V.1.São Paulo:Quintessence,2006.p.63-114.

FRADEANI, M.Análise Dental. In:_____ **Reabilitação Estética em Prótese Fixa: Análise Estética**. V.1.São Paulo:Quintessence,2006.p.137-241.

GOLDSTEIN, r.e. Conceitos de Estética Dental. In:_____. **A Estética em Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2000. p. 3-16.

KINA, S.; BRUGUERA, A. In:_____. Invisível: **Restaurações estéticas cerâmicas**. Maringá: Dental Press, 2007.

LOOSLI, U.P. Estética do Dente Isolado. In: SCHARER, P.; RINN, L.A.; KOPP, F.R. **Normas Estéticas para a Reabilitação Bucal**. Rio de Janeiro:Quintessence, 1986. p.27-54.

MAGNE, P. ; MAGNE, M.; BELSER, U. **Natural and restorative Oral Esthetic. Part I : rationale and Basic Strategies for Successful Esthetic Rehabilitations**. Journal Of Esthetic Dentistry, [S.I.], v. 5, n. 4, p. 161-173, jul/ago, 1993.

MEDEIROS, C.G.G. **Princípios básicos de Estética Aplicados na Dentística Restauradora**. Rev. Robrac, [S.I.], v.8, n.25, p.19-22. 1999.

MENDES, W.B.; BONFANTE, G. Aspectos Estéticos da Dentição Natural. In:_____. **Fundamentos de Estética em Odontologia**. 2.ed. São Paulo:Quintessence, 1996. p.19-64.

MONDELLI, J. Análise Facial. In:_____. **Estética e Cosmética em Clínica integrada Restauradora**. São Paulo:Quintessence, 2003. p.171-212.

MONDELLI, J. Introdução à Estética. In:_____. **Estética e Cosmética em Clínica integrada Restauradora**. São Paulo:Quintessence, 2003. p.1-15.

MONDELLI, J.O Sorriso. In:_____.**Estética e Cosmética em Clínica integrada Restauradora**. São Paulo:Quintessence, 2003. p.273-320.

MONDELLI, J. Boca e lábios. In:_____.**Estética e Cosmética em Clínica integrada Restauradora**. São Paulo:Quintessence, 2003. p.213-271.

QUALTROUGH, A. J. E.; BURKE, U. **A look at dental esthetics**. Quintessence Internacional, [S.l.], v.25, n.1, p.7-14, 1994.

RUFENACHT, C. R. Normas Estéticas Estruturais. In:_____. **Fundamentos de Estética**. 1.ed. São Paulo:Quintessence, 1998. p.67-133.

SILVA, E.M. **Importância da Reabilitação Estética e Funcional sobre os Aspectos Pessoais e Sociais. Caso Clínico**. Rev. Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial, [S.l.], v.4, n.18, p.109-119. Mar/Abr. 2002.

SILVA, S. R. **Odontologia Estética, a ciência de copiar o natural**. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., São Paulo, v.58, n. 2, p. 87-96, 2004.

SLAVKIN, H. C. The Significance of a Human Smile:Observations on Bell´s Palsy. JADA, Chicago, v.130, p.269-272, fev.1999.

