



O VISAGISMO NA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL: UMA PROPOSTA CUSTOMIZADA

RESUMO

A face é a parte do corpo que se relaciona mais diretamente com o mundo e é através dela que o indivíduo se expressa. Por isso, é natural que se concentrem esforços de conservação e promoção de estética e beleza nesse segmento da anatomia. Os padrões estéticos pré-determinados nem sempre se encaixam em todos os indivíduos, gerando a necessidade de personalizar o tratamento dado a cada paciente, através da conexão entre a natureza comportamental de uma pessoa, e a expressão da linguagem visual externa. O presente caso clínico descreve análises faciais e comportamentais detalhadas e baseadas no visagismo de um paciente submetido a diversas técnicas de harmonização orofacial subsequentes à reabilitação oral prévia. Além da descrição das análises e dos procedimentos realizados, foi possível discutir sobre a alteração do comportamento bio-psico-emocional do paciente frente às inúmeras alterações que ocorreram na sua face, uma vez que o caráter e a forma possuem influência direta um com o outro.

ABSTRACT

The face is the part of the body that relates more directly to the world, and it is through it that the individual expresses himself. For this reason, it is natural that efforts of conservation and promotion of aesthetics and beauty in this segment of the anatomy should be concentrated. Predetermined aesthetic standards do not always fit all individuals, generating the need to customize the treatment given to each patient through the connection between the behavioral nature of the individual and the expression of the external visual language. This chapter describes the detailed and visually based facial and behavioral analysis of a patient submitted to orofacial harmonization techniques subsequent to prior oral rehabilitation. In addition to describing the analyzes and the procedures performed, it was possible to discuss the alteration of the patient's bio-psycho-emotional behavior in face of the numerous changes that occurred in his face.

Introdução

Nos últimos anos, a medicina dentária adquiriu o direito de atuar sobre a face inteira, numa região compreendida entre o osso hióideo, a área pilosa da fronte, e entre as linhas que passam sobre o ponto anatômico trágus de cada lateral da face¹. Certamente, esta aquisição é significativa para quem atua na área da medicina dentária estética, uma vez que, sendo um conceito global, a estética não pode estar restrita à cavidade oral. Ela requer o relacionamento harmonioso de todos os elementos entre si e de cada um deles com o todo².

De facto, as mais diversas técnicas de harmonização orofacial facilitam o alcance de resultados finais mais completos e equilibrados, integrando o sorriso à face. A face, por sua vez, é a parte do corpo que se relaciona mais diretamente com o mundo, e é através dela que o indivíduo se expressa. Por isso, é natural que se concentrem esforços de conservação e promoção de estética e beleza nesse segmento da anatomia.

O conceito de estética difere do conceito de beleza. Padrões estéticos são definidos por parâmetros de harmonia e simetria, enquanto que a beleza é definida pela coerência entre a personalidade e a linguagem visual externa, o que inclui a estética. Por essa razão, os padrões estéticos pré-determinados nem sempre se encaixam em todos os indivíduos. É necessário customizar e personalizar o tratamento dado a cada paciente, através da conexão entre a natureza comportamental de uma pessoa e a expressão da sua linguagem visual externa. O caráter influencia a expressão da forma, e alterações na forma influenciam expressões de caráter: isso é uma ciência denominada morfopsicologia^{2,3}. Nesse contexto, as possibilidades terapêuticas dos profissio-

nais que lidam com a face podem realçar ou corrigir traços da personalidade do paciente, introduzindo elementos de necessidade ou compensação consciente ou subconsciente por meio de: próteses e/ou restaurações precisamente integradas, correções ortodônticas, cirurgias corretivas, reconstrutivas e procedimentos injetáveis não cirúrgicos, entre outros. Tais elementos terapêuticos alteram significativamente a percepção da auto-imagem corporal, neste caso, da face, e podem trazer satisfação e aceitação do resultado do tratamento, ou completo descontentamento por parte do paciente, frustrando também o profissional²⁻⁵.

É isso que o visagismo propõe dentro do universo da morfopsicologia: a conexão entre o desejo interno e a expressão visual externa do paciente. Segundo Claude Rufenacht, “a percepção da personalidade de um paciente é um requisito profissional básico que permite, em todos os casos, uma abordagem seletiva e individual, facilitando os relacionamentos, poupando tempo e evitando frustrações”.

Relato do Caso Clínico

O paciente com 31 anos idade, que finalizou a sua reabilitação oral anatomo-funcional e estética da arcada superior (fig. 1), e passou a prestar mais atenção à sua face.

A sua profissão de modelo havia melhorado bastante no que tange às propostas de trabalhos que envolvem o sorriso, mas houve uma outra característica da face que começou a chamar a sua atenção: a cortina de rugas laterais na face, ao sorrir (fig. 2). A depender da luz aplicada em estúdio, as rugas dinâmicas intensificavam-se e limitavam as possibilidades de trabalho do paciente (fig. 3).

Figura 1 (A-C): Paciente após a finalização de reabilitação oral prévia (REF).

Durante a anamnese, a personalidade do paciente foi avaliada de duas maneiras: (1) com a aplicação de um teste fornecido pelo Dr. Braulio Paolucci, baseado no site www.visagismile.com e (2) com a aplicação de um teste online respondido também pelo paciente (<http://educamais.com/teste-de-temperamento/>), o qual fornece a percentagem e a influência de cada um dos quatro temperamentos principais: colérico, sanguíneo, melancólico ou fleumático. O resultado do teste de personalidade do paciente demonstrou predominância do temperamento melancólico (gráfico 1), cuja natureza é tímida, com tendência à introspecção e à reflexão. As pessoas predominantemente melancólicas são analíticas, pessimistas, subjetivas, nervosas, distraídas e protetoras. A palavra que define o indivíduo melancólico é a razão, e há tendência de racionalizar toda e qualquer proposta de tratamento, tendendo ao pessimismo. Por essa razão, o paciente predominantemente melancólico precisa de ser motivado a submeter-se a algum procedimento e só o fará quando estiver absolutamente convencido de que lhe trará somente benefícios. No caso do paciente deste artigo, a ansia por melhorar a sua imagem e as suas propostas de trabalho como modelo foram razões suficientes para que ele procurasse o tratamento orofacial.

Após a realização do protocolo fotográfico, foi realizada uma análise facial detalhada, com a observação de características faciais e mensuração física e digital de elementos faciais relacionados à personalidade do paciente e às áreas a serem trabalhadas (fig. 4, 5 e 6). Inicialmente, foi realizado o espelhamento de face do paciente, utilizando como base duas fotografias frontal em sorriso e a foto frontal sorrindo, para verificar e registrar a presença de assimetrias relacionadas aos terços da face e das linhas médias facial e dentá-



Fig. 1. (A-C): Paciente E.M. após a finalização de reabilitação oral prévia.



Fig. 2. (A, B): Após a reabilitação oral, o paciente tornou-se incomodado pela cortina de rugas dinâmicas laterais, ao sorrir, as quais considerava "exageradas" e "incômodas".

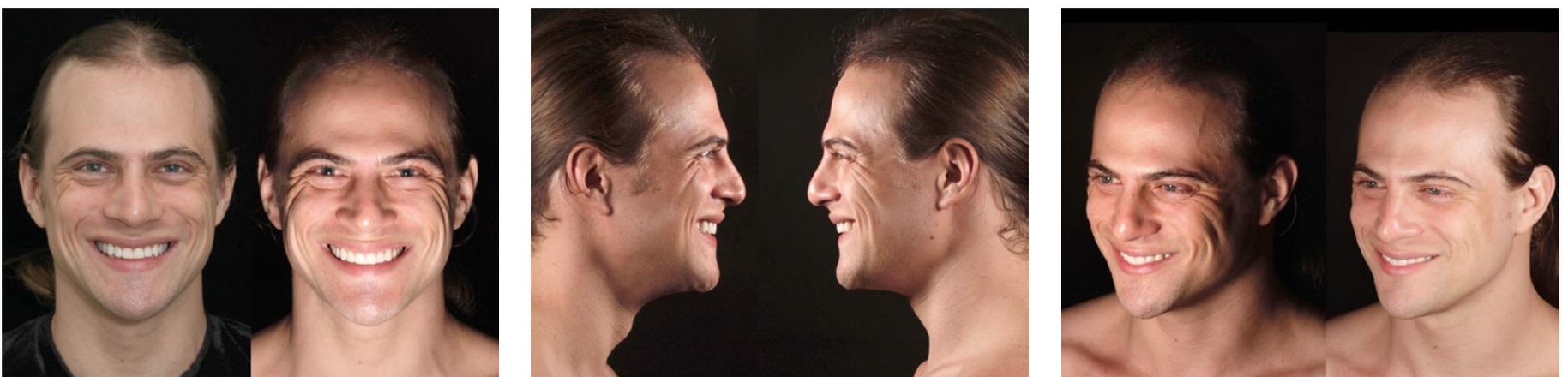


Fig. 3. (A-C): A cortina lateral de rugas tornava-se mais evidente a depender da luz utilizada em fotografias de face ou campanhas de modelo.



Gráfico 1. Resultado do teste de temperamento realizado pelo paciente (<http://educamais.com/teste-de-temperamento/>), com predomínio percentual do temperamento melancólico.

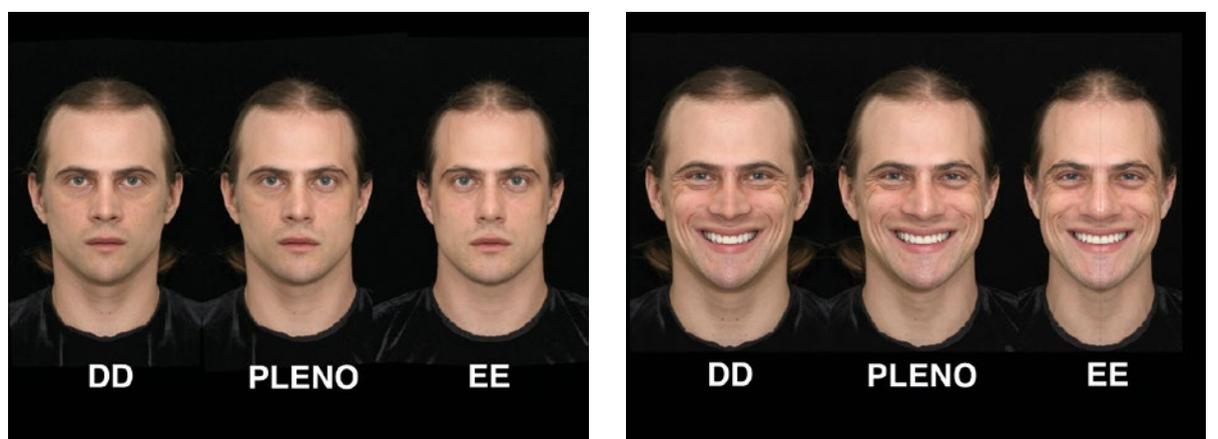


Fig. 4. (A, B): A técnica do espelhamento da face, gerando duas faces adicionais (DD e EE) a partir da face PLENA, com feições "séria" e "sorrindo", permitiu observar com mais cuidado as assimetrias associadas à face e à posição da linha média dental.

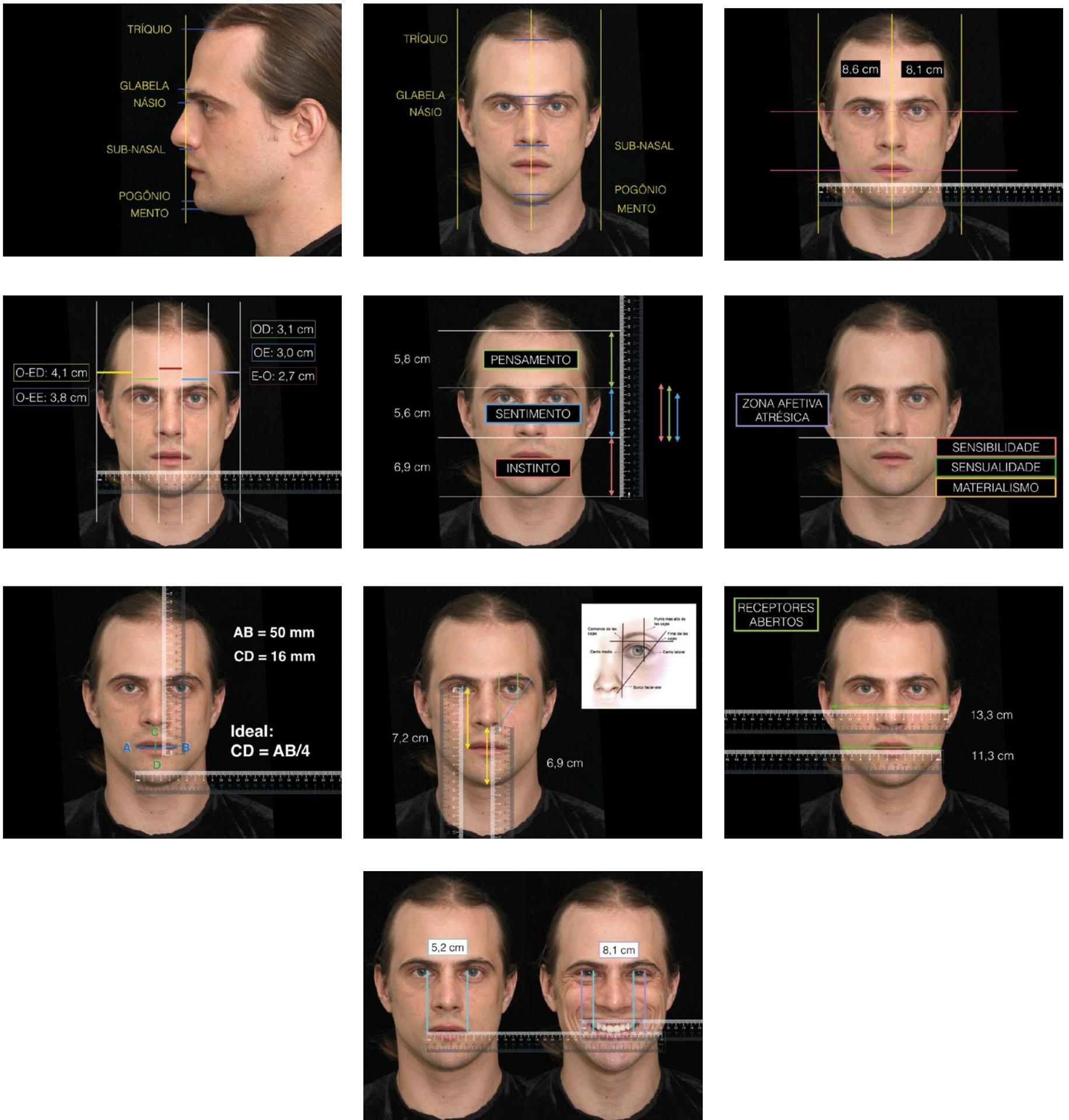


Fig. 5. (A - J): A partir das fotos de face frontais, medidas fiéis (calibradas clinicamente) foram realizadas a partir da identificação de pontos anatómicos fixos na face (A e B), evidenciando algumas áreas e aspectos faciais passíveis de melhora. As primeiras linhas desenhadas foram: a linha média facial, a linha interpupilar e a linha do lábio (C); as linhas que determinam o comprimento dos olhos e da distância entre os olhos (D); as linhas que determinam os terços da face e suas medidas (E); as proporções do terço inferior da face e suas correlações com a personalidade do paciente (F); a proporção comprimento x largura dos lábios (G); a proporção entre o terço inferior da face e a distância entre a comissura e o início da esclera (H); a comparação entre as medidas das distâncias bizomática e bigoniaca (I); as medidas de tamanho de boca em repouso e ao sorrir (J).

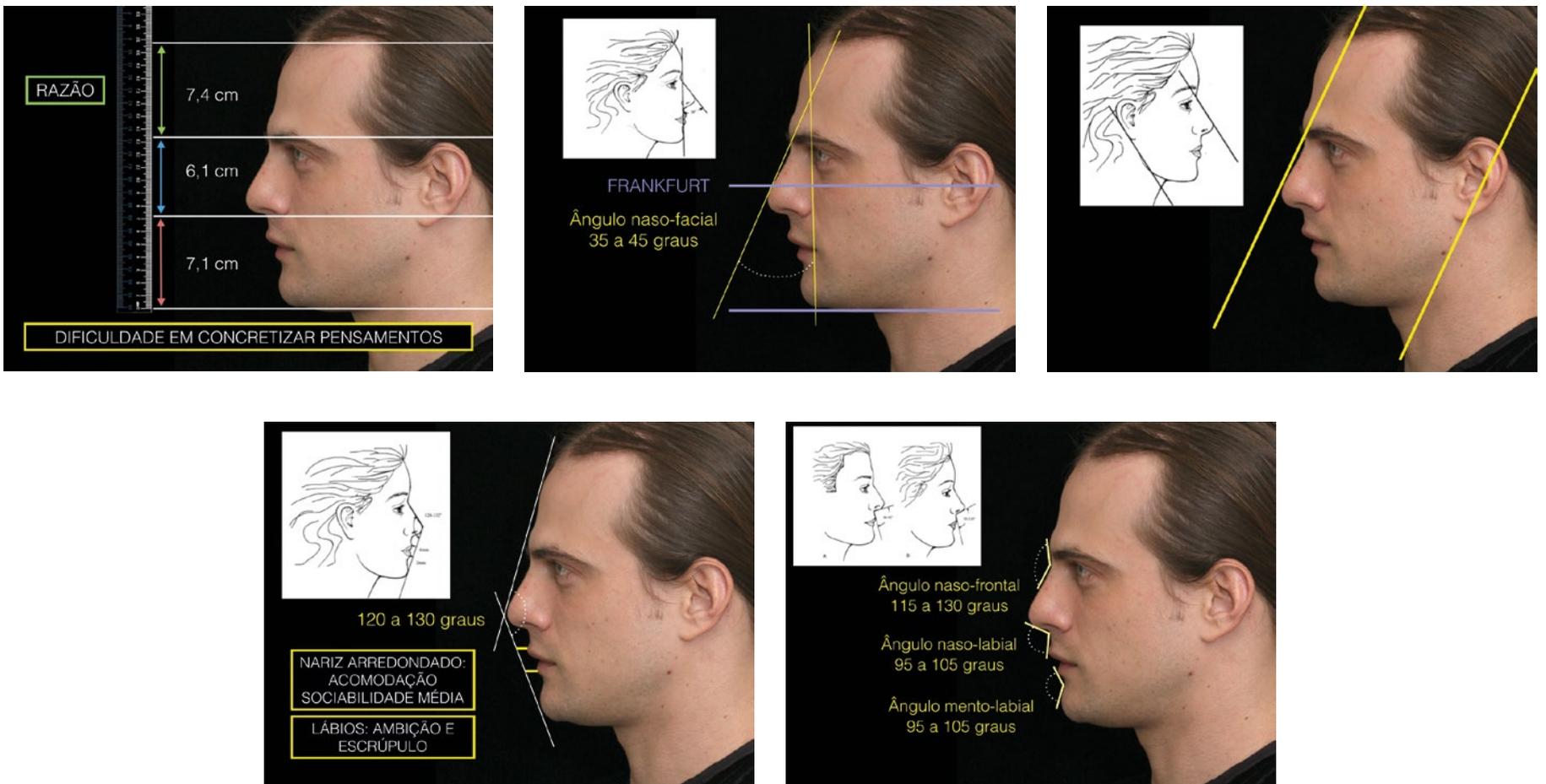


Fig. 6. (A - E): A partir das fotos de face laterais ou de perfil, outras mensurações foram realizadas: os terços da face sob perspectiva lateral (A); o ângulo naso-facial e o plano de Frankfurt (B); o paralelismo entre o dorso do nariz e o ramo da mandíbula (C); os ângulos relacionados ao mento e à testa (D); os ângulos naso-frontal, naso-labial e mento-labial (E).

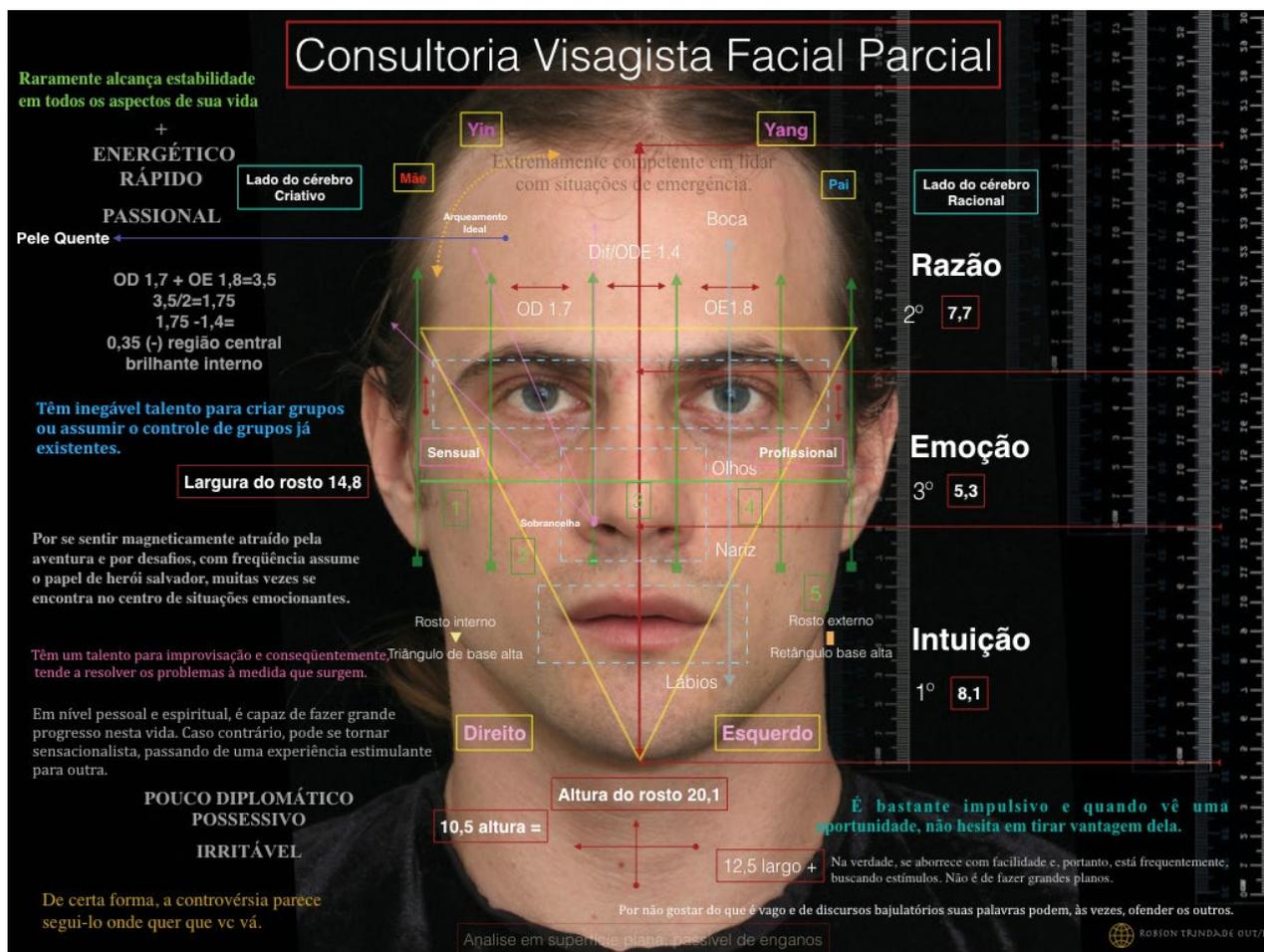


Fig. 7. Consultoria Visagista realizada por Robson Trindade (www.redteam10.blogspot.com).

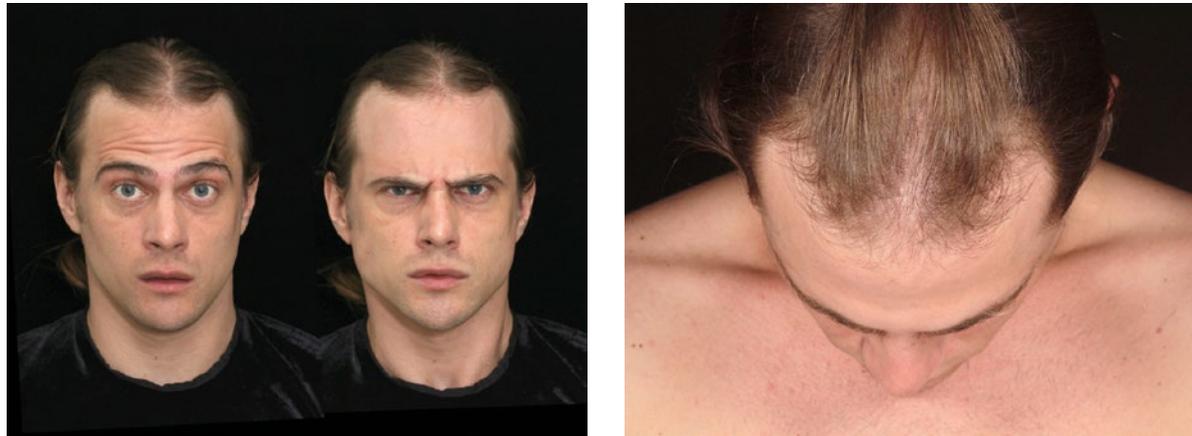


Fig. 8. (A - B): Fotos expressivas que demonstram feições de susto e raiva (A), além da foto com visão através da frente foram fundamentais para verificar a presença de calvície, desvios nasais e diferenças em volume malar (B).

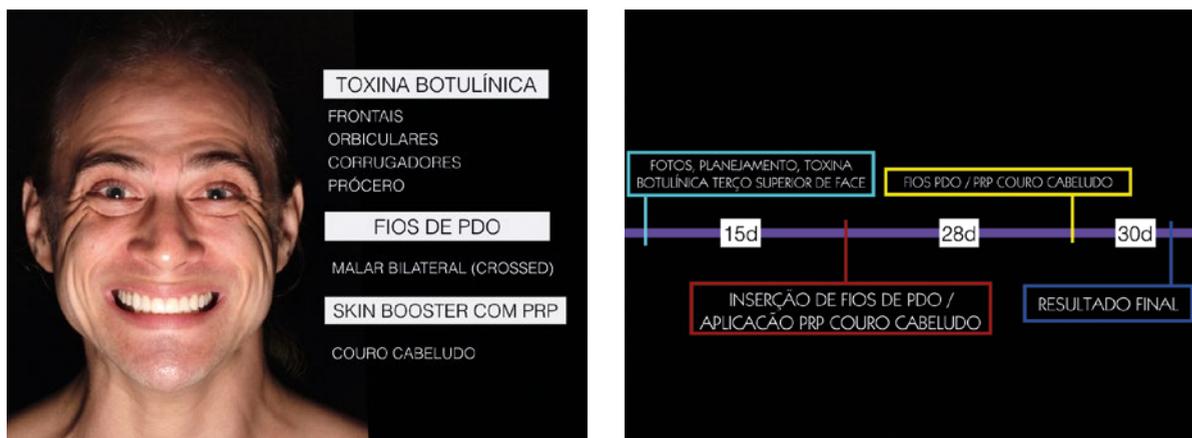


Fig. 9. (A - B): A partir da análise facial e do temperamento, o planejamento da harmonização orofacial pode ser executado (A) e disposto em um fluxograma de trabalho (B).



Fig. 10. (A - F): Foram inseridos ao total 70 fios de polidioxanona (LiftLine) bilaterais, de tamanhos diversos (25G/60mm parafuso; 31G/25mm liso; 29G/40mm liso), para indução de colágeno, na região da cortina de rugas lateral à região de malar e orbicular.



Fig. 11. (A - C): Toxina botulínica foi aplicada em terço superior de face, nos músculos frontal, prócero, orbicular e corrugadores do supercílio.



Fig. 12. (A - C): Coleta do PRP e aplicação no couro cabeludo.

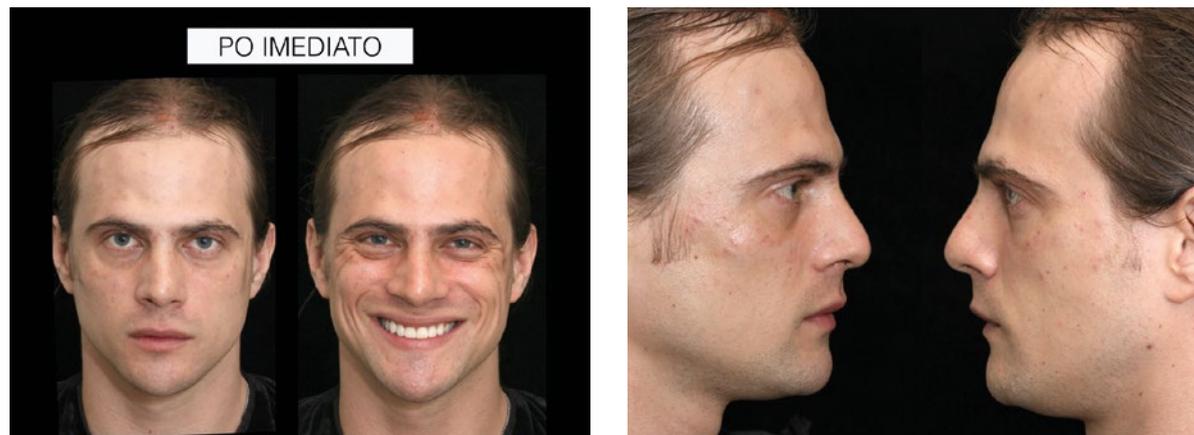


Fig. 13. (A - B): Pós-operatório imediato.

ria (fig.4). Essa análise permite, inclusive, estimar o lado de dominância de volume e da musculatura do paciente, das rugas faciais, da tonicidade da pele, identificação do lado que o paciente dorme (e, portanto, “amassa mais”), e a relação desses traços físicos com a sua personalidade. No caso do paciente deste artigo, o seu lado dominante é o esquerdo (é o lado que o paciente “utiliza menos fisicamente”, porque é o lado de comando, o lado da razão). As características faciais e intrínsecas do paciente foram detalhadamente avaliadas pelo visagista Robson Trindade, em cortesia para este capítulo (fig.7).

Avaliar a face do paciente facilita o diagnóstico e a identificação do que mais incomoda o paciente, que na maioria das vezes não sabe identificar a razão do incômodo. Embora não tenha sido o caso do paciente em questão, pois o

maior incômodo estava relacionado à cortina de rugas laterais, relatado pelo próprio paciente, a análise facial e da personalidade permitem um diagnóstico e planeamento mais assertivos, que facilitam a comunicação paciente-profissional, economizando tempo e evitando frustrações.

O protocolo fotográfico de diagnóstico deve incluir todas as feições emocionais, principalmente o “assustado” e o “bravo”, além da fotografia tirada a partir do topo da cabeça do paciente, a qual permite observar possíveis desvios nasais, discrepâncias na protuberância malar e calvície, por exemplo (fig.8).

Após a recolha de todos esses dados, foi possível estabelecer um plano de tratamento e dispor o planeamento num fluxograma de trabalho que facilita o cálculo do tempo total de tratamento, das horas clínicas totais e da

sequência clínica dos procedimentos que serão realizados (fig.9). Neste caso clínico, foi planeada e executada a associação dos seguintes procedimentos: inserção de 140 fios de polidioxanona (PDO) de diferentes tamanhos (LiftLine, 25G/60mm parafuso; 31G/25mm liso; 29G/40mm liso), para indução de colágeno e suavização das rugas (fig.10); injeção de toxina botulínica (Botox, Allergan) nos músculos frontal (10 pontos com 2 unidades em cada), prócero (2 pontos com 6 unidades em cada), corrugadores direito e esquerdo (1 ponto em cada lado, com 4 unidades), orbicular do olho, direito e esquerdo (2 unidades em cada ponto com 4 pontos em cada lado; fig.11). Os pós-operatórios imediatos (fig.12), com 15 dias (fig.13) e com 60 dias (fig.14) demonstram uma sensível melhoria no aspeto facial do paciente.



Fig. 14. (A - F): Pós-operatório de 15 dias.

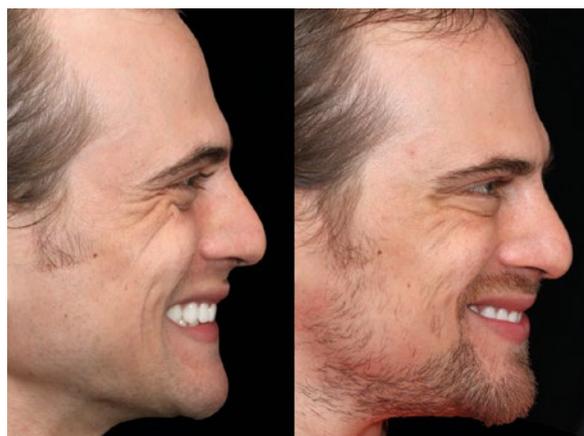


Fig. 14. (A - F): Pós-operatório de 60 dias.

Considerações Finais

A satisfação plena do paciente é um objetivo comum de todos os profissionais que trabalham em medicina dentária estética e harmonização orofacial. No presente caso clínico, o paciente demonstrou 100% de satisfação diante do tratamento proposto e realizado, além de ter ficado surpreendido e motivado a partir das análises faciais e comportamentais que foram realizadas no percurso do tratamento.

É bem provável que este paciente permaneça motivado a conhecer-se cada vez mais, e a equilibrar os aspetos da sua face, respeitando o dinamismo das assimetrias inerentes à natureza.

A polidioxanona (PDO) é uma substância sintética e biodegradável, utilizada há algumas décadas em fios para sutura gástrica, urológica e oftalmológica. Logo após a inserção do fio, que pode ser liso ou espiculado (“farpado”) em derme e/ou subderme, inicia-se um processo gradual de hidrólise

do “corpo estranho”, que dura em média 7 a 9 meses. No lugar do corpo estranho, forma-se um novo tecido, cicatricial, composto de fibrina, elastina e colágeno. Os fios reabsorvíveis não substituem ou competem com as cirurgias plásticas faciais, apenas complementam os seus resultados e suavizam as rugas. A duração do efeito benéfico do fio de PDO é estimada entre 18 e 24 meses.

Os fios espiculados, como um dos fios utilizados neste paciente, além de promover a formação de tecido cicatricial rico em colágeno, imobiliza suavemente, através de tração física, os músculos finos envolvidos no aparecimento das rugas, principalmente na região ao redor dos olhos. Adicionalmente, a inserção de múltiplos fios através de agulhas provoca lesão tecidual e consequente reação inflamatória limitada à região desejada.

É considerada uma técnica minimamente invasiva, a qual não causa danos irreversíveis e não deixa cicatrizes, e para rugas mais finas tem efeito de redução quase que imediato (entre 10 e 15 dias após a inserção do fio), o que pôde ser observado no paciente neste caso clínico.

A associação da toxina botulínica para o relaxamento dos músculos relacionados com as principais rugas do paciente e os fios de PDO, é vantajosa por serem procedimentos complementares. ■

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 376, de 10 de novembro de 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0376_10_11_2009.html
- RUFENACHT, Claude R. Fundamentos de Estética. Quintessence Editora Ltda. São Paulo: 1998.
- BROWN, Simon G. A Arte prática da Leitura facial, Simon G. Brown, Barueri SP. Editora Manole, 2001.
- HALLAWELL, Philip. Visagismo Harmonia e Estética- 1o edição SENAC São Paulo 2008.
- HALLAWELL, Philip. Visagismo Integrado- Identidade, estilo e beleza- São Paulo: Editora SENAC- SP, 2009.
- JONAITIS, KAC; EMILIANO, S.; A importância das técnicas e conceitos do visagismo

¹ Doutora em Dentística (FOP – UNICAMP), Mestre em Cariologia (FOP – UNICAMP), Especialista em Periodontia (EAP – APCD Regional Piracicaba), Professora dos Cursos de Especialização em Implantodontia e Pós-Graduação em Odontologia Estética do Centro Universitário SENAC – SP, Professora de Cursos de Imersão em Perio-implantodontia Plástica e Harmonização Orofacial com Ênfase em Visagismo. Correspondências: Profª. Dra. Maristela Lobo. E-mail: maristelalobo@me.com Endereço: Avenida Ministro Gabriel de Rezende Passos, 500, conjunto 1010, Moema, São Paulo – SP, CEP 04521-022, Tel.: (11) 5051-3534.

² PROF. ME. Roger Kirschner; Graduado em Odontologia pela Universidade Metodista; Pós-graduado em estética facial pelo IBECO; Especialista em Periodontia pela Faculdade SLMandic; Especialista em Implantodontia pela FMU; Especialista em Prótese Dentária pela UNIARARAS; MBA em Visagismo pela Universidade Estácio de Sá; Mestre em Odontologia - área de Prótese Dentária pela Faculdade SLMandic; Editor assistente do periódico Face (VM Cultural).

³ Equivalência a Licenciatura em Medicina Dentária pela Universidade de Coimbra; Especialista em Ortodontia pela Universidade Unicusul - Brasil; Especialista em Disfunção temporomandibular e Dor Orofacial pela Facsete / Clodonto - Brasil; Curso teórico/clínico em Ortodontia - filosofia MBT- PT; Curso internacional em Disfunção Temporomandibular e dor Orofacial Portugal/Brasil - Facsete / Clodonto; Professora assistente do Curso internacional em Disfunção Temporomandibular e dor Orofacial Lisboa/Brasil - Facsete /Clodonto; Membro do Board editorial do Journal of Cosmetology & Oro Facial Surgery; Membro do Board editorial do Journal of Anesthesia-Intensive care and pain therapy.

⁴ Doutor em Saúde Baseada em Evidências e mestre em DTM e Dor Orofacial (Escola Paulista de Medicina. UNIFESP), Médico dentista e Mestrado Integrado em Medicina Dentária pela Faculdade Egas Moniz – Lisboa Portugal, especialista em DTM e Dor Orofacial (CFO. Brasil), especialista em Prótese Dentária e em Periodontia (APCD - Bauru), especialista em Saúde Baseada em Evidência (Hospital Sírio Libanês – SP), extensão em Dor orofacial, DTM e oclusão (UMD- New Jersey – USA), coordenador de cursos de pós-graduação em DOR / DTM e Implantodontia (Faculdade Clodonto - MG - Brasil), coordenador do ambulatório de Dor orofacial, DTM e Cefaléias (CETRO. MG. Brasil), Consultor Científico da Signo Vínices (Sistemas de Implantes Dentais: Brasil e Europa), ITI member, Membro da IASP – International Academy for Study of Pain, Membro do Comitê de Dor Orofacial da Sociedade Brasileira de Cefaléias, Sócio fundador da SBDOF (Sociedade Brasileira de Dor Orofacial), Membro do Board editorial do International Journal of Clinical Anesthesiology, Membro do Board editorial do Journal of Anesthesia & Perioperative, Membro do Board editorial do Journal of SGTZ Dentistry: Research & Therapy Management, Membro do Board editorial do Journal of Oral Health and Dental Care, Membro do Board editorial do Journal of Cosmetology & Oro Facial Surgery, Membro do Board editorial do Journal of Anesthesia-Intensive care and pain therapy, Tradutor e revisor científico do livro texto “Clinical Management of TMD and OFP” – Richard A. Pertes and Sheldon G. Gross). Sócio Honorário e membro correspondente no Brasil da Sociedade Portuguesa de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular, Responsável pelo Núcleo de Dor Orofacial e DTM do Serviço Mais Saúde do Hospital Mater Dei – Belo Horizonte – MG, Pesquisador internacional e membro do CIEEM (Centro de investigação internacional da Faculdade Egas Moniz – Lisboa – Portugal. Artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, conferência no Brasil e exterior.

aplicadas na área da estética e imagem pessoal.

- BIDRA, A, URIBE, F, TAYLOR T, AGAR, J, RUNGRUANGANUNT, P Y NEACE, W. The relationship of facial anatomic landmarks with midlines of the face and mouth. J Prosthet Dent. 2009 Aug;102(2):94-103.
- COACHMAN C, CALAMITA MA, COACHMAN FG, COACHMAN RG, SESMA N. Facially generated and cephalometric guided 3D digital design for complete mouth implant rehabilitation: A clinical report. J Prosthet Dent. 2017 May;117(5):577-586.
- PAOLUCCI, B, CALAMITA, M, COACHMAN, C, GUREL, G, SHAYDER, A Y HALLAWELLS, P. Visagism: The Art of Dental Composition. QTD. digitalsmiledesign.com/static/.../Paolucci_Visagism_QTD.pdf