



Avaliação estética e condutas terapêuticas relacionadas aos principais perfis faciais

Aesthetic evaluation and therapeutic procedures related to main facial profiles

PEDRO HERMESSON OLIVEIRA
COSTA¹
VICTOR CAVALCANTI COELHO¹
WANESSA VENTURA DE OLIVEIRA¹
DIEGO MOURA SOARES²
JOSÉ ROMERO SOUTO DE SOUSA
JÚNIOR³
MARCONI EDUARDO SOUSA
MACIEL SANTOS^{1,3*}

Instituição: Faculdade ASCES - Associação Caruaruense de Ensino Superior, Caruaru, PE, Brasil.

Artigo submetido: 28/7/2014.
Artigo aceito: 21/4/2015.

DOI: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0141

■ RESUMO

Introdução: A cirurgia ortognática para correções de deformidades dentofaciais proporciona uma face mais harmoniosa, funcional e estética. O objetivo desse estudo foi avaliar a percepção dos cirurgiões bucomaxilofaciais quanto à estética dos perfis faciais padrões I, II e III, relacionada ao sexo, etnia e às principais condutas terapêuticas. **Métodos:** Foram entrevistados 18 cirurgiões especialistas ou em formação em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, utilizando uma ficha clínica padronizada para avaliação estética e condutas terapêuticas de 12 imagens manipuladas simulando os perfis faciais, sexo e raças. **Resultados:** Quanto à estética, destacaram-se os perfis faciais tipo I, que apresentaram as melhores médias, enquanto os perfis faciais tipo III as menores; entretanto, não houve diferenças significativas entre as médias obtidas nos diferentes perfis faciais em relação ao sexo e à raça. As condutas terapêuticas foram homogêneas nos perfis II e III, com maiores percentuais para condutas clássicas no tratamento ortocirúrgico destas deformidades dentofaciais. **Conclusão:** O perfil facial I foi o considerado mais estético; então, houve influência do sexo e do tipo racial na estética para a amostra estudada. Os perfis faciais I foram os mais difíceis de avaliar quanto às condutas terapêuticas, o que resultou em grande variedade de opções em relação aos perfis II e III.

Descritores: Percepção; Condutas terapêuticas; Anormalidades maxilofaciais; Estética dentária.

¹ Faculdade ASCES, Caruaru, PE, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE, Brasil.

³ Universidade de Pernambuco - UPE, Recife, PE, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Orthognathic surgery for correction of dentofacial deformities provides a more-symmetrical face, and functional and aesthetic benefits. The aim of this study was to evaluate the perception of buccomaxillofacial surgeons regarding the aesthetics of facial profiles patterns I, II, and III in relation to sex, ethnicity, and the main therapeutic procedures.

Methods: We interviewed 18 specialist surgeons or surgeons in training in buccomaxillofacial surgery by using a standardized clinical report form for aesthetic evaluation and therapeutic procedures of 12 manipulated images simulating facial profiles, sex, and race. **Results:** As for aesthetics, the highlights were that facial profile type I had the highest mean values, whereas facial profile type III had the lowest mean values. However, no significant differences were found between the mean values obtained in different facial profiles in relation to sex and race. The therapeutic procedures were homogeneous in profiles II and III, with higher percentages for classical procedures in the orthosurgical treatment of these dentofacial deformities.

Conclusion: Facial profile I was considered more aesthetic. Furthermore, sex and racial type effects on aesthetics for the studied sample. Facial profiles I were the most difficult to assess as to therapeutic procedures, which resulted in a wide range of options in relation to profiles II and III.

Keywords: Perception; Therapeutic procedures; Maxillofacial abnormalities; Dental aesthetics.

INTRODUÇÃO

A estética e atratividade facial são importantes preocupações do ser humano e sempre exerceram um fascínio em todas as sociedades organizadas ao longo dos séculos. Até os dias atuais, prevalece a premissa que uma estética facial agradável é um importante fator para o bem-estar psicossocial e sucesso nos mais diversos âmbitos profissionais e culturais, fato que torna sua busca algo quase sempre constante, conscientemente ou inconscientemente¹.

A Odontologia, área nobre da saúde que atua predominantemente na face, exerce um papel importante no diagnóstico e tratamento de problemas que repercutem sobre a estética e atratividade facial. Estudos demonstram que as arcada dentárias repercutem significativamente na aparência facial dos indivíduos², e que mais de 70% dos pais pensam que seus filhos irão se tornar mais atraentes, mais aceitáveis socialmente e bem sucedidos na sua vida profissional futura após tratamento odontológico³. Problemas psicológicos relacionados à autoestima e à sociabilidade também apresentam íntima relação com os conceitos de autoimagem do paciente portador da deformidade, sem contar os problemas interpessoais, daqueles sujeitos a bullying⁴. Há também associação e relatos de dores orofaciais às desproporções do esqueleto mastigatório, entretanto, apesar de as al-

terações funcionais estarem sempre presentes, são as queixas estéticas que, na maioria das vezes, impulsionam esses pacientes a procurar pelo tratamento⁵.

Nesse contexto, é cada vez mais frequente a procura de pacientes por uma face harmoniosa, tanto estética quanto funcionalmente, alcançada por meio de tratamentos odontológicos que alteram as estruturas morfológicas dentofaciais. Sendo assim, torna-se fundamental que os profissionais avaliem as expectativas dos seus pacientes e analisem criteriosamente as características faciais ao definir um plano de tratamento adequado^{1,6}.

A classificação de Angle, citada por Reis et al.⁷, é utilizada para determinar as principais deformidades dentofaciais, as quais podem ser divididas em padrão I, II ou III, além dos padrões face longa e face curta. O padrão I é identificado pelo equilíbrio facial em que a má oclusão quando presente é apenas dentária e não associada a qualquer discrepância esquelética sagital ou vertical⁸. Os padrões II e III são caracterizados pelo grau sagital, respectivamente positivo e negativo, entre a maxila e mandíbula. Nos padrões face longa, e face curta a discrepância é vertical. Nos pacientes com alterações esqueléticas, as más oclusões são geralmente consequentes dessas discrepâncias⁷.

O tratamento ortodôntico associado à cirurgia ortognática constitui-se um dos procedimentos odontológicos com maiores chances de modificações

na morfologia facial em busca da melhoria funcional, estética e psicológica. A cirurgia ortognática refere-se a um grupo de operações corretivas dos ossos que envolvem os movimentos da mandíbula e/ou maxila como um todo, bem como de suas partes moles adjacentes. Os pacientes com deformidades dentofaciais devem ser cuidadosamente avaliados por meio de análises faciais, cefalométricas e de modelos dentários, que representam as análises detalhadas dos tecidos moles, esqueleto maxilofacial e a relação dentoalveolar em várias perspectivas⁹.

A estética facial é um componente importante no diagnóstico e plano de tratamento em ortodontia e cirurgia ortognática e, por isso, são de fundamental importância os diversos estudos realizados para definir os aspectos de normalidade, harmonia e equilíbrio. Contudo, o parecer profissional deve coincidir com as opiniões e expectativas dos pacientes¹⁰. Segundo Todd et al.¹¹, a percepção clínica em relação à estética facial dos profissionais nem sempre é a mesma que a do público em geral, existindo, assim, uma significativa diferença entre os cirurgiões-dentistas e os leigos quanto à subjetividade da avaliação morfológica das características na região dentofacial.

Portanto, avaliar a percepção da estética e atratividade facial de profissionais envolvidos com tratamentos ortocirúrgicos frente aos principais perfis faciais, sexo e tipos raciais predominantes e relacioná-los aos principais movimentos dentoalveolares faciais na busca pela correção harmônica da face se tornaria um importante parâmetro de diagnóstico e correção das deformidades dentofaciais e preencheria uma lacuna na literatura nacional com um mapeamento do que estão pensando/julgando e decidindo/atuando os profissionais frente a uma população tão diversificada e miscigenada como a brasileira.

OBJETIVO

A pesquisa tem por objetivo avaliar a percepção dos cirurgiões dentistas pós-graduados ou em processo pós-graduação em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (CTBMF) quanto à estética e atratividade dos perfis faciais padrões I, II e III, relacionada ao sexo, tipo racial e aos principais movimentos dentoalveolares faciais.

MÉTODO

Este estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil, com parecer substanciado (número 144.239). Dessa forma, neste estudo piloto, classificado metodologicamente como um observacional, analítico, prospectivo, transversal do tipo inquérito¹², foram

entrevistados cirurgiões dentistas de ambos os sexos e diferentes aspectos socioeconômicos e culturais da cidade de Caruaru-PE, com registro de especialista, e atuantes na especialidade de CTBMF ou em programa de formação (Residência em CTBMF). A coleta de dados foi realizada por meio de uma ficha clínica padronizada que contou inicialmente com perguntas sobre a identificação e dados demográficos dos entrevistados e, em seguida, escala para avaliação da estética e atratividade facial, e questionário de condutas terapêuticas.

Ao total, foram disponibilizadas 12 imagens pré-selecionadas de indivíduos em norma perfil lateral direito, como visto em outras metodologias¹³⁻¹⁵. Cada uma das 12 imagens correspondia a um perfil facial, sexo e raça diferente, impressas em papel fotográfico fosco no tamanho 15 x 21 cm e plastificadas individualmente, não contendo nenhuma identificação escrita ou numérica. Cada imagem foi apresentada de forma individual a cada profissional entrevistado, que dispôs do tempo necessário de análise quanto à estética e atratividade facial observada, bem como a sua decisão terapêutica para o caso. Após o término do tempo disponível ou a resposta indicada, cada imagem era recolhida e não mais disponibilizada para o entrevistado, sendo assim até o mesmo completar as 12 imagens diferentes. Para evitar tendências no julgamento da estética e atratividade, a sequência das 12 imagens foi aleatória.

Juntamente com cada imagem disponibilizada, uma escala numerada e escalonada^{16,17} de zero a dez (0-10) foi entregue ao entrevistado para a sua avaliação quanto à estética facial da imagem correspondente. Os entrevistados foram esclarecidos apenas que a marcação do número na escala corresponderia a uma sequência crescente de estética, ou seja, o valor zero (0) correspondendo ao aspecto menos estético e dez (10) para o mais estético para ele de acordo com cada imagem^{16,17}.

Os valores obtidos a partir da escala foram analisados pela média de pontos obtida (levando em consideração duas casas decimais) de cada imagem do perfil facial e daí agrupados em quatro categorias: Categoria 1 (0 a 2,99) - Estética facial nada atrativa; Categoria 2 (3 a 5,99) - Estética facial e atratividade regulares; Categoria 3 (6 a 8,99) - Estética facial e atratividade agradáveis; Categoria 4 (9 a 10) - Estética facial muito atrativa^{16,17}.

Além da escala disponibilizada, junto com cada imagem foi apresentado um pequeno questionário de múltipla escolha referente às opções terapêuticas para cada caso (imagem) visualizado. Desta forma, o profissional entrevistado marcou uma única opção referente a que conduta tomaria/preferiria adotar

para aquele caso demonstrado e analisado. As opções de tratamento versaram sobre movimentos dentoalveolares padrões na rotina de manejo ortocirúrgico de pacientes com deformidades dentofaciais e foram as mesmas opções para todas as imagens (Quadro 1).

Quadro 1. Opções de tratamento a ser indicado para cada caso (imagem) visualizado.

Opções de tratamento
Nenhum tratamento necessário
Somente correções e/ou compensações ortodônticas
Avanço de maxila
Avanço de mandíbula
Somente mentoplastia
Diminuição vertical de maxila
Avanço de maxila e recuo de mandíbula com ou sem mentoplastia
Recuo de maxila e avanço de mandíbula com ou sem mentoplastia
Avanço de maxila e mentoplastia
Recuo de mandíbula e mentoplastia
Avanço de mandíbula e mentoplastia
Recuo de maxila
Recuo de mandíbula
Recuo de maxila com mentoplastia
Aumento vertical de maxila

As imagens foram obtidas por meio de fotografias padronizadas de quatro indivíduos voluntários adultos jovens (um homem branco, um homem negro, uma mulher branca e uma mulher negra), registradas com uma câmera e em estúdio profissionais. A partir das imagens obtidas e digitalizadas, realizaram-se manipulações no programa DolphinImage® (versão 11.5) para se obter as simulações dos perfis desejados de acordo com medidas cefalométricas, a fim de obter cada padrão do perfil facial, sexo e tipo racial, totalizando 12 imagens (Figuras 1 e 2).

Não foram fornecidas outras formas de diagnóstico para o julgamento das condutas, além das imagens de perfil, como imagens em outras normas, fotografias intrabucais, exames radiográficos, modelos de gesso e registros de mordida.

A partir da metodologia proposta para este estudo piloto, obteve-se um total de 18 profissionais (14 do sexo masculino e 4 do sexo feminino) que foram incluídos no estudo e entrevistados. A maioria era de profissionais especialistas em CTBMF ($n = 13$) enquanto que apenas 5 foram profissionais ainda em seus processos de formação e especialização (residentes em CTBMF). A média de idade dos entrevistados foi de 35 anos e todos relataram algum tipo de atividade com planejamentos e procedimentos ortocirúrgicos.

Na análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais e as medidas estatísticas: média e desvio padrão e foram utilizados os testes estatísticos: F (ANOVA) com comparações de Tukey e t-Student com variâncias iguais ou desiguais. Ressalta-se que a verificação da hipótese de igualdade de variâncias foi realizada com a utilização do teste F de Levene. Valores de p menores do 0,05 para hipóteses de testes bilaterais indicaram diferença significativa. Todas as análises foram realizadas com o programa SPSS (versão 17).

RESULTADOS

No que tange à estética facial dos principais padrões dos perfis faciais estudados, as médias obtidas demonstraram que os perfis masculino branco classe I (Média \pm DP 7,22 \pm 2,32), feminino negro classe I (Média \pm DP 6,94 \pm 2,18) e mulher branca classe I (Média \pm DP 6,61 \pm 1,94) foram aqueles melhores avaliados e classificados como de estética facial e atratividade agradáveis. Por outro lado, os perfis classe III, a saber, os perfis mulher branca classe III (Média \pm DP 3,72 \pm 2,37), mulher negra classe III (Média \pm DP 3,56 \pm 2,48), masculino branco classe III (Média \pm DP 3,56 \pm 2,59) e masculino negro classe III (Média \pm DP 3,28 \pm 2,47) foram os que obtiveram as pontuações mais baixas (Tabela 1), sendo enquadrados na classificação de estética e atratividade facial regulares. Ainda na Tabela 2, pode-se observar que houve diferença significativa entre as médias obtidas entre os perfis faciais do mesmo tipo racial e sexo, enquanto que não houve diferenças significativas entre o sexo e a raça para o mesmo perfil facial.

Nas Tabelas 2, 3 e 4 se apresentam os resultados das condutas propostas pelos 18 profissionais para cada sexo e etnia nos padrões faciais I, II e III respectivamente. No perfil facial classe I (Tabela 2), houve um predomínio de respostas selecionando as opções terapêuticas de “nenhum tratamento necessário” para o perfil masculino branco (44%) e para o perfil negro feminino (61,1%), seguidas pelas opções terapêuticas de “somente correções e/ou compensações ortodônticas” para os perfis branco e negro femininos (22,2%) cada. No grupo total, as condutas mais citadas foram: 33,3% para “Sem necessidade de tratamento”, 19,4% com “Somente correções e/ou compensações ortodônticas” e 13,9% com “Avanço de mandíbula”.

No tipo facial II (Tabela 3), as condutas mais citadas foram: no paciente branco do sexo masculino 10 indicaram “Avanço de mandíbula” e 7 “Avanço de mandíbula e mentoplastia”; no paciente negro do sexo masculino 8 indicaram “Recuo de maxila e avanço da mandíbula com ou sem mentoplastia”, 5 indicaram

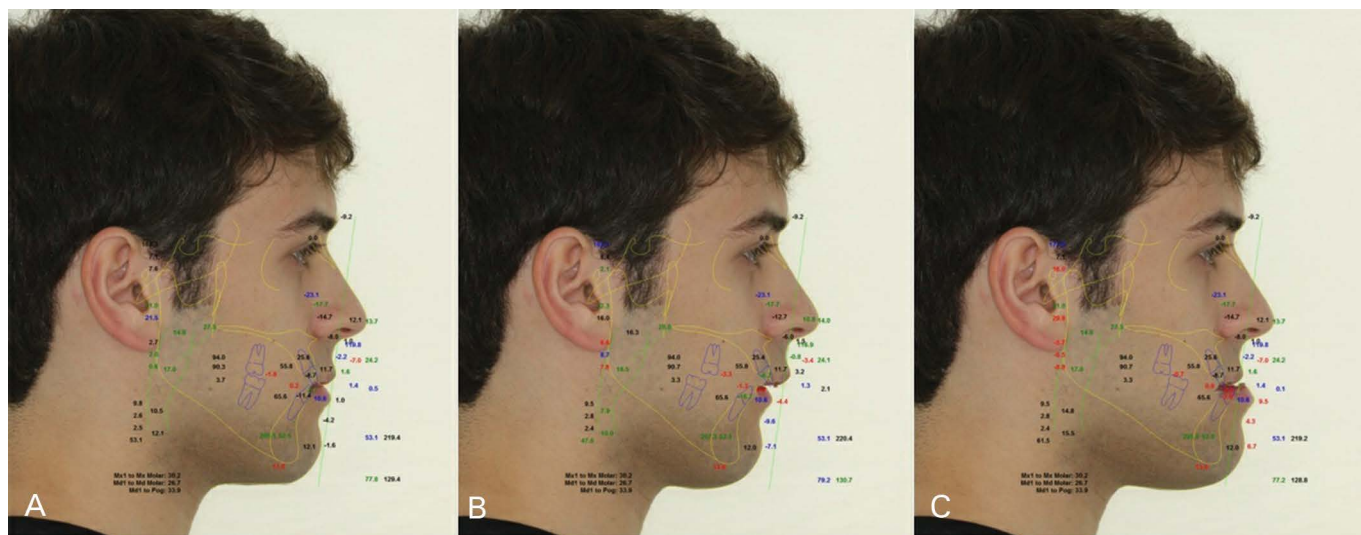


Figura 1. Exemplo de imagens e manipulações cefalométricas dos perfis faciais. A manipulação do perfil I foi obtida a partir de um recuo mandibular de 2 mm e plastia na linha mentocervical (A), enquanto que o perfil II foi alcançado com o recuo mandibular de 7 mm e um avanço maxilar de 2 mm (B) e o perfil III com avanço mandibular de 7 mm (C).

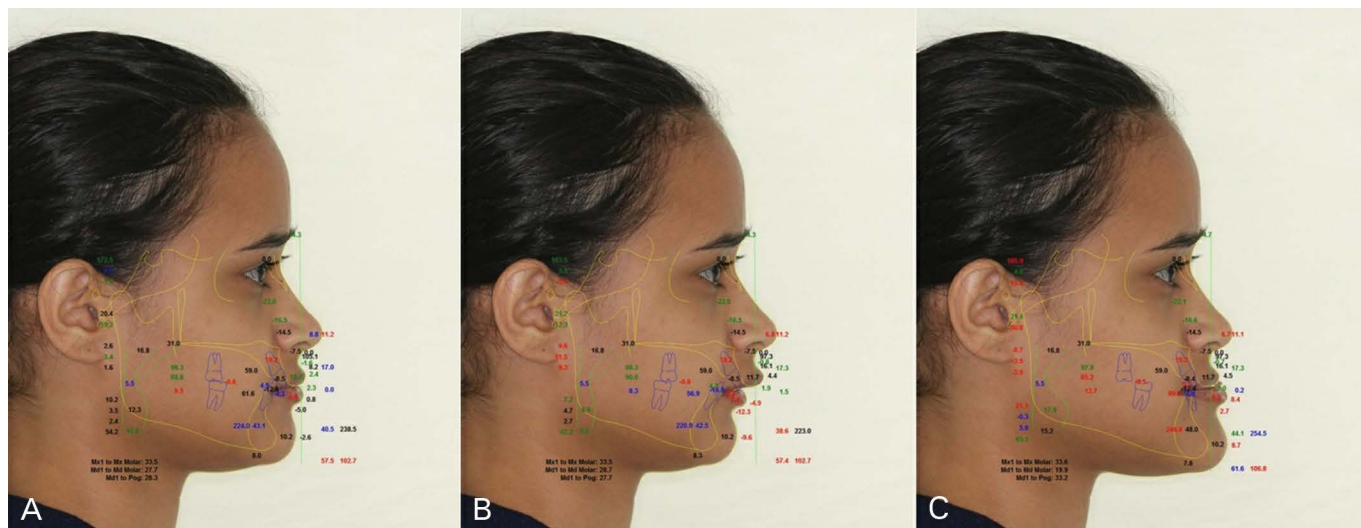


Figura 2. Exemplo de imagens e manipulações cefalométricas dos perfis faciais. A manipulação do perfil I foi obtida a partir do avanço mandibular de 2 mm e de mento de 2 mm (A), enquanto que o perfil II foi alcançado com o recuo mandibular de 2 mm (B) e o perfil III com o avanço mandibular de 10 mm, avanço de mento de 5 mm com aumento vertical de 4 mm (C).

“Avanço de mandíbula” e 5 “Avanço de mandíbula e mentoplastia”. Na paciente negra do sexo feminino, foram registradas 7 condutas de “Avanço da mandíbula” e 7 casos com “Avanço de mandíbula com mentoplastia” e na paciente negra 5 indicaram “Avanço de mandíbula” e 4 citaram “Recuo de maxila e avanço da mandíbula com ou sem mentoplastia”. No grupo total, as condutas mais citadas foram: “Avanço de mandíbula” (37,5%), “Avanço mandíbula e mentoplastia” (30,6%) e “Recuo de maxila e avanço da mandíbula com ou sem mentoplastia”.

No tipo facial III (Tabela 4), a conduta “Avanço de maxila e recuo de mandíbula com ou sem mentoplastia” foi citada pela maioria dos profissionais, com percentuais

de 66,7% no paciente branco, 88,9% no paciente negro, 72,2% na paciente branca e 77,8% na paciente negra. No grupo total, o percentual correspondente à conduta citada foi aproximadamente 3/4 (76,4%) dos 18 profissionais.

DISCUSSÃO

A estética facial é um componente importante no diagnóstico e plano de tratamento em ortodontia e cirurgia ortognática, visto que a aparência influencia diretamente na classificação das deformidades dentofaciais. Apesar do conceito de beleza ser algo subjetivo, é de consenso que uma face desarmônica,

Tabela 1. Estatística analítica da atratividade por sexo e etnia segundo o padrão facial.

Sexo	Etnia	Tipo facial			Valor de p
		Tipo I Média ± DP	Tipo II Média ± DP	Tipo III Média ± DP	
Masculino	Branco	7,22 ± 2,32	4,44 ± 2,38	3,56 ± 2,59	$p^{(1)} < 0,001^*$
	Negro	5,94 ± 2,21	4,06 ± 2,18	3,28 ± 2,57	$p^{(1)} = 0,003^*$
	Valor de p	$p^{(2)} = 0,099$	$p^{(2)} = 0,613$	$p^{(2)} = 0,744$	
Feminino	Branco	6,61 ± 1,94	4,94 ± 2,01	3,72 ± 2,37	$p^{(1)} = 0,001^*$
	Negro	6,94 ± 2,18	4,39 ± 2,00	3,56 ± 2,48	$p^{(1)} < 0,001^*$
	Valor de p	$p^{(2)} = 0,632$	$p^{(2)} = 0,413$	$p^{(2)} = 0,838$	
Valor de p		$p^{(3)} = 0,331$	$p^{(3)} = 0,668$	$p^{(3)} = 0,960$	
Valor de p		$p^{(4)} = 0,397$	$p^{(4)} = 0,501$	$p^{(4)} = 0,842$	
Valor de p		$p^{(5)} = 0,181$	$p^{(5)} = 0,636$	$p^{(5)} = 0,738$	

* Diferença significativa ao nível de 5,0%; ⁽¹⁾ Comparação entre os tipos faciais correspondentes com o uso do teste F (ANOVA); ⁽²⁾ Comparação entre as médias referentes a etnia e tipo facial para cada sexo com o uso do teste t-Student.; ⁽³⁾ Comparação entre os sexos para cada tipo facial com o uso do teste F (ANOVA). ⁽⁴⁾ Comparação entre as médias referentes ao sexo masculino branco e o sexo feminino branco com o uso do teste t-Student.; ⁽⁵⁾ Comparação entre as médias referentes ao sexo masculino negro e o sexo feminino negro com o uso do teste t-Student.

Tabela 2. Avaliação da conduta de tratamento segundo o sexo e a etnia no tipo facial I.

Conduta	Masculino				Feminino				Grupo total	
	Branco		Negro		Branco		Negro			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhum tratamento necessário	8	44,4	1	5,7	4	22,2	11	61	24	33,3

Tabela 3. Avaliação da conduta de tratamento segundo o sexo e a etnia no tipo facial II.

Conduta	Masculino				Feminino				Grupo total	
	Branco		Negro		Branco		Negro			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Somente correções e/ou compensações ortodôntica	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	2	2,8
Avanço de maxila	1	5,6	-	-	-	-	-	-	1	1,4
Avanço de mandíbula	10	55,6	5	27,8	7	38,9	5	27,8	27	37,5
Somente mentoplastia	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	1,4
Recuo de maxila e avanço da mandíbula com ou sem mentoplastia	-	-	8	44,4	2	11,1	4	22,2	14	19,4
Avanço de maxila e mentoplastia	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	2	2,8
Avanço de mandíbula e mentoplastia	7	38,9	5	27,8	7	38,9	3	16,7	22	30,6
Recuo de maxila	-	-	-	-	-	-	2	11,1	2	2,8
Recuo de maxila com mentoplastia	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	1,4
Total	18	100,0	18	100,0	18	100,0	18	100,0	72	100,0

além de esteticamente desagradável, seja motivo de tratamentos corretivos em busca de uma maior integração social e autoestima. Entretanto, são os profissionais envolvidos nesses tipos de tratamentos que possuem formação e condições técnicas de estabelecer parâmetros de classificação dos principais padrões faciais e, por isso, tornam-se importantes os estudos realizados para definir os aspectos de normalidade, harmonia e equilíbrio dentofaciais, a fim

de que o parecer profissional e plano de tratamento se aproximem das opiniões e expectativas dos pacientes¹⁰. Entretanto, não se dispunha de informações acerca das opiniões de cirurgiões dentistas sobre a impressão estética dos principais perfis faciais, levando em consideração o sexo e a etnia e, sobretudo, as tomadas de decisões frente a esses perfis. Neste estudo piloto, decidimos estudar uma amostra pequena, porém representativa, dos cirurgiões bucomaxilofaciais

Tabela 4. Avaliação da conduta de tratamento segundo o sexo e a etnia no tipo facial III.

Conduta	Masculino				Feminino				Grupo total	
	Branco		Negro		Branco		Negro		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nenhum tratamento necessário	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	1,4
Avanço de maxila	4	22,2	-	-	2	11,1	-	-	6	8,3
Avanço de maxila e recuo de mandíbula com ou sem mentoplastia	12	66,7	16	88,9	13	72,2	14	77,8	55	76,4
Avanço de maxila e mentoplastia	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	2	2,8
Recuo de mandíbula e mentoplastia	1	5,6	1	5,6	3	16,7	2	11,1	7	9,7
Recuo de mandíbula	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	1,4
Total	18 100,0		18 100,0		18 100,0		18 100,0		72	100,0

atuantes em Caruaru-PE, e, em um segundo momento, pretende-se entender esta pesquisa para outros municípios e com outras especialidades como Ortodontia.

A análise facial constitui uma das manobras essenciais no processo do diagnóstico e plano de tratamento de uma deformidade dentofacial. O que antes era baseado em conceitos cefalométricos puros passou a utilizar uma análise mais condizente com a necessidade estética dos pacientes, tendo em vista um novo diagnóstico, com base na análise morfológica da face, com a finalidade de estabelecer regras definidas no tratamento de más posições dentárias e assimetrias faciais. Atualmente, esta análise não se baseia apenas nos números cefalométricos, mas na análise visual direta do paciente ou de fotografias de frente e perfil, para classificar as faces em perfis I, II, III, padrão face curta e padrão face longa, com ou sem assimetrias^{7,18}. Os autores desta pesquisa reconhecem que houve uma limitação metodológica em apresentar apenas imagens em norma perfil lateral direito para cada padrão facial, sexo e etnia, mesmo estando em consonância com outros estudos que utilizaram apenas imagens em perfil^{13-15,18}.

Desta forma, os resultados desta pesquisa demonstraram que, para a amostra estudada, o perfil facial I do sexo masculino foi o que obteve maior média de pontos com o questionário de estética facial e que, no geral, os demais perfis faciais I foram os melhores avaliados significativamente em relação aos demais perfis II e III. Nesse contexto, já era esperado realmente que o padrão I fosse melhor avaliado, haja vista que representa o perfil com maior equilíbrio e harmonia entre os terços faciais. Chamou a atenção o fato de o perfil II ter sido melhor avaliado que o perfil III, sendo este último o que obteve as médias mais baixas no quesito estética facial, visto que alguns estudos demonstram o contrário¹⁸. Sendo assim, estima-se que o perfil III chame mais a atenção dos profissionais para alterações na estética do

que os perfis II em ambos os sexos e etnias ou que as manipulações realizadas nas imagens tenham influenciado negativamente na interpretação da estética por parte dos entrevistados.

Quanto à etnia, prevaleceu uma melhor avaliação dos indivíduos de raça branca sobre aqueles afro-descendentes. Com exceção do perfil facial I feminino negro, todos os outros perfis estudados tiveram médias de avaliação da estética superiores para os correspondentes de etnia branca. Entretanto, como as diferenças não se apresentaram estatisticamente significantes, não podemos afirmar que para esta amostra houve influência racial significativa no julgamento da estética facial dos entrevistados. A mesma coisa ocorreu em relação ao sexo, em que não houve diferenças significativas entre as médias de avaliação da estética nos diferentes perfis faciais. Estes resultados se tornam interessantes quando sabemos que a amostra estudada fora de profissionais que talvez leve mais em consideração os aspectos técnicos das características faciais em vez de critérios étnicos ou sexuais no julgamento da estética como normalmente faria uma população leiga¹³.

Quando analisamos os dados relativos às condutas terapêuticas nos perfis faciais estudados, foi possível perceber que houve uma maior heterogeneidade nas respostas especialmente no perfil I, enquanto que os demais perfis II e III tiveram uma homogeneidade maior nas respostas das condutas. Em um primeiro momento, parece contraditório perceber que um perfil facial I, que já está em harmonia facial, tenha obtido respostas ainda heterogêneas quanto às condutas, quando se esperava que quase a totalidade das respostas recaísse sobre a opção “nenhum tratamento necessário” ou “somente correções e/ou compensações ortodônticas”, o que no geral ocorreu em apenas 1/3 dos entrevistados. Entretanto, justamente pelo fato de serem perfis I, a interpretação do profissional ficou mais difícil somada ao fato de que não foram fornecidas outras formas de diagnóstico para o julgamento das

condutas como imagens em outras normas e outros exames radiográficos e modelos com registros de mordida.

Quando analisamos as respostas dos entrevistados em relação às condutas dos perfis faciais II, pôde-se observar que houve uma concentração maior e mais homogênea de respostas justamente nas três opções normalmente mais indicadas para pacientes com este perfil. Desta forma, analisando o grupo total, as opções de “avanço de mandíbula”, “avanço de mandíbula e mentoplastia” e “recoo de maxila e avanço de mandíbula com ou sem mentoplastia” foram as mais escolhidas e estão condizentes com propostas de tratamento de pacientes perfis II retrognatas.

Do mesmo modo, os perfis faciais III também obtiveram respostas bem homogêneas em relação às condutas terapêuticas e cerca de 80% dos entrevistados apontaram “avanço de maxila e recoo de mandíbula” como a opção mais adequada para os perfis faciais estudados e com as limitações de diagnóstico. Para estas deformidades dentofaciais, especialmente com grandes discrepâncias entre as arcadas, normalmente os tratamentos ortocirúrgicos são combinados com movimentos distribuídos entre a maxila e a mandíbula, fato que foi observado nesta pesquisa.

Torna-se evidente que este estudo piloto ainda possui algumas limitações e seus resultados não podem ser extrapolados para uma realidade mais globalizada. O fato de usarmos apenas uma única imagem de cada perfil facial não torna plenamente possível uma completa e criteriosa avaliação profissional para julgar uma conduta terapêutica adequada ao caso. Normalmente, além das análises faciais em norma perfil, utilizam-se também as normas frontal, $\frac{3}{4}$ de perfil, submento-vértice e ainda outras análises como a própria análise cefalométrica e o estudo dos modelos das arcadas dentárias. Outra limitação diz respeito às manipulações das imagens para atingirmos os perfis faciais desejados, que, para alguns, pode ser fator complicador na avaliação estética. Ainda como ponto negativo foi a amostra não probabilística e o tamanho amostral pequeno e restrito a praticamente um único município. Os autores concordam com tais limitações do estudo, porém, em se tratando de um estudo piloto, assumem que neste momento desejavam avaliar preliminarmente a estética e as condutas terapêuticas a partir de uma única imagem de perfil, sendo estas manipuladas para que evitassem possíveis interferências no julgamento da estética por fatores externos que não fossem a própria deformidade dentofacial (Ex.: cabelo, nariz, orelha, acessórios, etc), e que mesmo se tratando de uma amostra pequena, representou a totalidade dos Cirurgiões Dentistas atuantes na área de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial em Caruaru-PE. A

partir dessa metodologia e resultados, outros trabalhos serão desenvolvidos com intuito de minimizar as falhas e alcançar resultados com uma maior e melhor validação e incluir na amostra mais profissionais e de outras especialidades relacionadas às deformidades dentofaciais.

CONCLUSÕES

A partir do estudo realizado, foi constatado que, para a amostra estudada, o perfil I é o mais estético quando comparado aos perfis II e III, e o padrão III o avaliado como menos estético.

Para esta amostra e metodologia, não houve influência significativa do sexo e da etnia no julgamento da estética facial dos entrevistados, porém, os perfis faciais da raça branca obtiveram, no geral, melhores médias de avaliação.

As condutas terapêuticas foram mais diversas e heterogêneas nos perfis faciais I, enquanto que nos demais perfis II e III houve maior homogeneidade nas respostas com predomínio de tratamentos ortocirúrgico combinados.

REFERÊNCIAS

1. Delalibera HVC, Silva MC, Pascotto RC, Terada HH, Terada RSS. Avaliação estética de pacientes submetidos a tratamento ortodôntico. *Acta Scient Health Sci.* 2010;32(1):93-100.
2. Feitosa DAS, Dantas DCRE, Guênes GMT, Ribeiro AIAM, Cavalcanti AL, Braz R. Percepção de pacientes e acadêmicos de odontologia sobre estética facial e dentária. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo.* 2009;14(1):23-6.
3. Kiekens RM, Maltha JC, van 't Hof MA, Kuijpers-Jagtman AM. A measuring system for facial aesthetics in Caucasian adolescents: reproducibility and validity. *Eur J Orthod.* 2005;27(6):579-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ejo/cji053>
4. Veronez FS, Tavano LDA. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Ciênc Saúde.* 2005;12(3):133-37.
5. Ambrizzi DR, Franzi SA, Pereira Filho VA, Gabrielli MAC, Gimenez CMM, Bertoz FA. Avaliação das queixas estético-faciais em pacientes portadores de deformidades dentofaciais. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2007;12(5):63-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192007000500009>
6. Reis SAB, Abrão J, Claro CAA, Capelozza Filho L. Avaliação dos fatores determinantes da estética do perfil facial. *Dental Press J Orthod.* 2011;16(1):57-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512011000100010>
7. Reis SAB, Abrão J, Capelozza Filho L, Claro CAA. Estudo comparativo do perfil facial de indivíduos Padrões I, II e III portadores de selamento labial passivo. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2006;11(4):36-45.
8. Ferreira FV. *Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico.* 7a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
9. To EWH, King WWK, Au O. Reshaping the face with orthognathic surgery: an overview [Acesso 20 Jul 2012]. Disponível em: <http://www.fmshk.org/article/862.pdf>
10. Almeida MD, Farias ACR, Bittencourt MAV. Influência do posicionamento sagital mandibular na estética facial. *Dental Press J Orthod.* 2010;15(2):87-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512010000200012>

11. Todd SA, Hammond P, Hutton T, Cochrane S, Cunningham S. Perceptions of facial aesthetics in two and three dimensions. *Eur J Orthod.* 2005;27(4):363-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ejo/cji024>
12. Peres MA, Ferreira A. O método epidemiológico de investigação e sua contribuição para a Saúde Bucal. In: Antunes JLF, Peres MA, Org. *Epidemiologia da Saúde Bucal.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.3-17.
13. Johnston DJ, Hunt O, Johnston CD, Burden DJ, Stevenson M, Hepper P. The influence of lower face vertical proportion on facial attractiveness. *Eur J Orthod.* 2005;27(4):349-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ejo/cji023>
14. Lee LH, Jun JH, Danganan M, Pogrel MA, Kushner H, Lee JS. Orthognathic surgery for the Asian patient and the influence of the surgeon's background on treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011;40(5):458-63.
15. Soares DM, Palmeira PTSS, Pereira VF, Santos MESM, Tassitano RM, Laureano Filho JR. Avaliação dos principais padrões de perfil facial quanto a estética e atratividade. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):547-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000400013>
16. Vargo JK, Gladwin M, Ngan P. Association between ratings of facial attractiveness and patients' motivation for orthognathic surgery. *Orthod Craniofac Res.* 2003;6(1):63-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1439-0280.2003.2c097.x>
17. Kiekens RM, Maltha JC, van't Hof MA, Kuijpers-Jagtman AM. Objective measures as indicators for facial esthetics in white adolescents. *Angle Orthod.* 2006;76(4):551-6.
18. Cavichiolo JC, Salazar M, Cuoghi OA, Mendonça MR, Furquim LZ. Avaliação da agradabilidade facial de pacientes portadores de padrão facial II e III por ortodontistas e leigos. *Odonto.* 2010;18(36):73-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1000/odonto.v18n36p73-81>

***Autor correspondente:**

Marconi Eduardo Sousa Maciel Santos

Av. Portugal, 584, Bairro Universitário, Caruaru, PE, Brasil

CEP 55016-400

E-mail: marconimaciel@gmail.com